

Образовательная программа
Российского общества психиатров
под эгидой Всемирной
психиатрической ассоциации
при поддержке Департамента
здравоохранения Владимирской области



23–27 сентября 2021 года

XV ВСЕРОССИЙСКАЯ ШКОЛА МОЛОДЫХ ПСИХИАТРОВ





Шизофрения ломает судьбы Это возможно изменить

 **РЕАГИЛА®**
КАРИПАЗИН
Возвращая жизни смысл



ГЕДЕОН РИХТЕР

ООО «ГЕДЕОН РИХТЕР ФАРМА» г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8. Тел.: +7 (495) 987-18-80 e-mail: GRFarma@g-richter.ru
Представительство ОАО «Гедеон Рихтер» (Венгрия) г. Москва
г. Москва, 119049, 4-й Добрынинский пер., д.8. Тел.: +7 (495) 987-15-55 e-mail: centr@g-richter.ru www.g-richter.ru

Инструкция по медицинскому применению препарата Реагила® РУ: ЛП-005405 от 18.03.2019. Информация для специалистов здравоохранения.
Имеются противопоказания. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению препарата Реагила® РУ: ЛП-005405 от 18.03.2019. С инструкцией можно ознакомиться на сайте www.grls.rosminzdrav.ru

Реклама

Оргкомитет выражает благодарность за неоценимую помощь
в подготовке и проведении Школы молодых психиатров
Российскому обществу психиатров и Союзу охраны психического здоровья



Комиссия по оценке трудов молодых психиатров:

1. Лутова Наталья Борисовна
(д.м.н., Санкт-Петербург)
2. Костюкова Елена Григорьевна
(к.м.н., Москва)
3. Медведев Владимир Эрнстович
(к.м.н., Москва)
4. Шмилович Андрей Аркадьевич
(д.м.н., профессор, Москва)
5. Усов Григорий Михайлович
(д.м.н., профессор, Омск)
6. Волель Беатриса Альбертовна
(д.м.н., профессор, Москва)
7. Солдаткин Виктор Александрович
(д.м.н., Ростов-на-Дону)
8. Морозова Маргарита Алексеевна
(д.м.н., профессор, Москва)

Сборник подготовили и отредактировали:

- Парпара М. А.
(к.м.н., Москва)
- Корнева М. Ю.

Ответственный за выпуск:

- Морозов П. В.
Ректор Школы молодых ученых, д.м.н., профессор

Содержание

<i>Абрамов А. В.</i> Оценка факторов прогноза синдрома задержки психического развития на примере крупной выборки	17
<i>Азарнова А. Д.</i> ДимENSIONАльный подход в диагностике нервной анорексии и нервной булимии	20
<i>Александрова В. Г., Куфтырева М. А.</i> Психологические аспекты отношений в системе «мать-ребенок». Когда и с чего они начинаются?	22
<i>Алексеева П. Н.</i> Способы коррекции когнитивных нарушений при шизофрении	25
<i>Овчинников А. В.</i> Прогнозирование ответа на антидепрессивную терапию с учетом параметрических личностных характеристик больных с депрессивными расстройствами	28
<i>Алиев А. Н., Робертс Т., Магзумова Ш. Ш., Ешимбетова С. З., Пантелеева Л. Ю., Крупчанка Д., Сарториус Н., Торникрофт Г., Винклер П.</i> Научный обзор развития охраны психического здоровья в Центральной Азии. Коллапс и частичное возрождение?	31
<i>Антохина Р. И., Антохин Е. Ю., Кутузова А. Н.</i> Детерминанты аутоагрессии у девушек ЛГБТ сообщества	34
<i>Аржуша И. А., Захарова К. В., Акжигитов Р. Г., Зинчук М. С., Аведисова А. С.</i> Качество жизни взрослых пациентов с тревожным расстройством сепарации	37
<i>Ахмедова А. А.</i> Аффективные нарушения у женщин в перименопаузе: клинико-патогенетические особенности и методы лечения	39
<i>Бельцева Ю. А.</i> Эффективность терапии: точка зрения пожилых пациентов психиатрического стационара	42
<i>Блинова Т. Е., Симашкова Н. В.</i> Шизотипическое расстройство с ведущими в клинической картине обсессивно-компульсивными расстройствами в детском возрасте	46

<i>Бочкова Ю. Ю.</i> Структура агрессивности больных шизофренией	49
<i>Бочкова Ю. Ю.</i> Роль принятия собственной деструктивности в межличностных отношениях больных шизофренией	51
<i>Бравве Л. В., Мамедова Г. Ш., Кайдан М. А., Калаков А. М.</i> Клинический случай индуцированного бредового расстройства	54
<i>Брагин Д. А.</i> Нарушения социального и эмоционального интеллекта больных шизофренией на ранней стадии течения заболевания и их связь с нейропсихологическими нарушениями	57
<i>Бугрий С. В.</i> Клинические особенности аутистических расстройств у детей с органическим поражением головного мозга	61
<i>Булгакова А. А., Обухов Д. В.</i> Синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала, работающего с труднокурабельными больными в условиях г. Тамбова	64
<i>Войнова Н. И., Зинчук М. С., Аведисова А. С., Гехт А. Б.</i> Предикторы несуицидального самоповреждающего поведения у пациентов с непсихотическим психическим расстройством после стационарного лечения	67
<i>Волкова А. Д., Акимов В. В., Гаврилина О. В.</i> Роль телемедицинских консультаций в практике детского врача психиатра	71
<i>Галкин С. А.</i> Когнитивная дисфункция при депрессивных расстройствах: динамика и прогноз эффективности терапии	72
<i>Галкина А. О., Земскова А. А., Сурикова В. В.</i> Клинико-биологические аспекты депрессивного синдрома при расстройствах шизофренического спектра	75
<i>Ганина Е. Д., Задорожная О. В.</i> Отказ в госпитализации в психиатрический стационар (анализ причин на примере Ленинградского областного психоневрологического диспансера)	79
<i>Глазкова Т. Н.</i> Экспериментальный анализ восстановления дееспособности у больных с длительным пребыванием в стационаре	81
<i>Голыгина С. Е.</i> Результаты комплексного исследования состояния микроциркуляции крови у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя	85
<i>Гомзякова Н. А., Краснова Я. Э., Смурова А. И.</i> Типы реакций пожилых людей на самоизоляцию в период начала пандемии COVID-19	88

<i>Дробецкий Д. С.</i> К вопросу о взаимосвязи недееспособности и невменяемости	91
<i>Датуашивили М. Т., Снегирева Т. В., Пономаренко К. И.</i> Подходы к реабилитации детей и подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением	94
<i>Дворянкина М. А., Бурделова Е. В.</i> Применение схема-ориентированного подхода в диагностике дезадаптивного поведения	97
<i>Дворянкина М. А., Иващенко Д. М.</i> Группы развития дезадаптивного поведения среди молодого населения	100
<i>Дмитренко К. Ю., Хайкина И. А., Садкова О. А., Романов Д. В.</i> Стресс-индуцированная манифестация болезни Грейвса: психопатология реакций и роль патохарактерологических особенностей	103
<i>Дьяченко А. В.</i> Транссексуалоподобные состояния при расстройствах шизофренического спектра	107
<i>Ельникова Е. С.</i> Исследование склонности к суицидальному поведению в зависимости от профиля латеральной организации у старших подростков	110
<i>Епимахова Е. В., Левчук Л. А.</i> Концентрация белка S-100, глиального фибриллярного кислого белка и основного белка миелина в сыворотке крови пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства	118
<i>Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю.</i> Влияние психофармакотерапии на уровень гликированного гемоглобина при шизофрении	121
<i>Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю.</i> Распространенность сахарного диабета 1 типа у больных шизофренией и структура его осложнений	122
<i>Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю., Солошенко В. В.</i> Роль фактора сахароснижающей терапии в формировании особенностей сахарного диабета 2 типа при шизофрении.	123
<i>Ефремов И. С., Асадуллин А. Р., Насырова Р. Ф.</i> Клинико-генетические ассоциации инсомнических нарушений в постабстинентном периоде у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя	125
<i>Жарикова И. Ю.</i> Влияния семейного фактора на течение шизофрении	128
<i>Жоголева Т. И., Захарова Е. Г.</i> Опыт применения тренинга коммуникативных навыков в работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами в период пандемии COVID-19	132

<i>Задорожная О. В., Кушнерев И. С.</i>	
Связь приема психоактивных веществ с возрастом дебюта и частотой повторных госпитализаций в психиатрический стационар у больных шизофренией	135
<i>Занин К. В., Гомзякова Н. А., Белавин С. А.</i>	
Ранняя диагностика болезни Альцгеймера с помощью метода ЭЭГ	137
<i>Зверев Е. Б.</i>	
Влияние выявленных невротических расстройств на длительность госпитализации больных COVID-19 в инфекционном госпитале г. Барнаула	140
<i>Земскова А. А., Галкина А. О., Сурикова В. В.</i>	
Некоторые клинико-социальные аспекты первичной диагностики шизофрении у пациентов среднего и старшего возраста	141
<i>Иванова С. М.</i>	
Распространенность и проблемы диагностики шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте	144
<i>Ильина Н. А.</i>	
Психопатологические особенности и наступление беременности у пациенток с синдромом поликистозных яичников	148
<i>Ильев Н. П.</i>	
Послеоперационные психозы: вероятность развития в зависимости от локализации глиальных опухолей головного мозга	149
<i>Ирмухамедов Т. Б., Абдуллаева В. К.</i>	
Клинико-психопатологические аспекты социального функционирования у детей с расстройствами аутистического спектра	152
<i>Казанцева А. В., Давыдова Ю. Д., Еникеева Р. Ф., Валинуров Р. Г., Ахмерова И. Ю., Шулина И. Н., Гареева А. Э., Хуснутдинова Н. Н., Хуснутдинова Э. К.</i>	
Изучение предикторов агрессивного поведения: роль социальных и генетических факторов	153
<i>Каралевич С. А., Меметова С. Э., Мисуркин А. С.</i>	
Связь опосредованного запоминания с уровнем невротизации студентов во время реализации дистанционного обучения в период пандемии COVID-19	156
<i>Карпова Н. С.</i>	
Оценка влияния антидепрессантов на функционирование системы гемостаза больных с расстройствами шизофренического спектра с помощью теста «Тромбодинамика»	159
<i>Карякина М. В.</i>	
Роль скорости обработки информации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра: результаты сетевого анализа	162
<i>Касьянов Е. Д., Мазо Г. Э.</i>	
Семейная отягощенность расстройствами настроения: клинические и генетические факторы риска	165

<i>Катаева Е. Ю., Барышева Е. П.</i> Социально-клиническая характеристика пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов	168
<i>Кибитов А. А.</i> Ассоциация TaqIA полиморфизма гена ANKK1/DRD2 (rs1800497) с расстройствами пищевого поведения и аффективными нарушениями у пациентов с избыточной массой тела	170
<i>Кибитов А. А., Малышко Л. В., Сорокин М. Ю.</i> Психиатрический статус пациентов с новой коронавирусной инфекцией: феноменология на основе оригинальной исследовательской методики	172
<i>Климова В. Н., Тулупова О. В.</i> Духовно-ориентированная психотерапия в условиях принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа	174
<i>Кожадей Е. В.</i> Оценка нарушения нервно-психического развития, изучение отклонений социального функционирования, эффективность раннего вмешательства у детей с задержкой психоречевого развития, нарушениями поведения	177
<i>Козлов Б. Е., Степанов И. Л.</i> Личностная ангедония как прогностический фактор длительно протекающего депрессивного эпизода	180
<i>Коляго О. О.</i> Клинические особенности эндогенных депрессий со сверхценными образованиями ...	182
<i>Конева А. В., Трегубенко И. А.</i> Особенности эмоциональной сферы пациентов с рассеянным склерозом различной степени тяжести	185
<i>Коновалова В. Н., Орлов Г. В.</i> Особенности когнитивного функционирования женщин с перименструальным синдромом	188
<i>Кратовский А. Ю., Стрелковский М. Д.</i> Сравнительный анализ зарегистрированных случаев употребления психоактивных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса за период 2019–2020 гг.	191
<i>Кудрявцева Е. С., Жилиева Т. В., Мазо Г. Э.</i> Гипергомоцистеинемия при шизофрении в российской выборке: биохимические механизмы и клинические особенности	193
<i>Кудряшова В. Ю., Лутова Н. Б., Руденко Д. И., Вукс А. Я., Стучевская Т. Р., Егорова О. Д., Кулагина Н. К., Затаковенко С. М.</i> Особенности психологических адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ) у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями	196
<i>Кузьмин И. И.</i> ROC-кривые моделей бинарной классификации при мониторинге антипсихотической терапии	199

<i>Кулешов А. А.</i> Особенности поведенческих аддикций в динамике пограничного расстройства личности в юношеском возрасте	201
<i>Кулешова Е. О.</i> Реабилитация пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство	204
<i>Лазарина А. Л.</i> Кататонические расстройства при органическом аутизме у детей дошкольного возраста	207
<i>Лановая А. М.</i> Взаимосвязь различных показателей дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья	209
<i>Левчук Л. А., Епимахова Е. В., Рощина О. В.</i> Нейрон-специфическая енолаза сыворотки крови больных с синдромом зависимости от алкоголя, депрессивными расстройствами и их коморбидности: корреляции с выраженностью психических нарушений	213
<i>Лисаускене О. В.</i> Динамика клинической картины эмоционально неустойчивого расстройства личности у призывников по результатам пятилетнего катамнестического обследования	216
<i>Лубеницкая А. Н.</i> Распространенность хронической боли и ее связь с аффективными расстройствами среди подростков Западно-Сибирского региона России	219
<i>Лукьянова М. С.</i> К проблеме гиподиагностики психотических состояний у подростков	222
<i>Макаревич О. В.</i> Проблемы семьи больных с эндогенными психозами: семейная стигма и состояние здоровья родственников	226
<i>Максимова И. В., Купенко Е. Е.</i> Анамнестические особенности расстройств пищевого поведения у женщин молодого возраста в структуре различных психических расстройств	229
<i>Мальшико Л. В.</i> Изучение психического статуса при инфекционных заболеваниях, на примере коронавирусной инфекции COVID-19	231
<i>Маркин К. В., Фрунза Д. Н., Тарумов Д. А., Труфанов А. Г.</i> Нейровизуализация терапевтических эффектов повторной транскраниальной магнитной стимуляции у пациентов с мигренью. фМРТ-исследование + МР-трактография	234
<i>Мартыненко А. И., Емельянцева Т. А., Захаревич О. Ю., Лакутин А. А.</i> Прогностическая модель формирования нежелательных лекарственных реакций при назначении антипсихотических лекарственных средств у пациентов с аутизмом с учетом полиморфизма гена MDR1 (rs1045642)	237

<i>Меднова И. А., Хамина В. В., Чалова П.</i>	
Спектр ацилкарнитинов у больных шизофренией с антипсихотик-индуцированным метаболическим синдромом и у психически здоровых лиц с метаболическим синдромом	240
<i>Мигалина В. В.</i>	
Психопатологические особенности и закономерности течения юношеских хронических эндогенных депрессий	243
<i>Миночкин Д. А.</i>	
Тревожно-депрессивные психические расстройства у больных туберкулезом легких	246
<i>Моисеева А. А.</i>	
Развитие самопонимания у будущих психотерапевтов	247
<i>Москвитина У. С.</i>	
О способе оценки влияния формы окружающего открытого пространства на психическую деятельность человека	250
<i>Мунин А. О. Акулова А. А.</i>	
Клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS) – новые возможности оценки негативной симптоматики у пациентов с шизофренией	252
<i>Мурашко А. А.</i>	
Распространенность и клиническая значимость антител к NMDA рецепторам при расстройствах психотического спектра	254
<i>Некрасов Д. А.</i>	
COVID-19 у лиц с психическими расстройствами	257
<i>Никитина С. Г., Симашкова Н. В., Коваль-Зайцев А. А.</i>	
Клинические аспекты детского дизонтогенетического аутизма	259
<i>Ободовская Т. Ф.</i>	
Долговременное положительное влияние курса ЭЭГ-адаптивной саморегуляции на клинические признаки тревоги и депрессии у пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством	261
<i>Ординарцева Е. В., Сергиенко А. А.</i>	
Развитие ингибции доминантного ответа у детей 6–8 лет с ограниченными возможностями здоровья	264
<i>Пальчикова Е. И.</i>	
Взаимосвязь уровня альфа-синуклеина на поверхности лимфоцитов CD45+ с клиническими проявлениями поздней шизофрении	268
<i>Пальчикова Е. И., Гомзякова Н. А., Тумова М. А.</i>	
Когнитивные функции пациентов в период глобальной пандемии	271
<i>Парамонов А. А.</i>	
Наркологический диагноз на примере зависимости от алкоголя в международных классификациях	273

<i>Петрухина А. А.</i>	
Психические нарушения на приеме у гериатра: клинические характеристики и влияние на социальное функционированием	276
<i>Пешковская А. Г., Галкин С. А.</i>	
Взаимосвязь интернет-зависимого поведения и личностных характеристик у молодых лиц	278
<i>Пикирени В. И., Лапчук Ю. А.</i>	
Острый стресс и эмоциональное выгорание у студентов БГМУ в ответ на вызовы 2020 года	281
<i>Полтавская Е. Г., Савочкина Д. Н.</i>	
Исследование полиморфизма гена COMT и болевой чувствительности у лиц, зависимых от психоактивных веществ	283
<i>Помыткин А. Н.</i>	
Терапия резистентных депрессий при шизофрении методом высокочастотной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции	285
<i>Поплевченков К. Н., Агибалова Т. В., Застрожин М. С., Бузык О. Ж.</i>	
Персонализированный подход к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма гена нейротрофического фактора головного мозга (BDNF)	288
<i>Попович У. О., Романенко Н. В.</i>	
Особенности доманифестного этапа юношеского эндогенного приступообразного психоза с религиозным бредом	291
<i>Порцева И. А.</i>	
Клинико-социальные особенности больных алкогольной зависимостью, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств в Удмуртской Республике за период 2010–2020 гг.	295
<i>Прянчиков С. Н.</i>	
Некоторые аспекты психического здоровья медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в «красной зоне» больным с новой коронавирусной инфекцией	297
<i>Пугачева М. Е.</i>	
Особенности продромальных состояний у пациентов с острыми кратковременными психотическими расстройствами	301
<i>Пыльнева М. В., Баранов А. В.</i>	
Особенности динамики психических расстройств у женщин с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	303
<i>Пятойкина А. С., Кудрявцева Е. С., Жукова Е. С., Жилиева Т. В., Щербатюк Т. Г., Мазо Г. Э.</i>	
Биомаркеры оксидативного стресса у пациентов с первым эпизодом шизофрении и их ассоциация с психопатологической симптоматикой	306

<i>Родионов А. С.</i> Влияние социальной характеристики на совершение общественно опасных действий у пациентов с различными психическими расстройствами	309
<i>Руденко Л. С.</i> Взаимосвязь самоповреждающего поведения с акцентуаций характера	310
<i>Руженкова В. В.</i> «Стресс-менеджмент» как программа профилактики непсихотических психических расстройств у студентов-медиков: медико-психологическая эффективность	313
<i>Рукавишников Г. В.</i> Нарушения пищевого поведения как потенциальный фактор риска избыточной массы тела и ожирения	316
<i>Румянцева Е. Б.</i> Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (клинико-психопатологические особенности)	318
<i>Акинфиева С. С., Погребняк В. А., Кайседо В., Кажин В. А., Никифоров И. А., Медведев О. Н., Меркин А. Г.</i> Технологии машинного обучения как вспомогательный диагностический инструмент в практике врача-психиатра: Протокол исследования	321
<i>Савельев А. П.</i> Клинико-эпидемиологические характеристики поздней шизофрении	323
<i>Садовникова М. В., Казакова Е. Ю., Баранов А. В.</i> Экспертная оценка способности женщин с психическими расстройствами воспитывать детей (анализ практики и актуальных проблем)	326
<i>Сафиуллина Л. Р., Сабиров И. С., Яхин К. К., Фёдорова В. Д.</i> Медико-генетические предикторы тревожных проявлений у детей с расстройствами аутистического спектра	329
<i>Семенов И. В., Жилиева Т. В., Мазо Г. Э.</i> Ассоциация дефицита тетрагидриобиптерина с нарушениями одноуглеродного обмена и выраженностью клинических симптомов у пациентов с шизофренией	332
<i>Сивакова Н. А., Рукавишников Г. В., Сорокин М. Ю., Касьянов Е. Д., Хобейш М. А., Андреев Е. В., Ананьева Н. И., Мазо Г. Э.</i> Оценка минеральной плотности костной ткани у пациентов с психическими расстройствами, длительно получающие антипсихотики и/или антиконвульсанты	335
<i>Сивашова М. С.</i> Структура психической заболеваемости в многопрофильном стационаре, перепрофилированном для лечения пациентов с COVID-19	338
<i>Сидорова Е. Ю., Асадуллин А. Р.</i> Генетические ассоциации вариантов суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью	341

<i>Синельникова М. М., Логачева А. А.</i>	
Социально-когнитивный тренинг в лечебно-реабилитационной работе с пожилыми пациентами страдающими психическими расстройствами	344
<i>Слюсарь И. Н.</i>	
Психологические особенности мужчин и женщин с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза	346
<i>Соловьёва К. П.</i>	
Генетические маркеры расстройств шизофренического спектра	349
<i>Сорокин М. Ю.</i>	
Стигма как мотивационный фактор включённости больных психическими расстройствами в лечебный процесс	352
<i>Сорокин М. Ю.</i>	
Динамика психологического стресса в связи с пандемией COVID-19 у жителей России	353
<i>Спектор В. А., Мнацаканян Е. В.</i>	
Предварительные результаты нейрофизиологического анализа нарушений восприятия эмоций у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством: потенциал N170	357
<i>Станкевич А. С.</i>	
Особенности психологической и психиатрической патологии у мигрантов	359
<i>Старостина Е. А., Ягубов М. И.</i>	
Клинико-психопатологические особенности нарушений половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и транссексуализме	362
<i>Степанов Я. А., Шнайдер Н. А., Медведев Г. В., Насырова Р. Ф.</i>	
Исследование генетически обусловленной регуляции антихолинэстеразной терапии и перспективы ее применения в психиатрии, неврологии и травматологии	365
<i>Степанова Н. А., Афанасьева А. В.</i>	
Расстройства сексуальных предпочтений как коморбидные состояния у лиц, страдающих расстройством личности	369
<i>Сурикова В. В., Галкина А. О., Земскова А. А.</i>	
Особенности формирования контингента пациентов отделения интенсивного оказания психиатрической помощи	372
<i>Титова М. Ю.</i>	
Анализ семейной тревоги у созависимых родственников, обратившихся за психологической помощью и начавших участие в психотерапевтической группе	374
<i>Трофимова Е. В., Яковлев Я. В.</i>	
Взаимосвязь агрессивности с эмоциональным состоянием у медицинских работников в период пандемии COVID-19	377
<i>Тумова М. А., Абдырахманова А. К., Муслимова Л. М., Становая В. В., Иванов М. В.</i>	
Изменения пространственного порога тактильной чувствительности при шизофрении	380

<i>Тучина О. Д.</i> Перспективное мышление пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и его связь с качеством ремиссии	383
<i>Федоренко Е. А.</i> Факторы риска развития психотических расстройств при эпилепсии	386
<i>Фецура И. В.</i> Психопатология постковидного синдрома	390
<i>Фомичева А. В., Зозуля С. А., Ключник Т. П., Андреев Д. А., Любавская А. А., Волель Б. А.</i> Клинико-иммунологический профиль астенических расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью	393
<i>Фофанова Ю. С., Медведев В. Э., Фролова В. И., Дробышев А. Ю.</i> Типология патологических телесных ощущений в челюстно-лицевой области	397
<i>Фрейзе В. В., Сосин Д. Н., Иванов М. В., Семенова Н. В.</i> Оценка безопасности антипсихотической терапии. Инструмент глобальных триггеров	401
<i>Хамская И. С.</i> Распространенность аддиктивного поведения у студентов-медиков старших курсов (систематика и ранняя диагностика)	404
<i>Хобейш М. А.</i> Особенности психиатрической стигмы у больных шизофренического профиля с коморбидной ВИЧ-инфекцией	407
<i>Хобта Е. Б.</i> Роль кишечной микробиоты в формировании депрессивных состояний человека	410
<i>Черкасов Н. С.</i> Оценка чувствительности FCSRT у пожилых людей с додементными когнитивными нарушениями: результаты кластерного анализа	413
<i>Чурбакова О. Ю.</i> Высшие психические функции у детей с расстройствами аутистического спектра при коррекции методом транскраниальной микрополяризации	416
<i>Чуркина А. М., Субботская Н. В.</i> Корреляции типов гипертимных личностей и психопатологических вариантов фазных аффективных состояний (динамика гипертимии)	419
<i>Шакун Е. Ю.</i> Гендерные особенности дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья	422
<i>Шапошникова Ю. В., Косогова А. И.</i> Сравнение особенностей клинической картины нервной анорексии у подростков с личностными особенностями и аноректического синдрома при ранее выявленных психических расстройствах	425

<i>Шарапова К. М., Новикова Л. Б.</i> Высокочастотная электрическая активность мозга у больных с церебральным инсультом в сопоставлении с психоэмоциональными нарушениями	429
<i>Швачкина Д. С., Жукова Е. С., Иркаева А. М., Жилиева Т. В., Щербатюк Т. Г., Мазо Г. Э.</i> Ассоциация маркеров редокс-дисбаланса с выраженностью ранних экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков при лечении шизофрении	430
<i>Шестакова Р. А.</i> Небредовые ипохондрические расстройства в позднем возрасте. Особенности клинико-динамических проявлений	433
<i>Широков П. Н.</i> Особенности течения острых психотических расстройств, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на примере двух клинических случаев	437
<i>Шишкова Т. И., Шляхова А. Н., Рязанская Г. М., Худякова М. С., Олейчик И. В.</i> Особенности речи у пациентов с эндогенными психозами	439
<i>Шмелькова Е. Н., Ахметова Э. А.</i> ГБУЗ РНД № 1 МЗ РБ	441
<i>Шумакова Е. А.</i> Предикторы терапевтического ответа на препараты палиперидона пролонгированного действия при параноидной шизофрении	444
<i>Шуненков Д. А.</i> Психологические особенности самостигматизации у пациентов с психическими расстройствами невротического регистра	447
<i>Щетков П. В.</i> Анализ случаев новой коронавирусной инфекции среди пациентов госпиталя для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 ГКУЗ «УОКПБ им. В. А. Копосова» за май – сентябрь 2020 года	450
<i>Щербакова А. М., Истомина Л. А.</i> Исследование особенностей экзистенциальных переживаний специалистов сферы помощи пациентам клинического профиля	452
<i>Юзбашян П. Г., Романов Д. В.</i> Типология и психопатологическая характеристика глоссалгического синдрома	455

Оценка факторов прогноза синдрома задержки психического развития на примере крупной выборки

Абрамов А. В.

г. Москва

*Научно-практический центр психического здоровья детей
и подростков им. Г. Е. Сухаревой.*

*Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н. И. Пирогова*

Актуальность. Данные отечественных эпидемиологических исследований последних десятилетий свидетельствуют о росте в структуре психических расстройств патологии детско-подросткового возраста (Макушкин Е. В. с соавт., 2019). Проведённое нами ранее изучение нозологической и половозрастной структуры пациентов крупнейшего детского стационара г. Москвы НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой (Абрамов А. В., Милушкина О. Ю., Панкова О.Ф. 2019) выявило рост патологии развития у детей дошкольного и младшего школьного возраста (рубрика МКБ-10 F80-89 Нарушения психологического (психического) развития. При этом у 60–70 % пациентов был выставлен диагноз F84.8 «Другие общие расстройства развития», которым обозначается синдром задержки психического развития (ЗПР) в г. Москве. Важной клинической задачей является определение предикторов наиболее вероятного исхода ЗПР. Благоприятным исходом ЗПР является приближение к норме психического развития к началу обучения в средней школе (или ранее), включая способность усваивать школьную программу и соблюдать общепринятые нормы поведения. Широкую вариативность имеют неблагоприятные исходы ЗПР, среди которых выделяются умственная отсталость (УО) и органические расстройства когнитивных процессов, личности и поведения (ОР).

Целью настоящего исследования явилось изучение факторов, имеющих значение в оценке прогноза и повышении качества диагностики синдрома ЗПР.

Задачи исследования: проведение анализа анамнестических сведений, клинико-динамических аспектов ЗПР у выборочной когорты пациентов и выявление факторов, свидетельствующих в пользу положительного или отрицательного прогноза.

Пациенты и методы. В рамках настоящей работы по данным медицинской документации (форма N 025/у и форма 003/у) была проведена оценка анамнестических и катамнестических сведений у пациентов с диагнозом F84.8, выставленным в рамках стационарного обследования в Центре им. Г.Е. Сухаревой в период с 1999 по 2008 год. Временной период был выбран исходя из того, что на момент оценки соответствующих параметров (2020 г.) пациенты в большинстве своём достигали совершеннолетия. Общая выборка составила 1848 пациентов. Первоначальная оценка катамнеза выборки показала следующее: по 1 % пришлось на нарушения психического развития при фенилкетонурии (шифр МКБ-10 E70.0) и эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте (F9), 3 % – расстройства шизофренического спектра (F2), 4 % – расстройства психологического (психического) развития уточненные (F8), 13 % – ОР (F0), 20 % – УО (F7). В оставшихся 56 % случаев диагноз не изменился, большая часть детей имела однократную госпитализацию в стационар. Из выборки были исключены случаи с недостаточностью анамнестических сведений, неполным обследованием, с верифицированными в раннем детстве диагнозами УО или ОР (в возрасте 2-3 лет), а также с установленными фенилкетонурией и деменцией. Конечная выборка составила 1747 детей, из которых было проанализировано 45 % (787 наблюдений). При оценке анамнестических данных анализировались следующие параметры: пол, возраст детей на момент постановки диагноза, возраст родителей на момент зачатия ребёнка, наличие отягощенной наследственности (наблюдение у психиатра или нарколога членов семьи, завершённые суициды), данные акушерско-гинекологического анамнеза, постнатальные вредности (сотрясения головного мозга, нейроинфекции, операции под наркозом), состав семьи, установленные факты социально-бытового неблагополучия (т.н. «асоциальные семьи»), воспитание под опекой родственников или в социальных учреждениях. В то же время в психопатологической структуре нарушений, оценивались данные о коморбидных расстройствах, послуживших причиной для обращения в стационар, среди которых выделялись синдромы: гипердинамический (ГС), психопатоподобный, неврозоподобный, церебрastenический, аутистикоподобный; оценивались речевые расстройства (общее недоразвитие речи (ОНР) 1 – 3 уровня, моторная алалия, заикание, дислалия и др.). Вышеуказанные параметры анализировались как в общей группе (787 случаев), так и в отдельных группах, выделенных на основе клинико-динамического анализа: группа с УО (n = 198); группа с ОР (n = 261);

группа с неизвестным катамнезом (НК) (n = 275). В группы сравнения не включалась группа больных с расстройствами шизофренического спектра, представленная наименьшим количеством наблюдений (N = 54). Обработка полученных данных проводилась с помощью программного обеспечения Microsoft Office Excell 2016. Проводилось вычисление средних значений, расчёт доверительных интервалов (ДИ) и их сравнение (доверительная вероятность ниже по тексту P = 95 %).

Результаты и обсуждение. В общей группе доля пациентов мужского пола составила 84 % (n = 662), женского пола 16 % (n = 125). В 90 % случаев ЗПР выявлялась в дошкольном возрасте (3-7 лет). По полу статистически достоверно различалась частота встречаемости ГС: муж. (n = 217, ДИ = 30-36 %); жен. (n = 24, ДИ = 13-25 %), по иным параметрам разницы не выявлено. При сравнении групп на основе клинико-динамического (проспективного) изучения сохранялось устойчивое преобладание пациентов мужского пола, наиболее значимое в группе с ОР.

В 84–94 % случаев диагноз выставлялся в возрасте от 3 до 7 лет. Наибольшие различия по анамнестическим сведениям получены между группой с НК и группами с УО и ОР.

В группе с НК возраст отца (ДИ = 57–67 %) и матери (ДИ = 67–76 %) чаще укладывался в интервал в 20–29 лет. Отягощенная наследственность чаще отмечена в группе с ОР (ДИ = 38–50 %). Патология беременности и родов реже отмечалась в группе с НК (ДИ = 69–79 %).

Анализ синдромальной картины позволяет говорить о менее выраженных речевых и поведенческих нарушениях в группе с НК (ОНР-1, ДИ = 16-24 %; ОНР-2, ДИ = 45-50 %). Заикание выявлялось исключительно в группе с НК. В группе детей с ОР чаще отмечались психопатоподобный (ДИ = 20–30 %) и гипердинамический синдромы (ДИ = 45–55 %), неврозоподобные проявления (ДИ = 20–30 %), церебрастенические проявления (ДИ = 11–19 %), реже отмечались речевые нарушения (ДИ = 70–80 %). В группе детей с УО преобладали более выраженные нарушения речи (ОНР-1, ДИ = 34–46 %; ОНР-2, 24–36 %), отмечался гипердинамический синдром (ДИ = 34–46 %), психопатоподобный синдром (ДИ = 6–14 %). Представленные результаты исследования свидетельствуют о сложности клинической верификации и прогностической неоднозначности синдрома ЗПР. Причиной обращения к врачу чаще всего служат речевые и поведенческие нарушения. Можно утверждать, что ЗПР значительно чаще встречается у мальчиков. Существенных отличий в течении беременности, иных постнатальных вредностях между группами выявить не удалось. Неоднозначными представляются полученные результаты о более высокой частоте отягощенной наследственности в группе ОР, что может быть связано с нежеланием родителей сообщать о факте наблюдения у психиатра,

наркологической отягощенности, патологии у родственников, а также дефектами сбора анамнеза. При оценке ведущих синдромов группы чётко разделились: наиболее тяжелые речевые нарушения отмечались в группе детей с УО, поведенческие нарушения чаще были отмечены в группе с ОР. Эта группа в целом выделялась более сложной клинической картиной, включающей в себя сочетания гипердинамического, неврозоподобного синдрома, речевых нарушений, психопатоподобных проявлений. Полученные данные по группе с НК позволяют предполагать, что эта группа преимущественно представлена детьми с лёгкими, прогностически благоприятными формами ЗПР.

Выводы.

1. Синдром ЗПР, независимо от его нозологической принадлежности, чаще встречался у пациентов мужского пола.

2. К возможным факторам риска неблагоприятного исхода ЗПР следует относить: наличие отягощенной наследственности и неблагоприятного течения беременности, гипердинамический синдром, умеренные или выраженные нарушения речевого развития, психопатоподобные проявления в поведении.

3. Не выявлено статистически значимых различий коморбидных расстройств в зависимости от пола, за исключением более высокой частоты гипердинамического синдрома у мальчиков.

4. Группа с НК наиболее вероятно соответствует благоприятному варианту исхода ЗПР, однако отсутствие отдаленного анамнеза не позволяет это утверждать однозначно.

5. Полученные результаты сравнения могут учитываться специалистами для оценки прогноза ЗПР лишь косвенно, важным условием благоприятного прогноза является динамический контроль состояния ребенка, ведение пациентов с ЗПР с участием логопедов, дефектологов, специалистов смежных специальностей.

Дименсиональный подход в диагностике нервной анорексии и нервной булимии

Азарнова А. Д.

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

Актуальность. В настоящий момент диагностика и терапия расстройств пищевого поведения являются одной из важнейших проблем в современной психиатрии. Несмотря на то, что наиболее известными

заболеваниями в этой группе являются нервная анорексия и нервная булимия, до сегодняшнего дня остаётся открытым вопрос о разграничении этих двух нозологий и определении факторов, влияющих на динамику их течения и дальнейший прогноз.

Цели и задачи. Цель данной работы представляет собой попытку очертить возможности комплексного изучения проблемы дифференциальной диагностики нервной анорексии и нервной булимии с позиции изучения генетических, личностных, средовых факторов, а также выраженности отдельных симптомов и оценки степени их влияния на формирование клинической картины заболевания.

Задачи.

1. Изучение материалов первоисточников по проблеме исследования.
2. Анализ и переработка полученных данных.

Материалы и методы. Был осуществлён анализ данных современной отечественной и зарубежной литературы по вопросу выявления особенностей групп пациентов с установленным диагнозом «нервная анорексия» и «нервная булимия», а также наблюдения данных больных в круглосуточном и дневном стационаре Клиники расстройств пищевого поведения психиатрической клинической больницы № 1 им. Н. А. Алексеева.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования было установлено, что в клинической картине нервной анорексии и нервной булимии отмечается ряд общих черт, а также частая встречаемость смешения симптомов указанных нозологий (эпизоды переедания, ограничительного и очистительного поведения), что не позволяет подходить к их диагностике с позиций чёткого разграничения. В то же время был выявлен ряд признаков, определяющих различие пациентов из указанных групп – таких как особенности преморбидных личностных черт, генетические факторы и нозологическая принадлежность наиболее часто встречающихся коморбидных заболеваний.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что указанные нозологии, имея ряд общих патогенетических механизмов, развиваются под влиянием факторов, выраженность и сочетание которых определяет клиническую картину болезни и формируют мишени для психофармакологического и психотерапевтического воздействия. Однако полученные данные не позволяют достоверно установить общность природы возникновения нервной булимии и нервной анорексии, для получения однозначных выводов требуются дальнейшие исследования.

Психологические аспекты отношений в системе «мать-ребенок». Когда и с чего они начинаются?

Александрова В. Г., Куфтырева М. А.

г. Смоленск

*Смоленский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность. В настоящее время существует интерес к такому разделу психологии, как перинатальная психология (Алексеева С. Н., 2018; Добряков И. В., 2010). Она изучает психологические особенности диады «мать-ребенок» во время беременности, родов и в первые месяцы жизни (Добряков И. В., 2010). Известно, что психологические факторы, воздействующие на мать и ребенка в это время, влияют как на течение беременности, срок наступления родов, исходы родов и здоровье матери и новорожденного, так и на дальнейшее развитие ребенка (Алексеева С. Н., 2018; Добряков И. В., 2010). Также известно, что дети, которым уделялось больше внимания и заботы в раннем возрасте, показывают более высокие результаты в тестировании на IQ, у них лучше развиваются некоторые участки мозга (Баттачарджи Ю., 2015). Поведение медицинских работников может оказывать влияние на состояние беременной и, особенно, роженицы. Не зря существует термин «ятрогения», означающий патологические состояния и процессы, развившиеся вследствие действий медицинского персонала. В этот термин входят также психологические травмы и их последствия, развившиеся вследствие неосторожных слов медицинских работников (Шумовская О. А., 2019). Беременная женщина, роженица или родильница особенно уязвима и требует от персонала особого отношения и внимания (Добряков И. В., 2010; Шумовская О. А., 2019). Возникает вопрос: существует ли связь между навыками общения медицинского персонала в ходе родовспоможения и развитием отношений между матерью и ребенком? Насколько на этот процесс влияют иные социальные и психологические факторы, присутствующие в жизни женщины? В ходе данного исследования мы попытались найти ответ на эти вопросы.

Цель и задачи: изучить связи между уровнем привязанности матерей к своим детям в возрасте до 3-х лет, течением их беременности и родов, а также социальными и психологическими факторами.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие матери детей до 3-х лет. Всего было опрошено 74 женщины. Из них 45 (60,8 %) было опрошено в ходе очного анкетирования на базе детской поликлиники № 4

г. Смоленска, а 29 (39,2 %) – в ходе онлайн-анкетирования. По возрасту женщины-респондентки распределились следующим образом: 13–17 лет – 2; 18–19 лет – 2; 20–24 года – 9; 25–29 лет – 22 (29,7 %); 30–34 года – 29 (39,2 %); 35–39 лет – 9; 40 лет и старше – 1 женщина. Анкета состояла из следующих частей: паспортная часть; вопросы, касающиеся занятости, акушерского анамнеза и социального статуса женщины; визуально-аналоговые шкалы для оценки впечатлений от беременности, родов, отношения персонала в ходе родовспоможения и болезненности родов, отметки на которых впоследствии при обработке данных переводились в баллы от 0 до 10; вопросы, касающиеся субъективной оценки женщины ее беременности и родов и отношения к ребенку; тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку раннего возраста (Николаева Е. И., 2011). Производилась оценка отношения матери к ребенку по следующим критериям: ее чувствительность к потребностям ребенка, склонность принимать или отвергать его, склонность поддерживать его самостоятельность либо контролировать его, стремление поддерживать ребенка либо игнорировать его. Обработка анкет осуществлялась таким образом, что мать чувствительная к потребностям ребенка, склонная принимать его, а не отвергать, дающая ему возможность проявлять самостоятельность, поддерживающая его, а не игнорирующая, получала большую сумму баллов (максимальное количество баллов – 8). Это выраженность или сила привязанности. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы для работы с электронными таблицами MicrosoftOfficeExcel 2007 и программы анализа данных для статистической обработки AtteStat. В ходе статистической обработки составлялись таблицы сопряженности. Для проверки гипотезы о независимости признаков использовался критерий χ^2 с вероятностью ошибки 0,05. Далее, если гипотеза о независимости отвергалась, вычислялся коэффициент сопряженности. Если присутствовали числовые значения (в визуально-аналоговых шкалах, либо в части анкеты, где оценивалась привязанность матери к ребенку), использовался коэффициент Пирсона (P). В случаях, где присутствовали данные непараметрического типа («да/нет», «положительно/отрицательно» и т. д.), использовался коэффициент Чупрова (C).

Результаты и обсуждение. В ходе статистической обработки обнаружена положительная корреляционная связь между оценками впечатлений от родов и болезненности родов ($P = 0,85$).

Также с впечатлениями от родов положительно коррелирует оценка женщиной отношения персонала, принимавшего участие в родовспоможении, к ней ($P = 0,858$). С впечатлениями от родов положительно связаны чувства, которые матери испытали, впервые увидев своего ребенка: чаще положительные эмоции ощущали те, у кого роды, по их субъективным

оценкам, прошли хорошо ($P = 0,858$). Присутствует положительная корреляционная связь между оценкой женщиной отношения персонала к ней во время родовспоможения и чувствами, которые она испытала, впервые увидев своего ребенка ($C = 0,405$). Также чувства, которые мать испытывала, впервые увидев своего ребенка, положительно связаны с ее отношением к ребенку на момент анкетирования ($C = 0,512$). Немаловажно, что между отношением персонала к женщине во время родовспоможения и ее отношением к ребенку на момент анкетирования присутствует достаточно сильная положительная связь ($P = 0,748$). С отношением матери к ребенку также положительно коррелируют:

- возраст женщины ($P = 0,662$);
- уровень образования ($C = 0,437$);
- наличие у нее партнера ($C = 0,382$);
- запланированная беременность ($C = 0,333$);
- субъективная оценка обеспеченности семьи ($C = 0,299$);
- трудоустроенность женщины ($C = 0,24$);
- общее впечатление от беременности и родов ($P = 0,696$);
- общая оценка женщиной того, в какую сторону изменилась ее жизнь после появления ребенка ($C = 0,301$).

Можно предположить, что чем более благополучной женщина будет по сумме указанных факторов, тем более сильная привязанность к своему ребенку у нее сформируется.

Было выявлено, что отсутствуют корреляционные связи между отношением респондентки к ребенку и:

- впечатлением от родов ($\chi^2 = 73,139$, $\chi^2_{\text{крит}} = 79,008$);
- наличием потерь желанных беременностей в анамнезе ($\chi^2 = 10,037$, $\chi^2_{\text{крит}} = 12,592$);
- количеством детей ($\chi^2 = 6,841$, $\chi^2_{\text{крит}} = 21,026$);
- возможностью оставлять ребенка под надежным присмотром и заниматься своими делами (работа, увлечения, отдых и т. д.) ($\chi^2 = 3,163$, $\chi^2_{\text{крит}} = 12,592$).

Это свидетельствует о том, что женщины, перенесшие потерю желанной беременности, многодетные матери и женщины, не имеющие свободного времени, не имеют повышенного риска формирования недостаточно выраженной привязанности. Таким образом, можно обозначить группы риска по развитию низкого уровня привязанности к ребенку. Это несовершеннолетние беременные и матери; женщины с низким уровнем образования; не имеющие партнера, совместно с которым они будут воспитывать ребенка; не планировавшие свою беременность; оценивающие уровень дохода своей семьи как «ниже среднего». Данные категории беременных и матерей нуждаются в психологической помощи, которая может

быть оказана в женской консультации, родильном доме или перинатальном центре.

Выводы. Отношение медицинского персонала к родильнице, возраст женщины и общее впечатление от беременности и родов оказывают наибольшее влияние на отношение матери к ребенку. Значимую роль в этих отношениях играют социальные факторы (наличие партнера, трудоустроенность, уровень образования). Из этого следует, что целевыми аудиториями, на которые мы можем оказать воздействие являются сами женщины и медицинский персонал. Совершенствованию навыков общения с пациентами у персонала, принимающего участие в родовспоможении, необходимо уделять особое внимание. Руководителям родильных домов и перинатальных центров следует рассмотреть возможности по организации и проведению обучения персонала навыкам конструктивного общения с пациентками. Наиболее целесообразно проводить занятия в группах в виде отработки практических навыков с помощью симулированных пациенток, а также конструированию в ролевых играх типовых клинических ситуаций.

Способы коррекции когнитивных нарушений при шизофрении

Алексеева П. Н.

г. Москва

*Психиатрическая клиническая больница № 1
им. Н. А. Алексеева*

Актуальность. Когнитивные нарушения различной степени выраженности отмечаются у 70–98 % больных шизофренией (Keefe RS 2005, Green MF 2006). Исследователи полагают, что нарушения в когнитивной сфере могут обнаруживаться задолго до манифестации заболевания, и при этом, по значимости их можно считать такими же ключевыми симптомами болезни, как продуктивную и негативную симптоматику. Тот факт, что когнитивные нарушения являются первыми предикторами значимого функционального снижения пациентов с диагнозом шизофрения, свидетельствует об особой актуальности ранней диагностики с последующей своевременной терапией.

Цели. Целью данного исследования является обобщение знаний о современных подходах к терапии нарушений в когнитивной сфере у пациентов с шизофренией.

Задачи.

1. Изучить современные методы коррекции когнитивных нарушений при шизофрении с точки зрения их эффективности и безопасности.
2. Провести сравнительный анализ различных методов терапии.

Материалы и методы. Были проанализированы научные работы базы данных PubMed за последние 5 лет по ключевым словам: «шизофрения, когнитивное снижение». Всего по данному запросу насчитывалось 2435 статей, из которых было отобрано 13 работ с мета-анализами, посвященными различным способам коррекции когнитивных нарушений при шизофрении.

Результаты и обсуждение. Эффективность средств модулирующих глутаматергическую систему. Вещества, связывающиеся с сайтом, модулирующим активность NMDA-рецепторов (саркозин, бензоат, глицин, D-серин и D-циклосерин) не показали свою эффективность по сравнению с плацебо. AMPA агонисты (иботеновая кислота, виллардин) были эффективны по сравнению с плацебо в направлении улучшения рабочей памяти. Мемантин (NMDA агонист) был эффективнее плацебо, он положительно повлиял на способность к сосредоточению и память (Kantrowitz 2017, Mazinani 2017). Эффективность средств модулирующих холинергическую систему. Мета-анализ не показал эффективности холинергических препаратов (ацетилхолин, никотин) по сравнению с плацебо, за исключением агонистов никотиновых рецепторов α 4 типа (варениклин), которые оказали благоприятный эффект на способность к решению задач (problem solving). Ингибиторы холинэстеразы (донепезил, ривастигмин) показали небольшое, но значительное влияние на рабочую память. При этом существенных эффектов галантамина не было зафиксировано (Shoja Shafiqi & Azizi Khoei 2016, Buchanan 2017). Эффективность средств модулирующих серотонинергическую систему. По данным 14 разных исследований препараты влияющие на серотониновую нейротрансмиссию никак не улучшили когнитивные функции у пациентов с шизофренией (Samadi 2017). Эффективность средств модулирующих дофаминергическую систему. Мета-анализов, оценивающих эффективность дофаминергических соединений на когнитивные функции у пациентов с шизофренией не найдено. Только 1 работа (Girgis 2016) свидетельствовала об отсутствии эффективности агонистов дофаминовых рецепторов на когнитивные функции при шизофрении. Эффективность средств модулирующих ГАМК-ергическую систему. В целом, большинство потенциальных терапевтических средств, направленных на модулирование ГАМК-ергической системы показали себя многообещающими в доклинических исследованиях. Однако, данные клинических исследований довольно скудны. Тиагабин в настоящее время проходит III фазу клинических испытаний и уже показано, что он улучшает когнитивные функции при шизофрении (Tsong-Ung Wilson Woo, 2019). Относительно новое соединение

проявляющего активность в качестве позитивного аллостерического модулятора ГАМК рецептора, активно исследуется как препарат для профилактики и лечения когнитивных нарушений при шизофрении и боли (Mugnaini C 2016, номер патентной заявки: WO2015056771). Эффективность средств модулирующих норадренергическую систему. В качестве предполагаемых препаратов улучшения когнитивных функций были изучены как ингибиторы обратного захвата норадреналина (атомоксетин, рибоксетин), так и стимуляторы $\alpha 2A$ -рецепторов (гуанфацин, клонидин). Мета-анализ не выявил положительного эффекта этих препаратов, за исключением гуанфацина, который оказал статистически значимый эффект на когнитивные функции пациентов с шизофренией по сравнению с плацебо (Sinkeviciute I, 2018). Другие категории препаратов. В качестве средств, улучшающих когнитивные функции, рассматривались модафинил и армодафинил. Сообщалось о положительном влиянии модафинила при однократном применении на рабочую память пациентов с шизофренией. Однако, исследования основанные на изучении эффектов длительного приема этих препаратов указывают на отсутствие положительного эффекта модафинила/армодафинила на когнитивный дефицит пациентов с шизофренией (Sinkeviciute I, 2018). Когнитивные тренировки для пациентов с шизофренией. В одном из мета-анализов (Matteo Cella, Antonio Preti, Clementine Edwards, 2017), включающего 45 исследований и 2511 участника, направленного на оценку эффективности когнитивных тренировок было показано значительное, статистически достоверное улучшение когнитивных функций у пациентов с шизофренией. Физические упражнения. По данным двух мета-анализов: (Irene Bighelli, Maximilian Huhn, Johannes Schneider-Thoma, 2016; Joseph Firth, Brendon Stubbs, Simon Rosenbaum, 2016) была доказана эффективность аэробных физических упражнений, в т. ч. йоги как дополнительного метода к лекарственной терапии у пациентов с сопутствующим когнитивным снижением, кроме того показаны значительные улучшения социального функционирования, рабочей памяти и внимания.

Выводы. На сегодняшний день нет достоверно эффективных фармакотерапевтических методов, способных значительно улучшить показатели когнитивных функций у пациентов с шизофренией. Однако, проведенный нами анализ позволяет заключить, что некоторые препараты, модулирующие ГАМК-ергическую нейротрансмиттерную систему являются многообещающими в направлении улучшения когнитивного дефицита при этом заболевании. Кроме того, комбинация психофармакотерапии, аэробных нагрузок и когнитивных тренировок пока является наиболее эффективным способом коррекции нарушений когнитивной сферы.

Прогнозирование ответа на антидепрессивную терапию с учетом параметрических личностных характеристик больных с депрессивными расстройствами

Овчинников А. В.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского

Актуальность. По современным данным риск развития депрессии в течение жизни составляет 10,8 % (Lim G. Y., Tam W. W., Lu Y., 2018). В России распространённость депрессии, согласно крупному поперечному исследованию (n = 5077), составляет 6,3–10,6 % (Cook S., Кудрявцев А. В., Боброва Н., 2020). При этом по современным представлениям фармакотерапия, являющаяся наиболее распространённым методом лечения депрессии, имеет сравнительно низкую эффективность. Так, в исследовании STAR*D, по своему дизайну приближенного к клинической реальности, только 50 % пациентов ответили на первый курс терапии (Rush A. J., Warden D., Wisniewski S. R., 2009). Более того, каждый неэффективный курс фармакотерапии увеличивает риск хронификации депрессии и рецидива в будущем (Мосолов С. Н., Костюкова Е. Г., Ладыженский М. Я., 2016; Rush A. J., Trivedi M. H., Wisniewski S. R., 2006). В связи с этим особую значимость получил поиск предикторов ответа на антидепрессивную терапию. Известно, что у 45 % пациентов с депрессией имеется коморбидное личностное расстройство, и этот процент увеличивается до 60 в группе пациентов с хроническими депрессиями и дистимией (Friborg O., Martinsen E. W., Martinussen M., 2014). По результатам обзора специально созданной экспертной группы «Расстройство личности и её влияние на исход депрессии» (Personality Disorder and Depression Outcome Group), в которую вошли авторы наиболее значимых статей в этой области, коморбидная личностная патология вдвое уменьшает шансы на достижение ремиссии после месяца терапии вне зависимости от использовавшихся методов лечения (Newton-Howes G., Tyrer P., Johnson T., 2014). В исследованиях отечественных авторов также подтверждается широкая распространённость личностной патологии среди пациентов с монополярной депрессией. При этом такая коморбидность чаще обуславливает необходимость применения комбинированной фармакотерапии, снижает эффективность антидепрессивного лечения, усиливает негативную оценку уровня своей социальной адаптации (Счастный Е. Д., Симуткин Г. Г., Лебедева Е. В., 2018.). Как известно, предложенная в МКБ-11 модель не включает типы личности, использовавшиеся в МКБ-10, за исключением

пограничного расстройства личности. На смену им придёт дименсиональная модель оценивающая тяжесть (мягкая, средняя, тяжёлая), а также субсиндромальный вариант, аналог акцентуации – «personality difficulty». И пять личностных доменов: негативная аффективность, диссоциальность, дезингибированность, отгороженность, ананкастия (ICD-11, 2018). По мнению одного из признанных специалистов в области личностных расстройств R. T. Mulder исследование отдельных личностных черт вместо диагностических критериев расстройств личности из МКБ-10 и DSM-V может иметь бóльшую прогностическую значимость (Mulder R.T., 2008).

Целью исследования является поиск предикторов терапевтического эффекта антидепрессантов у пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами из числа параметрических личностных характеристик бóльших и разработка на их основе модели для прогнозирования ответа на антидепрессивную терапию.

Материалы и методы. Исследование по дизайну проспективное наблюдательное. Изученную выборку составили 61 пациент (27 мужчин и 34 женщины). Средний возраст больных – 30,2 года (стандартная ошибка = 1,12; стандартное отклонение = 8,7), от 18 до 48 лет. Выраженность депрессии у пациентов определялась как лёгкая или умеренная (медиана баллов MADRS – 26; мода – 22; 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 C. R., 1994), 16-факторный опросник Кеттелла (Cattell R. B., 1970), Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HAM-A) (Hamilton M., 1959) и Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) (Montgomery S. A., Asberg M., 1979). В последующем пациенты повторно оценивались с помощью MADRS на 14-й, 28-й и 56-й день терапии. Терапия назначалась лечащим врачом. 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 %). Данные анализировались с использованием программного пакета SPSS. Для решения задачи прогнозирования ответа на терапию на сроке одного и двух месяцев, а также оценки значимости отдельных факторов для ответа на терапию использовалась бинарная логистическая регрессия. Реакция на лечение чаще всего определяется как уменьшение суммарного балла MADRS на 50 % и более (Hawley C. J., Gale T. M., 2002; Zimmerman M., Posternak M. A., 2004). Поэтому 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». Полученные модели проверялись на коллинеарность, гетероскедастичность, а также оценивались с помощью построения ROC-кривых. Случаи с потерянными значениями не использовались для вычислений.

Результаты исследования. Из полученного набора моделей, прогнозирующих ответ на терапию к 28-у дню лечения, наилучшими характеристиками обладала следующая функция:

$$P = 1 / (1 + e^{-y}) \text{ (общая формула логистической регрессии),}$$

где e – константа равная 2,71; y (регрессионная функция) = (фоновые баллы MADRS – баллы MADRS на 14 день)*0,258 + (стандартные баллы (стены) по шкале Кеттелла «практицизм-чувствительность»)*0,335 + (баллы по шкале Клонингер «сотрудничество»)*4,32 – 7,185 (константа).

Из общего состава выборки ($n = 61$) в модель было включено 50 (82 %) случая. $\chi^2 = 16,96$, $p = 0,0001$, что говорит о высокой достоверности модели. R-квадрат Нэйджелкерка, оценивающей долю влияния всех исследуемых факторов на дисперсию зависимой переменной, был равен 0,391. Специфичность полученной модели составила 89,5 %, чувствительность – 71 %. Наилучшими характеристиками для ответа на терапию к 56-у дню лечения обладала следующая модель: $y = 1,248$ (константа) + (фоновые баллы MADRS – баллы MADRS на 28 день)*0,265 – (стандартные баллы (стены) по шкале Кеттелла «конформизм-нонконформизм»)*0,477. Включено в анализ 45 человек из 52 (86,5 %), $\chi^2 = 19,113$, $p = 0,0001$. Квадрат Нэйджелкерка – 0,471, специфичность – 92,9 %, чувствительность – 64,7 %. Площадь под кривой (AUC) для первой модели равна 0,852 (95 % ДИ 0,743–0,962), а для второй – 0,857 (95 % ДИ 0,736–0,978). Для обеих моделей AUC находится в интервале 0,8–0,9, что соответствует очень хорошему качеству модели. При проверки на гетероскедастичность использовался тест Бреуша-Пагана. Для первой модели $p = 0,29$, а для второй $p = 0,697$. Для оценки эффективности объясняющих моделей использовалась проверка согласия Хосмера-Лемешева. Для первой модели $\chi^2 = 11,02$, $p = 0,201$, а для второй $\chi^2 = 4,32$, $p = 0,743$.

Выводы. Среди изучаемых факторов прогностически значимыми оказались баллы по шкале «сотрудничество» из опросника Клонингера, факторы Q2 «конформизм – нонконформизм» и I «жесткость – чувствительность», измеряемые опросником Кеттелла, и ранний ответ на терапию, выражавшийся в редукции баллов MADRS на 14 день. Было предложено две модели для предсказания ответа на терапию на 28 и 56 день лечения. В будущем планируется тестирование их на новой выборке. В случае

успеха мы получим простой в использовании и эффективный инструмент для выявления пациентов, которым требуется более интенсивное терапевтическое вмешательство уже на ранних стадиях лечения.

Научный обзор развития охраны психического здоровья в Центральной Азии. Коллапс и частичное возрождение?

*Алиев А. Н., Робертс Т., Магзумова Ш. Ш.,
Ешимбетова С. З., Пантелева Л. Ю., Крупчанка Д.,
Сарториус Н., Торникрофт Г., Винклер П.*

г. Прага. Чехия

Национальный институт психического здоровья

Актуальность. О развитии и состоянии системы психиатрической помощи в Центральной Азии (ЦА) известно немного. До сих пор страны ЦА изучались в рамках региона всего бывшего Советского Союза или стран Восточного Блока, тем самым ограничивая понимание социо-культурных особенностей региона.

Цель и задачи. Мы ставили перед собой задачу собрать и проанализировать информацию о развитии психиатрической помощи в регионе в пост-советский период, а также текущее положение дел, чтобы выявить потребности, пробелы и ключевые проблемы для принятия решений о будущей политике и практике в области психического здоровья в регионе.

Материалы и методы. Мы включили все бывшие советские республики ЦА: Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркменистан и Узбекистан и использовали широкую стратегию поиска для выявления соответствующей литературы (как рецензируемой, так и серой) и провели консультации с экспертами. Ключевые поисковые термины, связанные с услугами и политикой в области психического здоровья и психическими расстройствами, были использованы в сочетании с названиями стран в Medline, PsychINFO, Embase, Web of Science и Российском индексе научного цитирования. Кроме того, мы провели поиск в базе данных MiNDbank Всемирной организации здравоохранения; провели обратный и прямой скрининг цитируемых статей; провели базовый поиск в Google и попросили страновых партнеров провести локальный поиск серой литературы и сообщить о его результатах в заранее определенной форме. Эксперты, участвовавшие в исследовании, должны были быть либо вовлечены в организацию или предоставление услуг в области психического здоровья, либо быть членами ассоциации специалистов

в области психического здоровья или местной организации пользователей услуг. Экспертам было предложено написать доклад на основе заранее разработанной формы, охватывающий темы, описанные ниже. Мы основывали наш анализ на составляющих современной системы охраны психического здоровья и факторах, которые могут повлиять на политические решения. Таким образом, мы стремились включить данные об услугах в области психического здоровья; эпидемиологии психических расстройств; политике и законодательстве; участии пользователей услуг в предоставлении услуг и развитии психиатрической помощи; ресурсах и их распределении; экономических оценках сложных интервенций; качестве психиатрического обслуживания и науки; стигматизации, и правах человека в области психического здоровья.

Результаты и обсуждение: В общей сложности мы включили 53 публикации (24 из основного поиска и 29 из дополнительных источников) и 9 экспертных докладов для анализа в данный обзор. После распада Советского Союза в 1991 году психиатрические службы в регионе пришли в упадок, а распространенность альтернативных народных средств и услуг резко возросла. Лечение продолжает оставаться сконцентрированным в психиатрических больницах, а психосоциальные услуги по большей части недоступны. Психиатрические услуги в первичном звене здравоохранения постепенно внедряются в Казахстане и Киргизии. Все страны, кроме Таджикистана, приняли новые амбициозные программы по развитию психиатрической помощи на последующие годы, однако эксперты уже отмечают проблемы, связанные с реализацией программ, такие как слабое межведомственное взаимодействие, отсутствие четких инструкций и недофинансирование. Наблюдается острая нехватка кадров. Наука в психиатрии развита слабо и не способна влиять на принятие решений в отношении политики развития и финансирования психиатрической службы. Отмечается, что уровень стигмы в регионе высок, и мифы о психиатрии широко распространены в обществе. Организации пользователей услуг отсутствуют либо находятся в зачаточном состоянии, за исключением Киргизии, где в последние годы наблюдается даже участие пользователей услуг в политике здравоохранения. Несмотря на то, что страны ЦА с 1991 года начали встали на различные экономические и политические пути, а также имели различные подходы к внешнеполитическому сотрудничеству, политика и практика в области психического здоровья остаются довольно однородными во всех пяти странах спустя 30 лет. Несмотря на незначительные различия между странами, качественные публикации, как правило, отсутствуют во всех областях исследований в регионе. Эпидемиологические исследования используют только данные регистров или же ограничиваются отдельными группами населения, вследствие чего

необходимы дальнейшие исследования на национальном уровне для определения приоритетов развития. Ни в одной статье не рассматривалось психическое здоровье детей и подростков, несмотря на то, что эта область должна быть крайне приоритетной, учитывая большую долю этой возрастной группы в регионе и отмечаемый рост суицида в данной возрастной категории. Не было обнаружено никаких опубликованных данных о стигматизации в области психического здоровья, однако эксперты повсеместно сообщали, что стигматизация вездесуща в ЦА, что говорит о необходимости разработки и проведения научно-обоснованных мероприятий по увеличению осведомленности и грамотности населения в области психического здоровья и болезней. Недавние стратегические планы развития с первыми шагами в области первичной психиатрической помощи, интеграция Международной классификации заболеваний в клиническую практику и восстановление старых психиатрических больниц могут продемонстрировать серьезные попытки политиков в регионе возродить деградировавшую систему, однако без должного взаимодействия науки, организации здравоохранения и клинической практики, настоящие сдвиги в развитии займут длительное время.

Выводы. Обзор продемонстрировал существенные пробелы в литературе и отсутствие качественных данных в области психического здоровья в ЦА. Выводы обзора согласуются с другими обзорами по странам бывшего Восточного блока (Winkler P. et al, 2017; Petrea I., 2012). Недавнее внимание к психическому здоровью в регионе открывает возможности для будущих изменений, и страны Центральной Азии имеют возможность перенять опыт своих европейских коллег, которые начали проводить реформы в области психического здоровья в аналогичных социо-политических контекстах. Однако это должно сопровождаться параллельными инвестициями в наращивание потенциала для расширения исследований и принятия обоснованных решений и вовлечения всех ключевых заинтересованных сторон, включая пользователей услуг, а также сектор альтернативных традиционных услуг.

Детерминанты аутоагрессии у девушек ЛГБТ сообщества

Антохина Р. И., Антохин Е. Ю., Кутузова А. Н.

г. Оренбург

Оренбургский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее десятилетие участились исследования самоубийств среди ЛГБТ. Исследования показывают, что гомосексуальные и бисексуальные люди в несколько раз чаще совершают попытки самоубийства, чем гетеросексуалы, а вероятность попытки суицида у трансгендерных людей – в десятки раз выше, чем у остального населения. Несмотря на ряд работ в этой области, определение предикторов аутоагрессии ЛГБТ-сообщества по-прежнему затруднительно. Необходимо уделять больше внимания этим группам риска со стороны исследователей самоубийств, с тем чтобы предоставить полезные данные для профилактики и разработки целенаправленных и эффективных мероприятий.

Цель. Определить детерминанты аутоагрессии у девушек с различной сексуальной идентичностью.

Материалы. В on-line формате с помощью Google-формы исследовано 144 девушки от 18 до 25 лет, имеющие в анамнезе эпизоды самоповреждающего и/или суицидального поведения (самоповреждающее несуицидальное поведение, мысли о суициде и его планирование, суицидальные попытки). Все они свободно владели русским языком, дали добровольное согласие на участие в исследовании, самостоятельно относили себя к той или иной сексуальной идентичности, и в соответствии с их выбором были разделены на 5 групп. В первую группу вошли 31 девушка с гомосексуальной идентичностью (средний возраст 22,3+1,2 лет), во вторую – 31 девушка с бисексуальной идентичностью (средний возраст 21,5+1,3 лет), в третью – 27 девушек с пансексуальной идентичностью (средний возраст 22,1+2,1 лет) и в четвертую – 26 девушек с асексуальной идентичностью (средний возраст 22,2+2,5 лет), пятую подгруппу составили 29 девушек с гетеросексуальной идентичностью (средний возраст 21,5+1,3 лет). В качестве базы для проведения исследования выбрана онлайн платформа «ВКонтакте». На данной платформе представлены тематические сообщества лиц с различной сексуальной идентичностью.

Методы. Социально-психологическая анкета (Кутузова А. Н., Васильева А. В., Антохина Р. И., Антохин Е. Ю.); опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик, Х. Келлерман; тест незаконченных предложений Sacks J. M., Levy S.; тест на определение неблагоприятного детского

опыта (НДО); опросник «Суверенность психологического пространства» С. К. Нартова-Бочавер; методы описательной статистики, регрессионный анализ методом множественной линейной регрессии с пошаговым включением в каждой группе отдельно.

Результаты. По данным анкеты выявлено, что самоповреждающее поведение имеют более 90 % девушек в каждой группе. Важно отметить, что большая часть всех девушек никогда не обращались за психологической помощью. Также большинство девушек во всех группах имеют или имели желание умереть. Суицидальное поведение наиболее выражено в группах с гомосексуальной (97 %), пансексуальной (81 %) и асексуальной (73 %) идентичностями. Большинство девушек с аутоагрессией вне зависимости от сексуальной идентичности в детстве столкнулись с негативным опытом в виде психологического и/или физического насилия со стороны значимых взрослых, эмоционального пренебрежения, неблагополучной семейной обстановкой, более выраженным в группе девушек с гомосексуальной идентичностью. У девушек всех групп среди механизмов психологических защит преобладала разрядка подавляемых эмоций на объекты менее опасные или наиболее доступные, чем те, которые вызвали эти эмоции и чувства, в том числе в виде агрессии, направленной на себя, разряжая напряжение, созданное фрустрацией. Кроме этого, у них выявлено стрессовое состояние, с хаотичным поиском необходимых психологических защит, с недостаточно эффективной антиципационной готовностью, более выраженное в группе с гомо- и пансексуальной идентичностью. Для большинства девушек с аутоагрессией вне зависимости от их сексуальной идентичности характерны трудности в установлении контакта с собственными базовыми физическими потребностями и своим телом, базовое недоверие к миру с зависимостью от среды, с невозможностью устанавливать длительную, надежную привязанность, что в определенной степени объясняет агрессию по отношению к собственному телу. У девушек с бисексуальной идентичностью выявлено тотальное нарушение границ психологического пространства, определяющее их социальное и личное неблагополучие. Большинство девушек с аутоагрессией испытывают страх одиночества и осуждения со стороны окружающих, винят себя как за опыт несуйцидальных повреждений, так и за незавершенные попытки суицида. Наличие и выраженность других конфликтов в индивидуально-значимых отношениях отличается у девушек в зависимости от выбранной сексуальной идентичности, хоть и не достигает уровня значимости.

Установлено большое количество статистически значимых детерминант аутоагрессии в зависимости от сексуальной идентичности девушек. На возникающую аутоагрессию у гетеросексуальных девушек влияет выраженность НДО в виде жестокого обращения с ними и неблагополучной

обстановки в семье, ограничения возможности самостоятельного выбора личных вещей, дискомфорта, вызываемого прикосновениями, запахами, принуждением терпеть и/или игнорировать физиологические потребности. В подгруппе девушек с гомосексуальной идентичностью причинами аутоагрессии являются конфликт, связанный с реализацией планов и самооценкой собственных возможностей, с негативными отношениями в семье, пережитый в детстве неблагоприятный опыт, дискомфорт, вызываемый нежелательными прикосновениями и привычкой игнорировать базовые потребности. У бисексуальных девушек на уровень аутоагрессии влияют пережитый негативный опыт в детстве, нарушение установления контакта с собственными потребностями и принятием своего тела, жёсткие ограничения и контроль физических потребностей со стороны взрослых, попытки компенсировать свои недостатки, развивая другие, вплоть до гиперкомпенсации, увеличивающей внутренне напряжение. Аутоагрессия подгруппы пансексуальных девушек обусловлена нарушением границ их приватного пространства и ограничением возможности контроля над взаимодействием с окружением, пережитым в детстве неблагоприятным опытом, нарушением принятия своего тела и его потребностей. Аутоагрессию девушек с асексуальной идентичностью помимо приобретенного НДО и нарушения границ физического тела определяют снижение возможности владения собственностью и её выбора, нечеткое представление и страх перед будущим, замещение объекта отреагирования на более безопасный и доступный, чаще всего в виде агрессии к собственному телу.

Выводы. Больше половины девушек исследуемых групп в настоящем или прошлом имели как несуицидальное самоповреждающее поведение, так и испытывали желание умереть, при этом лишь малая часть из них обращалась за специализированной помощью. Большинство девушек всех групп в детстве испытывали НДО, с выраженной депривацией большинства показателей психологического пространства, особенно в отношении физического тела, в настоящем имеют высокую степень напряженности психологических защит с преобладанием замещения в виде аутоагрессии, наличие конфликтов в индивидуально-значимых отношениях. Для девушек с различной сексуальной идентичностью детерминантами аутоагрессии выступили разные компоненты исследуемых факторов. Для девушек с гетеросексуальной идентичностью детерминантами аутоагрессии выступают НДО и суверенность мира вещей; у девушек с гомосексуальной идентичностью аутоагрессия определяется влиянием конфликтов нереализованных возможностей и отношения к себе; у девушек с бисексуальной идентичностью детерминанты аутоагрессии выражены в конфликте отношения к семье и защитном механизме «компенсация»; в группе девушек с пансексуальной идентичностью аутоагрессия детерминирована суверенностью территории;

у девушек с асексуальной идентичностью детерминантами аутоагрессии определены такие факторы как: суверенность мира вещей, отношение к будущему, замещение и НДО. Полученные данные указывают на значительное распространение проблемы аутоагрессии в молодом возрасте и необходимость разработки превентивных мер, особенно для наиболее уязвимых лиц, в частности молодых людей ЛГБТ-сообщества.

Качество жизни взрослых пациентов с тревожным расстройством сепарации

*Аркуша И. А., Захарова К. В., Акжигитов Р. Г.,
Зинчук М. С., Аведисова А. С.*

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева

Актуальность. Тревожное расстройство сепарации (ТРС) – это дезадаптирующее состояние, которое приводит к нарушениям в различных областях функционирования. ТРС у взрослых часто сопутствует другим непсихотическим психическим расстройствам и приводит к серьезному ухудшению в сферах социальной и личной жизни примерно в 50 % коморбидных и 25 % изолированных случаев (Shear M. K. et al., 2006; Lewinsohn P. et al., 2008; Silove D. et al., 2010).

Целью исследования являлась оценка качества жизни взрослых пациентов с ТРС с началом расстройства в детском или во взрослом возрасте в зависимости от социально-демографических, клинических и индивидуально-психологических факторов.

Материалы и методы. Выборку составили 50 пациентов с ТРС старше 18 лет, обратившихся в консультативное отделение Научно-практического психоневрологического центра им. В. В. Соловьева в период с января по ноябрь 2018 года. Диагноз ТРС устанавливался согласно критериям ТРС по МКБ-10 (исключая возрастной критерий), DSM-V, МКБ-11. При диагностике использовались структурированное клиническое интервью для симптомов сепарационной тревоги (SCI-SAS, Cyranowski J. M. et al., 2002) и международное нейропсихиатрическое интервью (MINI). Для оценки субъективного уровня удовольствия и удовлетворенности в разных сферах жизни использовался опросник качества жизни и удовлетворенности (QLES-Q, Endicott J. et al., 1993; адаптация Рассказовой Е. И., 2012).

Все участники разделены на две группы в зависимости от возраста начала расстройства: 1 – ТРС с началом в детском возрасте, 2 – ТРС с манифестацией у взрослых. Выделено три группы факторов, включающие 16 характеристик: социально-демографические (возраст, образование, семейное положение, социальный статус), клинические (возраст начала ТРС, показатели по самоопроснику сепарационной тревоги у взрослых (ASA-27, Manicavasagar V. et al., 2003; адаптация Дитюк А. А., 2016), HDRS, HARS, тип ТРС в зависимости от возраста начала расстройства) и индивидуально-психологические факторы (личностные домены (PID-5): негативная аффективность, отстраненность, антагонизм, расторможенность, психотизм; количество объектов привязанности, стиль привязанности (Опросник «Опыт близких отношений» (ECR, Brennan K. F. et al., 1998; Сабельникова Н. В., Каширский Д. В., 2015)). Все участники подписали информированное согласие об участии в исследовании. Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics 23. При статистическом анализе использовались методы описательной статистики (расчёт средних и среднеквадратичных отклонений); сравнения групп проводилось при помощи *t*-критерия для независимых выборок; проверка гипотез о связях между переменными проводилась с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $35,7 \pm 12,2$. Среди участников существенно преобладали женщины (92 %), имеющие высшее образование (70 %), трудоустроенные (56 %) и состоящие в браке (54 %). В структуре коморбидности преобладали аффективные расстройства – 62 %, реже ТРС сопутствовало тревожным (16 %), шизотипическим (10 %), личностным (4 %) и другим (ипохондрическим, соматизированным, реакциям на тяжелый стресс и расстройствам адаптации) (14 %). Средний показатель качества жизни и удовлетворенности пациентов с диагнозом ТРС составил $59,8 \pm 12,8$. У пациентов с ТРС отмечалось снижение показателей качества жизни по всем 4 сферам (физическое здоровье, эмоциональные переживания, активность в свободное время, сфера общения) в среднем на 41 %. В группе пациентов с детским началом ТРС общий балл по всем сферам оказался на 4,9 % ниже, чем в группе ТРС с началом во взрослом возрасте. При начале ТРС в детстве качество жизни (общий показатель) коррелирует с выраженностью индивидуально-психологических факторов – антагонизма ($r = 0,528$, $p = 0,024$) и отстраненности ($r = -0,528$, $p = 0,007$). Личностные домены «отстраненность» и «антагонизм» ассоциированы показателями по субшкале Q-LES-Q «сфера общения» ($r = -0,470$, $p = 0,049$; $r = 0,568$, $p = 0,014$), «антагонизм» положительно коррелирует с удовлетворенностью в сфере «физическое здоровье» ($r = 0,512$, $p = 0,030$), а «отстраненность» отрицательно – с «активностью в свободное время» ($r = -0,580$, $p = 0,012$). Такие

клинические характеристики, как возраст начала расстройств ($r = -0,628$, $p = 0,012$) и выраженность депрессивной симптоматики ($r = -0,527$, $p = 0,017$) у пациентов первой группы были связаны с функционированием в сферах эмоциональных переживаний и общения, соответственно. При начале ТРС во взрослом возрасте качество жизни (общий показатель) коррелировал с клиническими характеристиками: отрицательно – с выраженностью тревожной симптоматики, измеренной по HARS ($r = -0,607$, $p = 0,048$). Выраженность депрессивной симптоматики была отрицательно связана с дисфункцией в сфере «социальные отношения» ($r = -0,664$, $p = 0,026$). Среди индивидуально-психологических характеристик выявлена связь с количеством объектов привязанности: при увеличении количества объектов привязанности удовлетворенность в сфере общения снижалась ($r = -0,638$, $p = 0,006$). Социально-демографические показатели не показали значимых корреляций с качеством жизни вне зависимости типа ТРС – с началом в детском возрасте или у взрослых.

Выводы. Впервые проведена оценка качества жизни взрослых пациентов с ТРС. Качество жизни, оцениваемое по всем 4 сферам (физическое здоровье, эмоциональные переживания, активность в свободное время, сфера общения) при начале ТРС в детском возрасте хуже, чем при начале расстройства во взрослой жизни. Выявлена зависимость показателей качества жизни у пациентов с детским возрастом начала ТРС с индивидуально-психологическими характеристиками (антагонизм, отстраненность), а при начале ТРС у взрослых – с клиническими характеристиками (выраженность тревожной симптоматики), что предполагает применение разного объема психотерапевтических и фармакологических подходов к терапии таких больных.

Аффективные нарушения у женщин в перименопаузе: клинико-патогенетические особенности и методы лечения

Ахмедова А. А.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Наличие противоречивых данных о методах лечения перименопаузальных аффективных расстройств свидетельствует о необходимости более детального изучения данной проблемы. Особого внимания заслуживают нарушения циркадных ритмов, которые могут проявляться в рамках депрессивных расстройств, либо возникать самостоятельно. Важность этой

проблемы обусловлена высокой распространенностью аффективных расстройств среди женщин среднего возраста, а также тем, что вероятность развития депрессий и других непсихотических расстройств во время менопаузального перехода возрастает. Перименопауза, или менопаузальный переход – это период, характеризующийся угасанием функции репродуктивной системы женщины, а также изменением длительности, частоты и регулярности менструаций. Научная группа по изучению менопаузы ВОЗ и Рабочая группа по изучению этапов старения репродуктивной системы женщин (STRAW) относят к перименопаузе период, непосредственно предшествующий менопаузе, когда возникают начальные эндокринологические, клинические и биологические признаки наступления менопаузы, и первый год после наступления менопаузы (ВОЗ, 1984). Как правило, период менопаузального перехода начинается в среднем к 50 годам. По всему миру возраст наступления менопаузы варьирует от 40 до 60 лет (Rui-xia Li et al., 2016). Различают вазомоторные, урогенитальные, метаболические, соматические и психические симптомы менопаузального перехода (Gold E. B. et al., 2006, Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г., 2019, Chen Zhang et al., 2020). Психические нарушения перименопаузы представлены преимущественно расстройствами сна и настроения. По данным ряда эпидемиологических исследований, распространенность депрессии среди женщин в перименопаузе оценивается в 45–68 % (Maki P. M., et al., 2019), а нарушения сна отмечаются у 39–47 % женщин (Kravitz H. M., Joffe H., 2011). При этом в большинстве случаев нарушения сна представлены вторичной инсомнией на фоне вазомоторных и психических расстройств.

Известно, что значительную роль в развитии депрессии у женщин в перименопаузе играют нейроэндокринные механизмы. В первую очередь, в этом периоде происходит постепенное повышение уровня фолликулостимулирующего гормона, что связано с сокращением числа овариальных фолликулов и снижением чувствительности рецепторов к ФСГ. Кроме того, важная роль в патогенезе депрессий перименопаузы отводится понижению уровня эстрадиола, осуществляющего нейропротективную функцию в репродуктивном возрасте. Наряду с усилением секреции ФСГ возрастает и уровень лютеинизирующего гормона (ЛГ), а активность желтого тела необратимо снижается (Gordon J. L. et al., 2015). Данные изменения, лежащие в основе физиологического менопаузального перехода, при наличии определенных условий могут способствовать формированию патологического климактерического синдрома. Основными факторами риска развития перименопаузальной депрессии являются наличие депрессивного эпизода, а также предменструальных или послеродовых аффективных нарушений в анамнезе, тревожные расстройства либо личностная тревога, наступление менопаузы в более молодом возрасте, выраженные симптомы менопаузы

(вазомоторные, расстройства сна), недостаточная социальная поддержка, неблагоприятные жизненные события (Maki P. M., et al., 2019).

При наличии данных факторов, у женщин, уязвимых к развитию аффективных расстройств, гормональные изменения запускают каскад патологических реакций – приливы приводят к диссомниям, а те, в свою очередь, вызывают аффективные нарушения (теория «домино»). Еще одним патогенетическим фактором расстройств настроения и нарушения циркадного ритма является гормон шишковидной железы – мелатонин (Caretto M. et al., 2019). При наступлении менопаузы регуляция яичников со стороны гипофиза и эпифиза ослабевает, что также способствует репродуктивному старению. Так, E. Toffol et al. (2014) показали, что женщины в постменопаузе имеют более низкие концентрации мелатонина в сыворотке в ночное время, чем женщины в перименопаузе (Toffol E. et al., 2014). Женщины в пери- и постменопаузе нередко предъявляют жалобы на сложности засыпания, ночные и ранние утренние пробуждения. Нарушения сна могут как предшествовать депрессивной симптоматике, так и сопутствовать ей, причем депрессия чаще развивается на поздних этапах перименопаузы. Некоторые варианты депрессии – например, депрессия при БАР и сезонном аффективном расстройстве, могут быть связаны с изменениями регуляции циркадного ритма и, в частности, со снижением уровня мелатонина (Jehan S. et al., 2017). В свою очередь, терапия мелатонинергическими средствами могла бы стать возможным вариантом коррекции аффективных и диссомнических нарушений, связанных с менопаузальным переходом. Для коррекции вазомоторных, соматических и других нарушений в период менопаузального перехода применяется заместительная гормональная терапия (ЗГТ), однако данные об эффективности монотерапии депрессии гонадными стероидами противоречивы (Stutea P., Spyropouloub A., Karageorgioud V. et al, 2020). В литературе отмечается положительное действие ЗГТ при лечении расстройств сна, связанных с вазомоторными симптомами (Maki P. M. et al., 2019), которое, по-видимому, обусловлено патогенетическим влиянием на эффект «домино». Однако Tansupswatdikul P. et al. в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании обнаружили, что терапия эстрогенами при бессоннице у женщин в постменопаузе без тяжелых вазомоторных симптомов не показала свою эффективность (Tansupswatdikul P. et al., 2015). Ввиду разрозненности данных о безопасности и эффективности ЗГТ депрессий перименопаузы данное вмешательство не может применяться в качестве основного терапевтического подхода. Препаратами выбора остаются антидепрессанты. Существующие данные по различным СИОЗС и СИОЗСН (циталопрам, десвенлафаксин, дулоксетин, эсциталопрам, флуоксетин, сертралин и венлафаксин) предполагают высокую эффективность и хорошую переносимость в обычных дозах (Maki P. M., et al., 2019). К настоящему

времени десвенлафаксин является единственным препаратом, эффективность которого была доказана в крупных рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях среди женщин с депрессией в пери- и постменопаузе (Kornstein S. G. et al., 2010, Clayton A. H., Kornstein S. G., Dunlop B. W., et al., 2013). В дополнение к основному – антидепрессивному – действию, СИОЗС и СИОЗСН могут также влиять на клинические проявления, связанные с менопаузой (например, вазомоторные симптомы, боль). По данным некоторых авторов, при формировании терапевтической резистентности при депрессиях постменопаузы, допустимо сочетание антидепрессантов с ЗГТ (Stutea P., Spyropouloub A., Karageorgiou V. et al, 2020). Для терапии нарушений сна у пациенток с депрессией в перименопаузальном периоде могут применяться антидепрессанты, бензодиазепиновые и небензодиазепиновые (зопиклон) транквилизаторы, нейролептики (алимемазин, кветиапин). Как было указано выше, особый интерес представляют препараты с мелатонинергическим действием (Jehan S. et al., 2017). Препаратом, влияющим как на аффективную симптоматику, так и на циркадные ритмы, является агомелатин – агонист мелатонинергических рецепторов МТ1 и МТ2 и антагонист серотониновых 5-НТ2С-рецепторов. Монотерапия агомелатином при легком течении климактерического синдрома, либо применение его в сочетании с алимемaziном при КС средней тяжести, сопровождающемся выраженной тревогой, показало большую эффективность по сравнению с терапией amitриптилином и феназепамом (Антонова А. А., 2015). В качестве немедикаментозных методов лечения расстройств настроения и связанных с ними нарушений сна у женщин в перименопаузальном периоде применяется психотерапия (КБТ, межличностная), а также физические упражнения.

Эффективность терапии: точка зрения пожилых пациентов психиатрического стационара

Бельцева Ю. А.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Повышение качества медицинской помощи является одним из приоритетных направлений развития системы здравоохранения и общественного здоровья. В настоящее время повсеместно входят в повседневную клиническую практику методы оценки и вводятся критерии качества оказанной помощи. Однако само понятие качества является

многомерным, один из основоположников концепции А. Донабедиан (1988 г.) наряду с такими критериями, как результативность, эффективность, оптимальность, законность и справедливость выделил также приемлемость – соответствие оказанной помощи ожиданиям, пожеланиям и надеждам пациентов и их родственников. Медицинская помощь может считаться приемлемой для пациента, если она доступна, соблюдены предпочтения пациентов в отношении удобства лечения, ожидаемой эффективности и стоимости, позитивного отношения медицинского персонала. (А. В. Кочубей, 2017). Таким образом, субъективная оценка пациентом оказанной ему помощи, соотношение индивидуальных ожиданий и достигнутого результата, является одним из компонентов анализа проведенного лечения, закрепленным на различных регуляторных уровнях, начиная с рекомендаций ВОЗ (Report on WHO Workshop EUR/03/5038066. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, World Health Organization, 2003) и заканчивая локальными приказами, действующими в конкретных медицинских учреждениях. В то же время, степень удовлетворенности пациента полученной медицинской помощью и субъективная оценка ее эффективности имеет немало важное значение и в контексте курации данного пациента, поскольку представления об эффективности или неэффективности проводимого лечения влияют на приверженность пациента назначенной терапии, его психологический настрой, формирование ответственного и рационального отношения к своему здоровью, наличие заболевания и дальнейшему лечению.

Целью настоящего исследования являлось выявление аспектов терапевтического процесса, в наибольшей степени связанных с формированием у пожилых пациентов представлений об эффективности или неэффективности терапии, назначенной им для лечения психического расстройства.

Материалы и методы. В исследование включались пациенты старше 55, получавшие стационарную медицинскую помощь в отделении гериатрической психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге. С каждым пациентом дважды было проведено подробное полуструктурированное интервью: в первые дни госпитализации с целью выявления представлений о характере и причинах расстройства, методах лечения и терапевтическом опыте пациентов; второе интервью включало динамику представлений пациента о заболевании, характеристики процесса лечения и полученных рекомендаций, обстановки в стационаре, взаимодействия с медицинским персоналом. Всем пациентам было предложено оценить по четырехбалльной шкале эффективность подобранной им в стационаре терапии к моменту выписки. Исследование было дополнено экспериментально-психологическими методиками – интегративным тестом тревожности, методикой ТООБЛ, личностным опросником «Большая пятерка». Участие в исследовании являлось добровольным, в целях повышения

объективности полученных сведений интервью проводилось научным сотрудником, не участвовавшим непосредственно в лечении пациента.

Всего в исследовании приняли участие 60 пациентов в возрасте от 55 до 83 года, медиана возраста составила 66 лет [нижний квартиль 60; верхний квартиль 73], из них 50 женщин – 83 % (доверительный интервал при $p = 0,05$ – 71–92 %) и 10 мужчин, 17 % (9–28 %). По основному диагнозу пациенты распределились следующим образом: 54 % (42–66 %) страдали аутохтонной аффективной патологией (рубрика F30-39 согласно МКБ-10), 25 % (16–38 %) – психическими расстройствами органического генеза (F00-09), 19 % (11–31 %) невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-48), 2 % (0–10 %) – расстройствами шизофренического спектра (F20-29).

Результаты и обсуждение. Большинство обследованных пациентов оценивали назначенное им лечение как эффективное: 60 % респондентов (47–71 %, $p = 0,05$) считали терапию очень эффективной и 18 % (10–30 %) скорее эффективной, чем нет. 15 % (8–26 %) опрошенных оценили эффективность терапии как невысокую и 7 % (2–16) сообщили, что терапия совершенно неэффективна. Было выявлено, что восприятие пациентом терапии как эффективной или неэффективной не зависело от возраста, пола, основного диагноза, длительности заболевания и продолжительности стационарного лечения в анамнезе, возраста первой госпитализации. Среди факторов, выявленных до начала лечения, в первую очередь следует отметить индивидуально -личностные характеристики пациентов. Так, значимые корреляционные связи с эффективностью последующего лечения имели следующие типы отношения к болезни: эргопатический (коэффициент корреляции Спирмена 0,618, здесь и далее $p < 0,05$), эгоцентрический (-0,571), тревожный (-0,431), ипохондрический (-0,394). Такая личностная характеристика как эмоциональная – устойчивость/неустойчивость (методика «Большая пятерка») имела отрицательную корреляционную связи с оценочной эффективностью терапии (-0,423), в то время как показатели экстраверсии, самоконтроля, обособленности и экспрессивности линейной связи с данным параметром не продемонстрировали. Также значимым оказался высокий уровень ситуативной тревоги в момент госпитализации (методика «Интегративный тест тревожности»), коэффициент корреляции Спирмена для интегрального показателя -0,555, эмоциональный дискомфорт -0,557, оценка перспективы -0,459, фобический компонент -0,441, астенический компонент -0,332. Отрицательные корреляционные связи были выявлены между эффективностью терапии и количеством предшествующих госпитализаций (-0,392) и нарушениями комплаенса в анамнезе (-0,314). Среди представлений о наиболее эффективных методах лечения, выявленных в момент госпитализации, с большей субъективной эффективностью

последующего лечения были связаны убеждение в том, что лечение невозможно (χ^2 0,015) и установка на психотерапевтические методы лечения (χ^2 0,045). На этапе завершения лечения и выписки из стационара наиболее значимым для оценки пациентом эффективности лечения, как и ожидалось, оказалась динамика состояния, также оцененная больным субъективно по сравнению с исходной – коэффициент корреляции 0,585. Выявленные корреляционные связи с отдельными характеристиками терапии оказались умеренными и слабыми: длительность стационарного лечения (коэффициент корреляции -0,321), наличие у пациента госпитализма (-0,318), удовлетворенность объемом терапии (0,308), наличием нежелательных эффектов лекарственных препаратов (-0,244). В то же время наличие у пациента четких представлений о том, что он будет делать, если побочные эффекты появятся позже, субъективную оценку эффективности терапии повышало (0,299), также как и достаточность информации о причинах заболевания (0,460). Не зависимо от представлений о вероятности обострения отсутствие информации о возможной профилактике снижало степень удовлетворенности лечением (-0,317). Режим дозирования препаратов, способ введения, объем диагностики значимых корреляционных связей с субъективной эффективностью терапии не имели. Влияние среднего медицинского персонала на итоговую оценку терапии оказалось более выраженным (0,415), чем лечащего врача (0,266). Среди характеристик процесса лечения с оценкой эффективности были связаны быстрота (0,36), приятность (0,33) и разнообразие (0,286), в то время как стоимость, предсказуемость, наличие трудностей и конфликтов, в том числе бытовых неудобств значимых связей с оценкой эффективности лечения не имело.

Выводы. Субъективная оценка пациентом эффективности стационарного лечения является сложным и неоднозначным показателем, подверженным влиянию многих факторов, не только непосредственно обусловленных процессом лечения, но и предшествующих началу терапии, личностных характеристик и установок пациента. Критерии оценки эффективности терапии пациентом отличаются от врачебных, тем не менее субъективная удовлетворенность пациента оказывает влияние на степень приверженности лечению и прогноз заболевания.

Шизотипическое расстройство с ведущими в клинической картине обсессивно-компульсивными расстройствами в детском возрасте

Блинова Т. Е., Симашкова Н. В.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. При шизотипическом расстройстве выявлены ведущие в клинической картине обсессивно-компульсивные расстройства в динамике двигательных нарушений, которые в детском возрасте, по данным литературы, остаются недостаточно изученными. Обсессивно-компульсивные расстройства сложно поддаются медикаментозной коррекции, утяжеляют течение основного заболевания. В литературе, как в отечественной (А. С. Тиганов, Руководство по психиатрии, том 1, 1999 г., Коллоцкая Е. В., докторская диссертация, 2001 г., Горшкова И. В., 2018 г., Белова Н. А., 2013 г.) так и зарубежной (Fenton& McGlashan 1986, Berman I. 1995, Zohar A. 1997) высказывается мнение об инвалидизирующем характере обсессивно-компульсивных нарушений в структуре шизотипического расстройства.

Цель и задачи. Целью настоящего исследования является выявление особенностей возникновения, течения и исхода обсессивно-компульсивных расстройств в структуре шизотипического расстройства в детском возрасте.

Материалы и методы. На базе отдела детской психиатрии Научного Центра Психического Здоровья (заведующая д.м.н., профессор Н. В. Симашкова) обследовано 26 пациентов (16 мужского пола и 10 женского пола), в возрасте от 8 до 16 лет. Критериями включения являлись: детский возраст; соответствие диагноза по МКБ-10 «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F21.3». Критериями исключения являлись: больные с атипичными формами аутизма, детским типом шизофрении, умственной отсталостью, выраженной очаговой неврологической патологией.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, неврологический, патопсихологический, статистический. Полученные результаты. Наследственность психопатологически отягощена у 12 пациентов (46,1 %). Накопление верифицированной психической патологии прослеживалось у родственников первой степени родства: у 5 больных (19,2 %) из группы обследованных родственники страдали алкоголизмом, преимущественно отцы (4 человека). Из обследуемой выборки у 2-х больных (7,7 %) отцы страдали тикозным расстройством. У сибсов (брата и сестры) 1-го больного (3,9 %) отмечались панические атаки и депрессия. Ранний анамнез у пациентов

данной группы был отягощен у 17 больных (65,4 %). Обвитие пуповиной, гипоксия, родовспоможение по методу «Кристеллера» (выдавливание) отмечались у 6 больных (23,1 %). Моторное развитие соответствовало возрастным нормам у 22 больных (84,6 %). У 2-х больных (7,7 %) отмечалось развитие с опережением, у 2-х больных (7,7 %) – с задержкой. Речевое развитие соответствовало возрасту у 17 больных (65,4 %), у 7 больных (26,9 %) отмечалась задержка речевого развития, слова появлялись после 3-х лет, фразовая речь после 4-х лет. И лишь у 2-х больных (7,7 %) речевое развитие было с опережением. С возраста 2,5 лет у 70 % пациентов отмечались периодические колебания настроения, с 3,5 лет с эпизодами тикозных расстройств: моргание глазами, зажмуривание глаз, раздувание крыльев носа, шмыганье носом, покачивание головой, подергивание плечами, потряхивание кистями рук и вокализации. Данные расстройства носили «приходящий» характер и усиливались на фоне психо-эмоционального напряжения, а также после перенесенных соматических заболеваний. В связи с чем были консультированы специалистами, назначалась ноотропная терапия, в большинстве случаев, с временным положительным эффектом. Все обследуемые в возрасте 6,5–7 лет, с началом посещения общеобразовательной школы, с учебной программой справлялись. Становились постоянными тикозные расстройства (моргание глазами шмыганье носом, запрокидывание головы, подергивания плечами, вокализации). В коллективе держались обособленно, не проявляли инициативу в общении. Испытывали страх перед ответами у доски, опасаясь стать объектом насмешек со стороны одноклассников. Не реагировали на замечания, вставали и ходили по классу во время урока, выкрикивали с места, мешали другим детям, отсутствовал инстинкт самосохранения – прыгали с высоты, лазали по перилам, так же отмечались сложности в общении с окружающими, проявляли агрессию к детям. К 11–12 годам отмечалось нарастание утомляемости, раздражительности, появление опасений, что не справятся с учебным процессом. Отмечалось постепенное стойкое снижение настроения с преобладанием раздражительной слабости. Больные делали замечания окружающим, становились недовольными при малейшем нарушении созданного ими порядка, раздражались на громкие звуки, яркий свет, шум детей в классе. Появлялось напряжение при выполнении бытовых дел, стремились к «идеальному» их выполнению, к чрезмерному контролю над ситуацией, возникали сомнения в собственных действиях, перепроверяли по много раз сделанное, выполняли действие вплоть до особого ощущения правильного и точного выполнения действия – «just right» феномен (Leckman J. F., 1993; 2000). Больные испытывали необходимость совершать определенные действия, в виде дотрагивания до предметов, прикасаний к частям тела определенное количество раз, произношение определенных слов, слогов, звуков, или наоборот, избегание слов с определенными

буквенными сочетаниями, например «ть». При невозможности совершить действия отмечалось усиление напряжения и внутреннего беспокойства. Данные состояния вызывали у больных внутренний дискомфорт. В клинической картине сохранялись выраженные аффективные расстройства, в виде тревожно-тоскливой депрессии с преобладанием навязчивых размышлений о смысле жизни, о нанесении самоповреждений, с целью уменьшить «душевную боль», суицидальными мыслями. После купирования остроты состояния у большинства обследованных наблюдалось дальнейшее волнообразное течение болезни, с кратковременным улучшением в состоянии. Сохранялись навязчивости (моторные и идеаторные), которые, в подавляющем большинстве случаев (16 больных, 61,5 %), были устойчивы к проводимой психофармакотерапии. С течением времени происходило видоизменение навязчивостей, с переходом от моторных к идеаторным, так и их совместное присутствие. Часть из них становилась привычными стереотипными действиями. Аффективные нарушения сохранялись в виде тревожности, аффективной нестабильности. Нарастали эмоциональная сглаженность, эгоцентризм, психический инфантилизм. Отмечались особенности коммуникации, в виде тенденции к углублению нажитого аутизма, социальной изоляции, нарастание дефекта по типу эволюционирующей шизоидии («Verschroben», Воробьев В. Ю., 1988). По мере развития эндогенного процесса навязчивости утрачивали прежнюю аффективную окраску, приобретали черты инертности и однообразности. Их содержание становилось все более нелепым, в частности компульсивные расстройства сближались с моторными стереотипиями [Stein D.et.al., 1998] (Тиганов А. С., Руководство по психиатрии, том 1, 1999 г.).

Заключение. Заболевание манифестировало с раннего возраста в виде обсессивно-компульсивных расстройств. Навязчивости, как моторные, так и идеаторные, наблюдались на всем протяжении заболевания, определяя тяжесть клинической картины, являлись ведущим синдромом. Отмечалось появление негативной симптоматики в виде нарушения мотивационно-волевой сферы, аффективные расстройства. Учитывая резистентность к психофармакотерапии обсессивно-компульсивные расстройства в значительной степени негативно влияли на социализацию больных, вплоть до инвалидизации. Отмечалось снижение в когнитивной сфере, что затрудняло обучение, а в некоторых случаях, делало его не возможным. В целом, можно говорить о неблагоприятном прогнозе у данных пациентов.

Структура агрессивности больных шизофренией

Бочкова Ю. Ю.

Республиканская клиническая психиатрическая больница

Актуальность. Исследование психологических особенностей больных шизофренией имеет большую социальную значимость (Войтенко Р. М., 2002). Социальная дезадаптация при шизофрении, влекущая за собой инвалидизацию трудоспособных в физическом плане лиц, ведет к огромным экономическим затратам общества (Валинуров Р. Г. с соавт., 2003). Экспериментальное изучение агрессии человека связано с определенными трудностями: этические ограничения, сложности механизмов агрессии. Это приводит к тому, что большинство психологических исследований агрессивности имеют судебно-психологическую направленность (Соловьева С. Л., 1996; Васильева Н. В., 1998; Кудрявцев И. А., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Ситковская О. Д., 1989; Коченов М. М., 1991; Рагинов Н. А., 2000, 2001; Сафуанов Ф. С., 2002, 2003; Калашникова А. С., 2010; Булыгина В. Г., 2015). При этом глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии и его роль в динамике межличностных отношений при шизофрении остается недостаточно изученным. Вместе с тем, в психологических исследованиях агрессия часто является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня. Ряд авторов психодинамического направления отмечают, что у больных шизофренией имеет место незрелость психической структуры, затрудняющая защиту от собственных деструктивных импульсов (Nunberg H., 1921; Reik T., 1927; Rosenfeld H., 1947; Klein M., 1930, 1946; Zilboorg G., 1931; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Bak R., 1954; Spohnitz H., 1961). На наш взгляд, углубленное изучение особенностей агрессивности больных шизофренией может быть полезным для реабилитации больных.

Цель и задачи исследования. Целью исследования являлось выявление структуры агрессивности (когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов агрессивности). Задачами исследования являлись: 1. Определить особенности когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов агрессивности больных шизофренией; 2. Выделить мишени психокоррекционных воздействий при шизофрении.

Материал и методы. Выборка составила 187 человек от 18 до 64 лет. Экспериментальную группу составили 93 больных параноидной шизофренией (35 мужчин, 58 женщин) от 18 до 64 лет, находящихся на стационарном лечении. Из них – 34 человека с длительностью заболевания менее 5 лет (12 мужчин, 22 женщины), 59 человек с длительностью заболевания более

5 лет (23 мужчины, 36 женщин). Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлись: наличие в качестве основного клинического диагноза параноидной шизофрении (F-20.006 по МКБ-10), согласие пациента. Больные обследовались в состоянии ремиссии (медикаментозной ремиссии). Критериями исключения пациентов из исследования были: нозологическая неоднозначность в психиатрическом диагнозе, наличие клинически и клинко-психологически выявляемых признаков психотической дезорганизации психической деятельности испытуемых, отказ от исследования. Сравнение проводилось с контрольными группами психически здоровых индивидов, в которые вошел 94 человек (40 мужчин и 54 женщины) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 32 года), не страдающих психическими и неврологическими расстройствами. Методы исследования: клинко-психологический, экспериментально-психологический (опросник Басса-Перри), математико-статистический (полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 11.0.1) методами математической статистики, применялся регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение. В контрольной группе получены результаты, подтверждающие нетипичность проявлений агрессии у «условно здоровых» испытуемых (высокая доля результатов ниже нормативных). Гендерные различия проявляются в двух моментах: для мужчин преобладающей формой проявления агрессивности выступает поведенческий компонент с минимизацией эмоционального компонента. Второе различие касается структуры агрессивности: для мужчин характерна высокая взаимозависимость проявлений всех трех компонентов (поведенческого, когнитивного и эмоционального), что позволяет говорить об их когерентности, обеспечивающей адекватность агрессивных проявлений. В женской группе характерно отсутствие взаимосвязи между поведенческим и эмоциональным компонентами агрессивности, что позволяет говорить о возможном несоответствии поведения женщины и ее переживаний в ситуации роста субъективного напряжения. Для больных шизофренией длительностью не более пяти лет – женщин и мужчин, – характерна высокая враждебность, признаваемая самими больными, что проявляется в достоверном увеличении когнитивного компонента агрессии. Отличительным признаком данной группы больных (без гендерных различий) является диссоциированная структура агрессивных проявлений вследствие отсутствия взаимозависимостей между компонентами. Для больных с продолжительностью заболевания более пяти лет – и женщин, и мужчин – характерно повышение показателя поведенческой агрессивности на фоне роста когнитивного показателя. В мужской группе больных шизофренией выявлена зависимость между когнитивным и эмоциональным, когнитивным и поведенческим компонентами в структуре агрессивности без соответствующей связи между эмоциональным

и поведенческим компонентами. Подобная структура агрессии была получена также и в группе здоровых женщин, которая была проинтерпретирована как несоответствие переживаний их поведенческому проявлению. Можно предположить, что у мужчины с продолжительным течением заболевания в самой феноменологии агрессии просматриваются особенности нетипичного (женского) способа «переработки» напряжения и соответствующих способов его разрядки. Кроме того, у мужчин с продолжительным течением заболевания отмечается недифференцированность поведенческого и когнитивного компонентов. У женщин с продолжительным течением заболевания эмоциональное напряжение разряжается непосредственно в поведении без когнитивной переработки.

Выводы. Выявлены особенности когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов агрессивности больных шизофренией, имеющие значение в коррекционно-психотерапевтической практике. В процессе психокоррекционно-психотерапевтических мероприятий представляется важной дифференциация поведенческого, когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности у больных параноидной шизофренией. Для этого в коррекционно-психотерапевтической практике необходимо: 1. разграничивать фантазии и реальность пациента, подчеркивать различия между мыслями, эмоциями и действиями пациента («думать» и «делать» – это разные вещи); 2. делать акцент на том, что агрессия в мыслях и в эмоциях – естественная часть человеческой жизни, однако необходимо придерживаться социальных норм поведения.

Роль принятия собственной деструктивности в межличностных отношениях больных шизофренией

Бочкова Ю. Ю.

Республиканская клиническая психиатрическая больница

Актуальность. Исследование психологических особенностей больных шизофренией имеет большую социальную значимость (Войтенко Р. М., 2002). Социальная дезадаптация при шизофрении, влекущая за собой инвалидизацию трудоспособных в физическом плане лиц, ведет к огромным экономическим затратам общества (Валинуров Р. Г. с соавт., 2003). Экспериментальное изучение агрессии человека связано с определенными трудностями: этические ограничения, сложности механизмов агрессии. Это приводит к тому, что большинство психологических исследований агрессивности имеют судебно-психологическую направленность (Соловьева С. Л., 1996;

Васильева Н. В., 1998; Кудрявцев И. А., 1988, 1997, 2000, 2007, 2008, 2010, 2011; Ситковская О. Д., 1989; Коченов М. М., 1991; Рагинов Н. А., 2000, 2001; Сафуанов Ф. С., 2002, 2003; Калашникова А. С., 2010; Булыгина В. Г., 2015). При этом глубинное психологическое содержание психологического феномена агрессии и его роль в динамике межличностных отношений при шизофрении остается недостаточно изученным. Вместе с тем, в психологических исследованиях агрессия часто является центральным теоретическим конструктом, через который рассматриваются расстройства психотического уровня. Ряд авторов психодинамического направления отмечают, что у больных шизофренией имеет место незрелость психической структуры, затрудняющая защиту от собственных деструктивных импульсов (Nunberg H., 1921; Reik T., 1927; Rosenfeld H., 1947; Klein M., 1930, 1946; Zilboorg G., 1931; Hendrick I., 1931; Hartmann H., 1953; Bak R., 1954; Spotnitz H., 1961). На наш взгляд, прояснение сложных взаимосвязей между различными проявлениями деструктивности в соотношении с характеристиками личности, выступающими на первый план в межличностном контакте, позволило бы существенно углубить понимание психологических механизмов нарушения социальных отношений при шизофрении, что было бы полезным для реабилитации больных. Под принятием собственной деструктивности мы понимаем готовность видеть себя деструктивными, то есть склонность при ответах на вопросы обнаруживать в своем поведении, переживаниях и мнениях признаки деструктивной агрессии (Ениколопов С. Н., 2011). Отказ от осознания своей деструктивности как специфическая личностная ситуация обнаруживается, когда результаты диагностики деструктивности опросниковыми методами приходят в противоречие с данными проективных методик (Ениколопов С. Н., 2011).

Цель и задачи исследования. Целью исследования являлось выявление роли принятия собственной агрессивности (ее деструктивного компонента) в функционировании межличностных границ больных шизофренией. Задачами исследования являлись: 1. Определить взаимосвязи биологических, психологических и социальных характеристик с конструктивным функционированием межличностных границ в группах больных шизофренией и в группах психически здоровых индивидов с различным уровнем деструктивности; 2. Выделить мишени психокоррекционных воздействий при шизофрении.

Материал и методы. Выборка составила 203 человека от 18 до 64 лет. Экспериментальную группу составили 102 больных параноидной шизофренией (40 мужчин, 62 женщины) от 18 до 64 лет, находящихся на стационарном лечении. Критериями включения находящихся на стационарном лечении больных в исследование являлись: наличие в качестве основного клинического диагноза параноидной шизофрении (F-20.006 по МКБ-10),

согласие пациента. Больные обследовались в состоянии ремиссии (медикаментозной ремиссии). Критериями исключения пациентов из исследования были: нозологическая неоднозначность в психиатрическом диагнозе, наличие клинически и клинико-психологически выявляемых признаков психотической дезорганизации психической деятельности испытуемых, отказ от исследования. Сравнение проводилось с контрольными группами психически здоровых индивидов, в которые вошел 101 человек (41 мужчина и 60 женщин) в возрасте от 18 до 64 лет (средний возраст – 32 года), не страдающих психическими и неврологическими расстройствами. Методы исследования: клинико-психологический, экспериментально-психологический (опросник Басса-Перри, Hand-тест, тест Сонди, Я-структурный тест Аммона), математико-статистический (полученные результаты подвергались компьютерной обработке (SPSS 11.0.1) методами математической статистики, применялся регрессионный анализ.

Результаты и обсуждение. Испытуемые с шизофренией и здоровые индивиды были разделены на четыре группы в соответствии с уровнем деструктивности. Основой разделения выступали два параметра. Первый параметр – уровень деструктивности по данным проективной методики. Первый параметр измерялся с помощью методики Сонди и был представлен мотивационной склонностью к агрессии, деструкции. Второй параметр – уровень деструктивности по данным опросника. Он был измерен по шкале «деструктивная агрессия» Я-структурного теста Аммона. Таким образом, в первую группу вошли испытуемые с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и по данным опросника (испытуемые с низкой общей деструктивностью), во вторую группу – с низким уровнем деструктивности по данным проективной методики и высоким уровнем по данным опросника (испытуемые с низкой деструктивностью, видящие себя деструктивными), в третью группу – с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и низким уровнем по данным опросника (испытуемые с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию), в четвертую группу – с высоким уровнем деструктивности по данным проективной методики и опросника (испытуемые с высокой общей деструктивностью). В группах больных шизофренией и здоровых индивидов, выделенных по уровню деструктивности, была исследована взаимосвязь биологических, социальных и психологических факторов с конструктивным функционированием межличностных границ. Был использован множественный регрессионный анализ, который показал взаимосвязь биологических, социальных и психологических показателей (независимых переменных) с конструктивной составляющей внутреннего Я – отграничения (зависимая переменная). В группах больных шизофренией «с низким уровнем деструктивности», «с низкой деструктивностью, видящих себя

деструктивными», «с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию» функционирование конструктивных межличностных границ наиболее связано с конструктивным внутренним Я – отграничением, которое проявляется способностью различать внешнее и внутренне, дифференцировать внутренние переживания, отделять собственные фантазии от реальных событий и действий. У здоровых индивидов в аналогичных группах на конструктивность межличностных границ связана с уровнем межличностной зависимости и показателем «дефицитарный нарциссизм», который понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, реалистично оценивать себя.

Для больных шизофренией с низким уровнем деструктивности наиболее значимой для формирования конструктивных межличностных границ является ориентированность на межличностное взаимодействие и сформированность коммуникативных навыков. Для больных шизофренией с низкой деструктивностью, видящих себя деструктивными, – уровень развития основных функций личностной структуры, наличие стремления к сохранению симбиотических отношений. Для больных шизофренией с высокой деструктивностью и низкой способностью к ее принятию – уровень развития внутренней границы Я, отражающей способность регуляции потребностей влечений. Для больных шизофренией с высоким уровнем деструктивности – способность к разрядке эмоционального напряжения.

Выводы. Получены данные о роли принятия собственной деструктивности в функционировании межличностных границ у больных шизофренией, имеющие значение в коррекционно-психотерапевтической практике.

Клинический случай индуцированного бредового расстройства

***Бравве Л. В., Мамедова Г. Ш., Кайдан М. А.,
Калаков А. М.***

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

Актуальность. С середины двадцатого века термин «индукция бреда» заменил архаичные «психическое заражение» (Le Bon, G., 1895) или «наведенное помешательство» (Grimm, F., 1953), «помешательство вдвоем» (Ch. Lasègue, J. F., 1877), «индуцированное помешательство» (Lehmann, G.,

1883). Термин индуцированное бредовое расстройство представлен в международной классификации болезней 10 пересмотра. Однако в американской версии руководства DSM-V и находящейся в стадии полевых испытаний МКБ-11 термин упразднен вовсе. По данным систематического обзора (Menculini, G. et al., 2020) распространенность составляет 1,6–2,6 % от числа всех госпитализаций в психиатрические больницы (Wehmeier, P.M. et al., 2003). Как правило, один из пары психотических пациентов с folie à deux долго не попадает в диагностическое поле психиатров в силу общественной приемлемости бредовых идей или толерантности к его идеям со стороны близкого окружения (Agnone, D. et al., 2006; Mouchet-Mages, S. et al., 2008). В новой версии классификации психических расстройств этот термин упразднен по причине казуистичности, а случаи индуцированного бреда относятся к хроническим бредовым расстройствам без привязки к этиопатогенетическим механизмам. На стыке перехода от старой к новой классификации болезней актуально изучить физиологию бреда донора и реципиента бредовых идей, чтобы установить сообразность включения подобных расстройств в группу хронического бреда. Кроме прочего, для выбора тактики терапии и постпсихотической реабилитации необходимо установить роль доминирующего в бредовой паре.

Цель. Цель исследования – определить механизм возникновения индуцирования бредом и установить индуктора.

Задачи. Отобрать пациентов, соответствующих критериям индуцированного бредового расстройства по МКБ-10 (F 24) Обследовать отобранных пациентов. Применить метод нейровизуализации Оценить результаты и сделать вывод.

Материалы и методы. На базе ПКБ № 1 отобраны мать и дочь с верифицированным диагнозом индуцированного бредового расстройства по МКБ-10. Использован клиничко-психопатологический метод с установлением ролей в паре индуктора и реципиента с определением стадийности расстройств. Также проводилось однократное фМРТ-исследование пациентов с целью определения зон бредообразования. Исследование одобрено этическим комитетом.

Часть исследования проводилась в Научном Исследовательском Центре «Курчатовский институт» с использованием МР-томографа Siemens Magnetom Verio 3T. Для выявления особенностей индивидуальной активности и аномалий работы мозга в качестве аудиального тестового материала сформирован набор стимулов. Субъективную значимость фраз оценивали с помощью технологии контроля реагирования обследуемого на воспринимаемые аудио- и видео-стимулы, основанной на синхронной регистрации вегетативных реакций с помощью МРТ-совместимого полиграфа (Захарова Н. В. et al., 2019; Ushakov, V. L. et al., 2019).

Результаты и обсуждение. Мать в преморбиде с паранойяльной акцентуацией характера, изменилась по характеру после рождения дочери – замкнулась, прекратила общение с малочисленными знакомыми, сорватила рабочие часы, полностью посвятив жизнь дочери. Так, мать – гиперпекающая со сверхценными идеями одаренности дочери. Свои идеи мать с раннего детства внушала дочери, выступая индуктором сверхценностей. У матери выделен негативный домен с уплощенным аффектом, утратой эмоционального резонанса, алогией, утратой интересов, абулией и редукцией социальной активности (Galderisi, S. et al. 2013; Galderisi, S. et al, 2018; Guessoum, S.B. et al. 2020).

По мере нарастания мягкого когнитивного дефицита, проявляющегося дисмнестическими расстройствами в виде нарушения запоминания новой информации, неполного воспроизведения событий прошлого и снижения функции внимания, мать утратила доминирующую роль в симбиозе и по сути, дочь стала первичным пациентом при развертывании психотического расстройства. Индуктором фабулы острого бреда *folie à deux* является дочь. Психоз, который пережили вместе пациентки, относится к разряду бреда преследования, включая идеи отравления, ущерба, перешедшие в бред фантастического содержания. Можно отметить, что бред отношения нарастал в течение двух лет на фоне убежденности в собственной значимости и уникальности. В итоге идеи отношения сменились бредом, который в свою очередь, по мере расширения фабулы трансформировался в паранойяльный бред. Впоследствии произошла систематизация бреда по типу озарения. Ведущими в фабуле стали идеи преследования, отравления, что привело к повышению бредовой активности, а именно «преследуемый преследователь» (Mouchet-Mages, S. et al., 2008). Следует отметить, что в этот момент психотические переживания синхронизировались, фабула бреда стала идентична у индуктора и реципиента.

По данным фМРТ выявлено повышение гемодинамического сигнала в двух зонах – предклинье и угловой извилине, которые входят в Центральную исполнительную сеть, отвечающую за сознание, пространственное мышление, внимание и извлечение памяти. Дополнительно у индуктора (дочери) выявлена повышение гемодинамического сигнала в шпорной и язычной извилинах, принимающих участие в распознавании зрительных образов и в воспроизведении зрительных воспоминаний. Результаты анализа фМРТ данных с учетом отбора по данным полиграфа лично-значимых и незначимых стимулов показали уменьшение разности в активации вокселей предклинья, но были получены активации вокселей в областях прецентральных извилинах моторной коры и височных извилин первичной слуховой коры. Реакция нейросетей головного мозга на словосочетания фабулы бреда, у дочери заметно выше, чем у матери (как без выбраковки фМРТ-данных,

так и с их выбраковкой). Зафиксированное повышение активности в области предклинья является следствием усиления концентрации интернализованного внимания на значимые события. Уменьшение объема серого вещества предклинья приводит к компенсаторному повышению функциональной активности (Gong, X. et al., 2014). Таким образом, более высокая активность на фМРТ на предъявление стимулов с фабулой бреда преследования у дочери может свидетельствовать о значимо большем преобладании позитивных симптомов, их более выраженной аффективной значимости по сравнению с матерью. В исследовании мы наблюдали изменения гемодинамического отклика в данных структурах при различных вариантах сравнения в большей степени у дочери.

Выводы. Приведенный клинический случай – пример трансформации коммуникативного психоза в классическую форму Folie à deux. Особый интерес представляет смена ролей в паре ведущего и ведомого. Сперва мать, внушающая дочери идеи особого значения и выдающегося таланта, занимала ведущее положение вплоть до момента снижения когнитивного домена. С этого времени дочь, вышла на позицию лидера, «заражая» мать бредовой настроенностью, а впоследствии и бредом преследования. Роль дочери в возникновении бредовых идей показана, в том числе, при исследовании гемодинамики зон головного мозга. Исследование ограничено одной парой с индуцированным бредом, необходимо продолжать исследования этиопатогенетических звеньев индукции и разработки методов определения ведущего бредообразователя. Предложенный подход к познанию нейрокогнитивных механизмов folie à deux может оказаться полезными в научно-прикладных работах и стать частью обоснования новых пересмотров классификации болезней.

Нарушения социального и эмоционального интеллекта больных шизофренией на ранней стадии течения заболевания и их связь с нейропсихологическими нарушениями

Брагин Д. А.

г. Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. В последнее время особое внимание уделяется нейрокогнитивному дефициту при шизофрении – по выражению А. Брейэра, «третьей ключевой группе симптомов» этой психической патологии, наряду

с позитивными и негативными расстройствами. В связи с вышеуказанным, а также, в связи с малым числом исследований, объединяющих в себе исследование и нейрокогнитивных особенностей и состояния социального функционирования у больных шизофренией было организовано данное исследование.

Материалы и методы. Исследование проводилось с февраля 2015 по март 2021 года на клинической базе, которой выступила ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница». К исследованию привлекались пациенты с верифицированным лечащим врачом диагнозом «Шизофрения» (F20) – экспериментальная группа и условно здоровые лица (отсутствие жалоб на психическое состояние, отсутствие в анамнезе психиатрического диагноза). Были исследованы 94 человека (50 мужчин и 44 женщины, средний возраст 27 лет). В экспериментальную группу вошли пациенты с верифицированным диагнозом шизофрения (F20) на ранней стадии течения заболевания (53 человека, 31 мужчина и 22 женщин) в возрасте от 16 до 37 лет (средний возраст 29 лет), в контрольную группу аналогичной половозрастной структуры – психически здоровые люди (41 человек, 29 мужчин и 12 женщин, средний возраст 28 лет). В качестве методов исследования были использованы: (1) методика «Тест чернильных пятен Г. Роршаха»; (2) тест «Понимание психического состояния по глазам»; (3) тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, М. Салливена; (4) методика «Эмоциональный интеллект» Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (MSCEIT V2.0); (5) тест эмоционального интеллекта Люсина (ЭМИн); (6) тест эмоционального интеллекта Холла; (7) методы нейропсихологической диагностики (интегрированы количественный (балловый) и качественный (описательный) подходы Лурия и Глозман); (8) методики патопсихологического исследования. Методы обработки данных: Интегративная система Джона Экснера, статистические методы. В ходе исследования были получены следующие результаты. Анализ характеристик распознавания реальности показал, что у относительно скомпенсированных больных шизофренией на ранней стадии заболевания обнаруживается «шаткость» способности адекватно оценивать реальность ($X - \%$, $X_A \%$, $WDA \%$) и этим они достоверно отличаются от нормы ($p < 0,05$). Кроме того, процесс переработки информации испытуемых характеризуется инертностью мыслительных процессов (PSV) ($p < 0,05$), а также психотическим соскальзыванием, отсутствием чётких представлений о допустимом и недопустимом, свидетельствующем о способности к глубокой диссоциации (DQv) ($p < 0,05$). Обнаруживается нарушение адаптации вследствие неадекватного усложненного восприятия ситуации, когда для испытуемого «всё связано со всем» (Zf, L). По показателю «оралитета» (Fd), отражающему степень инфантилизма, стремления к зависимости от других, нужде в привязанности и близких

отношениях, больные значимо не отличаются от нормы ($p < 0,05$). К тому же среднее значение показателя SumT (степень нужды в причастности, привязанности) близко к нулю, что может быть интерпретировано как холодность, отстранённость, недостаток душевности в общении больных шизофренией, их неумение выражать привязанность к близким людям, переживать зависимость от других, так, как большинство людей. Нейропсихологическая диагностика позволила выявить нарушения программирования и контроля деятельности, межполушарного взаимодействия, подверженность влиянию интерференции, соматосенсорного гнозиса, нейродинамики, речи и временной организации функций. Таким образом, в ходе исследования было выяснено, что существует определенная взаимосвязь нейропсихологических нарушений с нарушениями социального познания. В результате обработки и анализа данных патопсихологического исследования достоверных различий в результатах между группами выявлено не было, при детальном качественном анализе диагностических данных были отмечены специфические патопсихологические нарушения восприятия больных шизофренией: инактивность восприятия, сужение объёма восприятия, изменение избирательности восприятия. В тесте Гилфорда выявлены достоверные различия между экспериментальной и контрольной подгруппами как по общему показателю состояния СИ ($p \leq 0,001$), так и по большинству субтестов. Результаты выполнения теста «MSCEIT v2.0»: достоверные различия в значениях «стратегический домен», отражающие возможность и эффективность прогнозирования развития социальных ситуаций ($p \leq 0,001$), «сознательное управление эмоциями» ($p \leq 0,001$), «понимание и анализ эмоций» ($p \leq 0,001$), «использование эмоций в решении проблем» ($p \leq 0,001$). Общий балл: 93 и 117 в экспериментальной и контрольной группах соответственно ($p \leq 0,001$). Результаты выполнения теста «RMET»: общий балл 7 и 12,5 в экспериментальной и контрольной группах соответственно ($p \leq 0,001$). Тестовые опросники Холла и Люсина были наименее диагностически «полезны». Достоверных различий между группами найдено не было. В тесте «ЭмИн» Люсина общий балл был 79 и 85,6 в экспериментальной и контрольной группах соответственно (различия недостоверны). В тесте Холла наибольшая разница выявлена между показателями шкалы «Управление своими эмоциями» – 22 и 18 в экспериментальной и контрольной группах соответственно (различия также недостоверны).

Результаты. Полученные в ходе исследования и анализа его результатов сведения позволили нам сформулировать ряд рекомендаций, отражающих особенности диагностики и коррекции нарушений высших психических функций и социального познания:

1. Нейропсихологический анализ нарушений ВПФ целесообразнее проводить, опираясь на качественный (синдромный) и количественный

(по Ж. М. Глозман) анализ, что позволит избежать значительной потери диагностически значимой информации и предотвратит вероятность неверного истолкования причин выявленных нарушений.

2. Использование проективных психодиагностических методик в исследовании нарушений восприятия социальных стимулов эффективно дополняет методы объективного подхода, позволяет избежать искажения результатов.

3. Методика Роршаха на основе Интегративной системы Экснера показала высокую чувствительность к наиболее патогномичным проявлениям нарушений социального функционирования у пациентов, больных шизофренией, что подтвердилось результатами стандартизированных и валидизированных методов оценки указанных нарушений.

4. Целесообразна организация групповой психотерапевтической работы с пациентами больными шизофренией уже на ранних этапах течения заболевания, мишенью терапии должны стать дефицит в области социального познания (распознавание своих и чужих эмоций, выражение своих эмоций, оценка степени выраженности эмоционального реагирования);

5. Эффективным дополнением в реабилитации людей, болеющих шизофренией, может оказаться включение в реабилитационную программу нейро-когнитивных тренингов, факт применения которых, окажет положительно влияние на общее когнитивное состояние больных и предупредит формирование нейркогнитивного дефицита, свойственного для данной группы больных на более отдалённых этапах течения заболевания.

Комплексное исследование восприятия, с позиций разных методологических подходов, позволило получить наиболее полную картину нарушений, характерных для данного заболевания. Сравнение позволило помимо констатации факта наличия определенных специфичных нарушений для экспериментальной группы, также сделать вывод о характерности выявленных нарушений именно для данной группы. Указанные данные были получены путём проективного психодиагностического исследования с применением крайне информативного и высоко стандартизованного в рамках Интегративной системы Экснера метода чернильных клякс Роршаха, показавшего свою высокую чувствительность и точность в диагностике нарушений социального функционирования.

Клинические особенности аутистических расстройств у детей с органическим поражением головного мозга

Бугрий С. В.

г. Москва

*Российская медицинская академия
непрерывного профессионального образования*

Актуальность. Детский аутизм относится к общим нарушениям развития, сопровождающимся нарушениями формирования социальных и коммуникативных функций, значительным сужением интересов и активности, склонностью к повторяющимся стереотипным паттернам поведения и деятельности. Большинство ученых признают гетерогенность детского аутизма с ведущей ролью наследственных факторов. Большое значение, по мнению многих исследователей, придают в том числе перинатальным повреждающим факторам: нарушениям маточно-плацентарного кровообращения, церебральной ишемии, внутриутробным инфекциям, и воздействиям других токсических агентов на головной мозг плода.

Цель. Выделение ведущих факторов на основании клинического наблюдения в динамике группы детей с аутистическими расстройствами на почве различных поражений центральной нервной системы (возникших в период ante-, intra- и постнатальных периодах, а также в раннем неонатальном периоде), и группы детей без отчетливого перинатального поражения головного мозга, с целью обоснования направлений оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачи.

1. Проанализировать значимость экзогенно-органических факторов у больных с аутистическими расстройствами и последствиями перинатальной поражения головного мозга.

2. Провести сравнительный анализ клиники и динамики аутистических расстройств с различными типами проявлений перинатальной энцефалопатии и без таковой.

3. Обосновать направления оптимизации мероприятий по вторичной психопрофилактике, а также дифференцированного лечебно-коррекционного подхода в отношении детей с аутизмом на фоне перинатальной энцефалопатии.

Материалы и методы. Основную группу исследования составили 92 пациента в возрасте от 5 до 12 лет, отвечающие критериям расстройств аутистического спектра по МКБ-10 и имеющие признаки органического поражения головного мозга. Группу сравнения составили 36 детей

с синдромом Каннера (конституциональный аутизм) в возрасте от 5 до 12 лет без явных клинических признаков экзогенно-органического поражения головного мозга.

Были применены следующие методы исследования: клинико-психопатологические, клинико-динамическое; клинико-катамнестическое; нейропсихологическое обследование; тестирование интеллекта по методике Векслера; нейрофизиологическая диагностика (ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг), методы статистического анализа.

Половозрастная характеристика клинических групп больных характеризовалась преобладанием лиц мужского пола, что коррелирует с данными большинства исследователей. Первая клиническая группа – детский аутизм на почве резидуально – органического поражения головного мозга включала 67 мальчиков (72,8 %) и 25 девочек (27,2 %) – соотношение полов – 1:3. Средний возраст пациентов – $7 \pm 1,2$. Вторая клиническая группа (группа сравнения) состояла из 36 пациентов обоих полов, 24 мальчика (66,7 %) и 12 девочек (33,4 %), средний возраст – $6,1 \pm 1,4$ лет.

Результаты. Группа детей с аутизмом и проявлениями резидуально-органической церебральной недостаточности имела статистически значимое количественное преобладание повреждающих перинатальных факторов в расчете на каждого пациента группы в соотношении (в среднем $6 \pm 1,2$). При анализе синдромов перинатального поражения головного мозга установлена причинно-следственная связь с наличием в анамнезе церебральной ишемии с синдромом угнетения, с последующим развитием психоорганического синдрома в сочетании с ослаблением витальных инстинктов в периоде раннего детства. Статистически достоверной связи между конкретным перинатальным повреждающим фактором и оформлением клинической картины заболевания установлено не было.

При статистическом анализе двух основных клинических групп выявлены статистически значимые различия по следующим параметрам. Значительные нарушения нейродинамики были выявлены у 67 (88,2 %) и 13 (50 %) больных соответственно. Когнитивные функции были относительно сохранными у 21,7 % в основной клинической группе с преобладанием в группе контроля у 50 %, легкие нарушения интеллектуального развития в основанной клинической группе были у 56,6 % и 34,6 % соответственно умеренные нарушения были у 18,1 % обследованных основной группы; тяжелые нарушения у 3,6 % и 15,4 % обследованных. В основной клинической группе встречался церебрастенический синдром в 32,1 % случаев и 7,6 % в группе сравнения; психоорганический синдром был диагностирован у 14,3 % обследованных основной группы, гипердинамический синдром у 12,9 %, шизофреноподобный синдром у 6,4 % и психопатоподобный синдром у 10 % и были представлены только в основной группе.

В характеристике аффективной сферы между исследуемыми группами у 35 % и 46,2 % преобладала эмоциональная лабильность, депрессивный синдром у 22,5 % и 11,5 % соответственно, явления дисфории были выявлены у 21,3 % пациентов основной группы, гипоманакальный аффект у пациентов основной группы составил 13,8 %. Общее недоразвитие речи 1 уровня имели 43,2 % и 15,4 %, общее недоразвитие речи 2 уровня – 29,6 % и 57,7 %, общее недоразвитие речи 3 уровня – 6,2 % и 26,9 % соответственно. Дизартрия, дисграфия, заикание встречались только в основной клинической группе. Оценка проведенных ЭЭГ у пациентов выявила статистически значимые региональные изменения у 50,7 % и 15,4 % обследованных пациентов. Также у 27 пациентов обоих полов основной группы были диагностированы пароксизмальные расстройства (29,4 %).

Обсуждение. В группе пациентов с аутизмом и последствиями перинатального поражения головного мозга статистически значимо чаще встречались следующие клинические синдромы: психоорганический, его более «легкое» составляющее – церебрastenический, а также гипердинамический синдром и пр.). Выявлен значимо больший процент аффективных нарушений в группе пациентов с перинатальной патологией с преобладанием эмоциональной лабильности, депрессивного синдрома, дисфории в сравнении с группой пациентов без отчетливых перинатальных вредностей.

Таким образом, установлено наличие нескольких клинических форм детского аутизма в зависимости от различного сочетания наследственных и перинатальных экзогенно-органических факторов в их этиопатогенезе: от преимущественно первично-генетических – «ядерных» (Каннер, Аспергер на органическом фоне); далее к промежуточным – эпигенетическим (аутистический дизонтогенетический фенотип как эволютивная преадаптация); до преимущественно энцефалопатических – т.н. «органических». В большинстве случаев ранние экзогенно-органические факторы играли провоцирующую, преципитирующую или патопластическую роль, ухудшая динамику и прогноз состояния.

Выводы.

1. Установлено отчетливое влияние перинатальной патологии на оформление клинической картины детского аутизма в виде преобладания выраженных когнитивных, аффективных нарушений, более тяжелых речевых расстройств, отчетливого преобладания более выраженных нейродинамических нарушений. Отмечено существенное значимое влияние перинатальных повреждающих факторов, изменяющих соотношение между когнитивными и внутрикогнитивными факторами, их влияние на соотношение вербального и невербального интеллектуального показателя с более сохранным вербальным в отличие от группы сравнения, где преимущественно отмечалась недостаточность невербального показателя.

2. При анализе синдромов перинатального поражения головного мозга у обследованных пациентов была установлена причинно-следственная связь с наличием в анамнезе церебральной ишемии с синдромом угнетения, с последующим развитием психоорганического синдрома в сочетании с ослаблением витальных инстинктов в периоде раннего детства.

3. Оптимизация мероприятий по вторичной психопрофилактике должна включать обязательную коррекцию сопутствующих синдромов, с предварительным выделением группы риска пациентов с осложненным перинатальным анамнезом. Дифференцированный подход в терапии аутистических расстройств с последствиями перинатального поражения головного мозга должен включать медикаментозную коррекцию сопутствующих синдромов.

Синдром эмоционального выгорания у медицинского персонала, работающего с труднокурабельными больными в условиях г. Тамбова

Булгакова А. А., Обухов Д. В.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Вы когда-нибудь чувствовали себя опустошенным? Выжитым словно лимон? Или приходилось несколько раз в неделю желать абстрагироваться от социума? Все это предвестники такого состояния как синдром эмоционального выгорания. Впервые на проблему психического истощения обратили внимание американские специалисты в связи с созданием и массовым распространением социальных служб. СЭВ впервые был описан в книге Г. Фрейденберга «Burnout: The High Cost of High Achievement» («Выгорание: высокая цена высоких достижений») и был обозначен как «синдром сгорания сотрудников» («staff burn-out syndrome») или «поражение, истощение или износ, происходящий в человеке вследствие резко завышенных требований к собственным ресурсам и силам». К 80-м годам прошлого столетия было написано более тысячи англоязычных статей, посвященных исследованию феномена эмоционального выгорания. Однако в МКБ-9 отдельной рубрики для данного состояния предусмотрено не было. И только в 1989 году, а в России с 1999 г., в МКБ-10 для СЭВ был выделен код Z73.0 («Переутомление»). Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это ответная реакция организма на хронический стресс, которая выражается в эмоциональном и физическом истощении. Чаще всего подвергаются

влиянию данного синдрома работники сфер, где необходимо непосредственное длительное общение с другими людьми: учителя, врачи и социальные работники. Патогенетически при СЭВ можно выделить 3 фазы:

1. фаза напряжения, проявляющаяся хроническим психоэмоциональным стрессом;
2. фаза резистентности, при которой утрачиваются способности организма противостоять стрессу;
3. фаза истощения, представляющая обеднением эмоциональных ресурсов, соматическими расстройствами (депрессия, обострение хронических болезней)

Из симптомов СЭВ главными являются:

- ощущение изоляции, непонимания со стороны других, ощущение недостатка поддержки со стороны близких;
- проблемы со здоровьем (утомляемость, бессонница или сонливость, затрудненное дыхание, одышка, потливость, повышение артериального давления, изменение аппетита);
- эмоциональные (чувство грусти, опустошенности, пессимистичная оценка прошлого и будущего);
- ощущение изоляции, непонимания со стороны других, ощущение недостатка поддержки со стороны близких.

СЭВ приводит к снижению работоспособности и мотивации. Человеку кажется, что он обречен на бессмысленный, монотонный и скучный труд. Неудовлетворенность в жизни, работе ведут в меньшей степени к депрессии, а в большей – к агрессии.

Актуальность: сегодня в России как никогда остро стоит проблема эмоционального выгорания у врачей в связи с дефицитом кадров и возрастающей заболеваемостью населения такими страшными заболеваниями как онкология, туберкулез и нарушения психики.

Цель: выявить взаимосвязь между возрастом, стажем работы, полом и проявлениями СЭВ.

Методы исследования: Опросник выгорания (перегорания) Маслач (англ. Maslach Burnout Inventory, сокр. МВИ), созданный в 1986 году и адаптированный Водопьяновой. Опросник состоит из 22 вопросов, по которым вычисляют 3 шкалы: «Эмоциональное истощение», «Деперсонализация» и «Редукция профессиональных достижений». Первая шкала описывает неудовлетворенность в жизни в целом, пресыщение работой и аффективную лабильность. Шкала «Деперсонализация» показывает эмоциональном отстранении и безразличии. На поведенческом уровне «деперсонализация» проявляется в высокомерном поведении, использовании профессионального сленга, юмора, ярлыков. «Редукция профессиональных достижений» отражает степень удовлетворенности медицинского работника собой как

личностью и как профессионалом. Были проанкетированы доктора нескольких специальностей, возрастом от 24 до 66 лет:

- Тамбовская областная психиатрическая больница – 10 человек;
- Тамбовский областной онкологический диспансер – 10 человек;
- Тамбовская областная противотуберкулезный диспансер – 10 человек.

Проанализировав полученные анкеты, мы получили данные и разделили их на 3 градации:

- По половой принадлежности, где шкала «редукция профессионализма» на уровень выше у мужчин психиатров, шкалы «эмоциональное истощение» и «деперсонализации» одинаково равны у фтизиатров мужского пола, у онкологов все три шкалы приблизительно равны. У женщин психиатров наравне шкалы «деперсонализация» и «редукция профессионализма», у женщин онкологов примерно равно все три шкалы, у фтизиатров шкала «эмоциональное истощение» выше нежели остальные две. Самая низка из шкал среди специальностей «редукция профессионализма» у женщин фтизиатров.

- По стажу. При стаже от 5 до 9 лет все три шкалы имеют наивысший показатель у врачей психиатров. Одинаковый средний уровень шкал «редукция профессионализма», «эмоциональное выгорание» и «деперсонализация» у врачей онкологов и фтизиатров. При работе от 10 до 19 лет одинаково высокий уровень трех шкал у онкологов и психиатров. Шкала «эмоциональное истощение» несколько выше среднего у фтизиатров. При стаже от 20 до 40 лет максимальный уровень шкалы «редукция профессионализма» имеют психиатры, так же, как и шкала «деперсонализация» у фтизиатров. У онкологов уровень всех трех шкал на среднем уровне.

- По специальности. Самый низкий уровень из всех шкал имеет шкала «редукция профессионализма» у онкологов. Одинаковый средний уровень всех трех шкал и фтизиатров. Наивысшая шкала «редукция профессионализма» у специалистов профиля «психиатрия».

Выводы:

1. Синдромы эмоционального выгорания в большей степени подвержены психиатры – женщины. В частности, шкалы «Деперсонализация» и «Редукция профессионализма»;

2. У женщин фтизиатров меньше всего проявляется профессиональная редукция;

3. У мужчин онкологов и фтизиатров СЭВ демонстрируется в меньшей степени в отличие от мужчин психиатров;

4. СЭВ наиболее выражен у врачей – психиатров со стажем от 5 до 9 лет, чем у онкологов или фтизиатров.

5. СЭВ одинаково проявляется у онкологов и психиатров при стаже от 11 до 19 лет;

6. При стаже от 20 до 40 лет у фтизиатров СЭВ лоцируется в большей вероятности, чем у онкологов и психиатров;

7. Врачи психиатры по шкале «Редукция профессионализма» превышают показатели СЭВ у других специальностей;

8. Врачи – психиатры больше подвержены синдрому профессионального выгорания.

Исходя из выше представленного, мы предлагаем проводить профилактику СЭВ. Основные принципы:

- Соблюдение правил организации труда – разграничение работы и жизни, работа не должна занимать большую часть жизни; физические и эмоциональные перегрузки; совмещение работы в различных направлениях.

- Организация командного подхода – возможность обсуждения проблем с коллективом, создание атмосферы взаимопомощи и эмоционального комфорта, возможность подмены специалистов, четкое распределение обязанностей и их соблюдение.

- Возможность повышения профессиональной квалификации.

- Организация и функционирование психологической службы в коллективе.

Непосредственно на рабочем месте можно опробовать самостоятельно простейшие способы регуляции эмоциональной сферы:

- Замедлить дыхание до 8-10 вдохов в минуту. Повторить 3 раза;

- Любые физические упражнения. Приседание, наклоны, бег на месте течение минуты.

Предикторы несуицидального самоповреждающего поведения у пациентов с непсихотическим психическим расстройством после стационарного лечения

Войнова Н. И., Зинчук М. С., Аведисова А. С., Гехт А. Б.

г. Москва

*Научно-практический психоневрологический центр им. З. П. Соловьева
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Актуальность. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) представляет собой преднамеренное нанесение себе повреждений без суицидального намерения, а также вне связи с каким-либо социально санкционированными практиками. НССП представляет собой значимую проблему

в связи с его нарастающей частотой (Wester K et al., 2018) в популяции, а также ассоциации с рядом неблагоприятных исходов, включая суицид (Hamza et al., 2012). Распространенность НССП, а также его вариантов с неблагоприятным течением (Зинчук М. и соавт., 2019), выше среди лиц с непсихотическими психическими расстройствами (НППР) по сравнению с общей популяцией.

Ряд стратегий, в первую очередь психотерапевтических, продемонстрировали свою эффективность в отношении НССП (Calati R & Courtet P, 2016). В тоже время было показано, что лечение основного психического расстройства согласно рутинному протоколу (TAU-treatment as usual) способно приводить к устойчивой ремиссии НССП у некоторых пациентов.

Ресурсосберегающий подход к терапии НССП, при котором лишь пациенты с высоким риском нечувствительности самоповреждений к TAU будут включаться в специализированные психотерапевтические программы, требует надежных и легко определяемых предикторов исхода НССП при использовании рутинных лечебных протоколов.

Цель исследования. Целью данного исследования является определение социально-демографических, биографических и клинических предикторов НССП у пациентов с НППР, прошедших стационарное лечение согласно актуальным лечебным протоколам.

Материалы и методы. В исследование путём последовательного не-селективного набора был включен 131 пациент (110 женщины) с НППР и опытом НССП на протяжении жизни, проходивший стационарное лечение в кризисном отделении ГБУЗ НПЦ им. Соловьева в период с 2018 по 2019 год. На первом этапе пациентам проводилось структурированное интервью, с целью сбора данных о социально-демографических, клинических и биографических особенностях пациентов. Кроме того, всем пациентам было проведено структурированное интервью SITBI (Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview) (Nock et al., 2007), направленное на сбор детальной информации о суицидальном (мысли, жесты, планы, попытки) и несуйцидальном (мысли о НССП и НССП) самоповреждающем поведении. Диагноз устанавливался на основании экспертного мнения врача-психиатра и основывался на критериях МКБ-10. В исследование не включались пациенты, набравшие по краткой шкале оценки психического статуса (Mini-Mental State Examination, MMSE) менее 24 баллов, а также преждевременно прервавшие стационарное лечение.

Второй этап исследования проводился спустя 12 месяцев после завершения стационарного лечения. На этом этапе использовалось специально разработанное интервью, позволяющее получить данные об актуальном социо-демографическом и клиническом статусе пациентов, а также

информацию о соблюдении режима терапии, сексуальном поведении, суицидальности и НССП за предшествующие 12 месяцев.

В качестве статистических методов использовались критерий Хи-квадрат, точный критерий Фишера и логистическая регрессия.

Результаты и обсуждение. Спустя 12 месяцев после завершения стационарного лечения из 131 включенных в исследование пациентов, 14 выбыло по следующим причинам: одна пациентка совершила суицидальную попытку с летальным исходом, одна выбыла в связи с развившимся психотическим расстройством и 12 пациентов отказались продолжать исследование.

На момент первого осмотра 85 пациентов соответствовали критериям активного НССП расстройства (NSSI disorder, NSSID), то есть наносили себе самоповреждения в 12 месяцев, предшествовавших госпитализации. При этом 47 из них отвечали диагностическим критериям частоты самоповреждений, предложенным в DSM-5 (5 и более), а 38 имели подпороговую форму (NSSID NOS, subthreshold type). Оставшиеся 32 пациента находились в ремиссии по НССП.

На момент второго осмотра 51 человек сообщили о том, что практиковали НССП в предшествующие 12 месяцев, при этом 15 из них на момент первого визита находились в ремиссии по НССП. Таким образом, 57 % пациентов с активным НССП на момент первого визита вышли в ремиссию после лечения, в то время как 32 % находившихся в ремиссии – возобновили самоповреждение в период 12 месяцев после выписки.

Группа из 117 пациентов, завершивших исследование, была разделена на 2 подгруппы. В первую вошли пациенты, не практиковавшие НССП в течение 12 месяцев после выписки из стационара – 66 пациентов (средний возраст 23,8 (5,69) лет, 93,9 % – женщины). Вторую группу составили 51 пациент (средний возраст 25,63 (8,67) лет, 94,1 % женщины), у которых за 12 месяцев, прошедших с выписки из стационара, отмечался хотя бы один эпизод НССП.

Группы не различались ($p < 0,05$) по таким параметрам как базовые социо-демографические показатели, гендерная идентичность, буллинг, опыт физического насилия, модификации тела, различные характеристики сексуального поведения, опыт употребления психоактивных веществ, психиатрические диагнозы (в обеих группах преобладали аффективные и личностные расстройства), а также по наличию суицидальных мыслей, планов, жестов и попыток в анамнезе. При этом пациенты второй группы достоверно чаще имели опыт домашнего (54,9 % против 34,8 %, $p = 0,03$) и сексуального (51 % против 30,3 %, $p = 0,023$) насилия на протяжении жизни.

Анализ переменных, собранных после выписки из стационара, показал, что пациенты, практиковавшие НССП, достоверно чаще имели суицидальные мысли (94,1 % против 63,6 %, $p < 0,001$), совершали суицидальные

попытки (27,5 % против 4,5 %, $p < 0,001$), несогласованно прерывали фармакотерапию (66,7 % против 47,0 %, $p = 0,033$) и наносили татуировки (39,2 % против 13,6 %, $p = 0,001$).

Все достоверно различавшиеся факторы были включены в регрессионный анализ, в результате которого свою значимость сохранили следующие переменные: опыт сексуального насилия на протяжении жизни (OR 2,23, 95 % CI 1,12–4,44, $p = 0,022$), а также нанесение татуировки (OR 3,84, 95 % CI 1,29–11,4, $p = 0,015$), суицидальная идеация (OR 7,31, 95 % CI 1,84–28,95, $p = 0,005$) и совершение суицидальной попытки (OR 5,97, 95 % CI 1,41–25,27, $p = 0,015$) в двенадцатимесячный период после выписки.

Полученные нами данные подтверждают гипотезу о том, что терапевтические вмешательства, направленные на достижение контроля над психопатологической симптоматикой, успешны в отношении редукции НССП только у части пациентов. Кроме того, треть пациентов, находившихся на первом этапе данного исследования в ремиссии по НССП, возобновили самоповреждения в период 12 месяцев после выписки из стационара, что предполагает частичную (у некоторых пациентов) независимость динамики НССП от психопатологической симптоматики.

Регрессионный анализ показал, что значимым предиктором НССП в 12-месячный период после выписки из стационара были эпизоды сексуального насилия в анамнезе. В то же время НССП были достоверно ассоциированы с суицидальными мыслями и суицидальными попытками, а также с нанесением новых татуировок после выписки из стационара. Эти результаты согласуются с данными других авторов (Serafini G et al., 2017; Solis-Bravo MA et al., 2019; Ose SO et al., 2021), сообщавших о тесной связи НССП с суицидальностью, травматическим опытом и нанесением новых татуировок.

Выводы. В настоящем исследовании выявлен предиктор НССП (сексуальное насилие в анамнезе) и ряд ассоциированных факторов (суицидальные мысли и попытки, нанесение новых татуировок) с НССП у пациентов с НППР после проведения курса ТАУ. Это позволяет рекомендовать включение пациентов с НССП (в том числе находящихся в ремиссии) с эпизодами сексуального насилия в прошлом в специализированные психотерапевтические программы, в том числе направленные на профилактику самоубийств. Кроме того, выявленная ассоциация НССП и татуировок ставит вопрос о необходимости продолжения исследований лежащих в их основе общих физиологических (изменённый болевой порог) и психологических (пограничная личностная организация) механизмов.

Роль телемедицинских консультаций в практике детского врача психиатра

Волкова А. Д., Акимов В. В., Гаврилина О. В.

г. Ульяновск

*Ульяновская областная клиническая психиатрическая больница
им. В. А. Копосова*

Актуальность. Телемедицина – это использование компьютерных и телекоммуникационных технологий для оказания медицинской помощи на расстоянии. С использованием телекоммуникационных систем проводятся лечебно-диагностические консультации, управленческие и образовательные услуги, а также научно-практические мероприятия в области здравоохранения.

Цель. Проанализировать роль телемедицинских консультаций в практике участкового детского врача психиатра.

Методы. Клинико-анамнестический, обработка статистических данных.

Результаты. Для нашего ЛПУ учреждением, оказывающим телемедицинские консультации является ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева». На телемедицинских консультациях рассматриваются следующие вопросы:

1. Уточнение диагноза в сложных клинических случаях.
2. Определение тактики обследования и лечения.
3. Оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий.
4. Принятия решения о необходимости очного приема в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева».
5. Решение вопросов реабилитации и экспертизы трудоспособности.

За 2019–2020 годы было направлено на телемедицинские консультации пять человек. Пациенты с диагнозами «Шизоидное расстройство детского возраста» и «Шизофрения, детский тип» наблюдались в нашем ЛПУ с раннего возраста и консультированы при прохождении очередного стационарного лечения. Показанием для их направления являлось отсутствие положительной динамики от амбулаторного и стационарного лечения. Остальные пациенты с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство» и «Смешанное расстройство поведения и эмоций другое» направлены, находясь на стационарном лечении первично, в связи с сохраняющейся острой психотической симптоматикой и резистентностью к фармакотерапии в условиях стационара. Еще один пациент также с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство» находился на амбулаторном лечении, показанием для его направления стало определение тактики дальнейшего лечения в сложном клиническом случае.

Всем направленным пациентам требовалась оценка эффективности лечебно-диагностических мероприятий, проведенных в нашем ЛПУ а четверые из них, дополнительно уточнение диагноза

Сроки рассмотрения документации составили от 5 до 10 дней. Направительные диагнозы были скорректированы незначительно, в одном случае направительный диагноз полностью совпал с диагнозом, выставленным в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева». В целом с проводимым в нашем ЛПУ амбулаторным и стационарным лечением специалисты в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» были согласны. Рекомендовано увеличить дозы препаратов, в случае отсутствия положительного эффекта ребенку с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство» рекомендовалась госпитализация в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева. После выполнения рекомендаций, данных в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева», отмечалась положительная динамика в состоянии пациентов.

Выводы

1. В большинстве случаев на телемедицинские консультации направляются пациенты с психотическими симптомами, как наиболее сложными для диагностики.

2. Применение телемедицинских технологий в психиатрии позволяет повысить качество специализированной помощи путем привлечения высококвалифицированных специалистов, объединить опыт врачей.

3. Благодаря информационно-коммуникационным технологиям оказание помощи осуществляется в сжатые сроки, а также позволяет избежать неудобства и затрат, связанных с поездкой в другой регион с целью очной консультации, что особенно актуально для детей, так как поездка на дальнее расстояние для ребенка с психическими расстройствами очень проблематична.

Когнитивная дисфункция при депрессивных расстройствах: динамика и прогноз эффективности терапии

Галкин С. А.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. На сегодняшний день одним из важнейших клинических доменов депрессивного расстройства является когнитивная дисфункция (Левада О. А., 2017), которая, может быть связана с повышенным риском

рецидива заболевания, ассоциироваться с неудовлетворительными результатами терапии и недостаточной эффективностью большинства антидепрессантов. Когнитивная дисфункция у пациентов с депрессивными расстройствами представлена в виде нарушений «горячих» и «холодных» когнитивных функций (Захаров В. В., Вахнина Н. В., 2015). Как известно, «горячие» когнитивные функции связаны с эмоциональным состоянием человека, а их нарушения проявляются в виде смещения обработки эмоциональной информации в негативную сторону, однако, при восстановлении эмоционального фона они быстро нормализуются. «Холодные» когнитивные функции, напротив, не зависят от эмоционального фона, а их дисфункция (ухудшение внимания, исполнительных функций, памяти и т. д.) может сохраняться длительное время после терапии пациентов с депрессией (Гвоздецкий А. Н. и др., 2019), что, несомненно, приводит к снижению качества жизни человека. Как указывают лишь некоторые исследователи, большинство современных антидепрессантов влияет только на «горячие» когнитивные функции, практически не улучшая, а в некоторых случаях даже ухудшая «холодные» когнитивные функции (Outhred T. et al., 2019). Тем не менее, в литературе отмечается нехватка исследований, раскрывающих особенности изменения когнитивного функционирования при депрессии и их роль в эффективности терапии.

Цель исследования: Изучить динамику «холодных» когнитивных функций у пациентов с депрессивными расстройствами в процессе терапии, а также оценить их роль в эффективности лечения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения клиники Научно-исследовательского института (НИИ) психического здоровья (отделение аффективных состояний) Томского национального исследовательского медицинского центра (НИМЦ) Российской академии наук, согласно протоколу, утвержденному локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 114 от 22 октября 2018 г.). Все обследованные лица дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и обработку данных. Было обследовано 70 пациентов (55 женщин и 15 мужчин) с депрессивными расстройствами: F31.3 (22 %), F32.0-2 (31 %), F33.0-2 (23 %) и F34.1 (24 %) по МКБ-10. Средний возраст группы пациентов на момент обследования составил $39,04 \pm 11,89$ лет. Средняя давность депрессивного расстройства согласно данным историй болезни составила $6,96 \pm 3,63$ лет. У всех обследуемых пациентов было высшее образование. Критерии включения: наличие депрессивного состояния, соответствующего критериям рубрик МКБ-10, информированное согласие на участие в исследовании, возраст 20–55 лет. Критерии исключения: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, черепно-мозговых травм любой степени тяжести, коморбидных психических и поведенческих расстройств (алкогольной зависимости,

шизофрении и т. д.), умственной отсталости, отказ от участия в исследовании. В качестве контрольной группы было обследовано 40 психически здоровых лиц (25 женщин и 15 мужчин) с высшим образованием в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст составил $38,61 \pm 8,55$ лет) с аналогичными критериями исключения.

Методика. Исследование проводилось в два этапа: на первом этапе пациенты обследовались при поступлении в отделение до начала приема лекарственных средств, второй этап был реализован после 28–30 дневного курса лечения пациентов в стационаре. Все исследуемые пациенты получали монотерапию. В качестве терапии использовался препарат из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин – 100 мг/сут., эсциталопрам – 10 мг/сут. или флуоксетин – 20 мг/сут. В качестве психометрических данных была применена шкала депрессии Гамильтона (HDRS-17). Для оценки уровня «холодных» когнитивных функций нами были использованы три компьютерных теста (Go/Nogo, Corsi и Stroop). Выбранные нами тесты широко распространены, как в России, так и за рубежом, и применяются для диагностики нарушения исполнительного функционирования (задача Go/Nogo), объема пространственной рабочей памяти (тест Corsi) и степени когнитивной гибкости / ригидности (цветовой тест Stroop).

Статистическая обработка данных выполнялась с помощью программы Statistica 12. Использовался непараметрический U – критерий Манна – Уитни для оценки различий между двумя независимыми выборками. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. Анализ данных показал, что у пациентов при поступлении в стационар (до начала курса терапии) по сравнению с контрольной группой наблюдаются статистически значимо более низкие результаты по всем тестам: Go/Nogo ($p < 0,001$), Corsi ($p = 0,004$) и Stroop ($p < 0,001$). Таким образом, мы подтвердили факт наличия дисфункции «холодных» когнитивных функций у пациентов с депрессией.

Для оценки динамики изменения уровня когнитивного функционирования мы сравнили результаты когнитивных тестов у пациентов до и после курса терапии в стационаре. Статистический анализ данных показал, что в результате терапии было выявлено улучшение показателей в тесте Go/Nogo ($p = 0,041$) и Stroop ($p = 0,026$). Статистически значимых изменений в тесте Corsi обнаружено не было ($p = 0,897$). Тем не менее, несмотря на значимое улучшение некоторых когнитивных показателей (исполнительные функции и когнитивная гибкость) у пациентов после терапии в стационаре, отмечается сохранение когнитивной дисфункции относительно группы контроля ($p < 0,05$).

Далее мы проанализировали, может ли исходный уровень «холодных» когнитивных функций влиять на эффективность (успешность) терапии пациентов с депрессией. Для этого мы с помощью шкалы депрессии Гамильтона разделили группу пациентов на две подгруппы в зависимости от улучшения показателей по HDRS–17 после курса терапии: чувствительная к терапии (responders) (n = 46) и нечувствительная к терапии (non responders) (n = 24). Критерием эффективности терапии (чувствительности) служило улучшение клинических симптомов на 50 % и более, оцениваемое с помощью HDRS–17. И, таким образом, мы сравнили исходные (при поступлении в стационар) показатели в когнитивных тестах между этими двумя подгруппами пациентов. Анализ данных выявил, что у пациентов из группы non responders наблюдаются статистически значимо более низкие показатели в тесте Go/Nogo ($p = 0,041$) и Corsi ($p = 0,012$) по сравнению с пациентами из группы responders. Статистически значимых различий в тесте Stroop между подгруппами пациентов обнаружено не было ($p = 0,111$).

Заключение. Нарушения когнитивного функционирования («холодных» когнитивных функций) у пациентов с депрессивными расстройствами могут сохраняться после 28–30 дневного курса терапии СИОЗС. Кроме того, исходный уровень когнитивного функционирования, как показало наше исследование, существенно оказывает влияние на эффективность терапии. В связи с этим у пациентов с депрессией необходимо тщательно исследовать когнитивную сферу и учитывать ее состояние при выборе терапевтической тактики.

Клинико-биологические аспекты депрессивного синдрома при расстройствах шизофренического спектра

Галкина А. О., Земскова А. А., Сурикова В. В.

г. Москва

*Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева,
Научный центр психического здоровья*

Актуальность. Расстройства шизофренического спектра представляют собой социально значимую нозологическую группу ввиду высокого риска инвалидизации в молодом возрасте и требуют тщательной дифференцировки между собой и другими психическими заболеваниями, выявления коморбидных заболеваний. Наиболее часто расстройствам шизофренического

спектра сопутствует депрессия. Между тем депрессивная симптоматика часто недооценивается и поздно распознается, что снижает качество жизни пациента и усугубляет социальное бремя (Д. Аддингтон, 2006).

Изучение взаимосвязей результатов психометрических и нейровизуализационных исследований, электроэнцефалографии (ЭЭГ) и иммунных показателей больных расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах позволяет выявить этиопатогенетические механизмы заболеваний без влияния множества процессов, возникающих с течением болезни, способствуя прогрессу в их профилактике и лечении.

Для шизофрении характерно нарушение интегративных процессов в головном мозге, особенно связей между префронтальной корой и височными областями. По результатам КТ и МРТ выявлено, что у людей, страдающих шизофренией, отмечается дефицит серого вещества в медиальной височной доле, включая гиппокамп, ПФК, поясную извилину, верхнюю височную и заднюю теменную кору, а также таламус (Di Lorenzo G., 2015). Данная картина сочетается с увеличением желудочков, истончением миелиновых оболочек и коррелирует с параметрами ЭЭГ.

Современные авторы описывают в ЭЭГ дельта-, тета-, бета- и альфа-ритмы как сложившуюся в онтогенезе иерархическую систему, находящуюся в соотношении с тремя эволюционными системами мозга – стволовой, лимбической и корково-таламической. В соответствии с этими представлениями дельта-ритм связывают с витальными и биологическими мотивациями, тета-ритм – с эмоциональной сферой психики, бета-ритм – с состоянием активного бодрствования, альфа-ритм – с восприятием и распознаванием окружающей среды (Князев, 2004).

Для шизофрении характерно повышение спектральной мощности фоновой ЭЭГ в диапазоне дельта-ритма, асимметрия и снижение спектральной мощности альфа-ритма, увеличение бета-активности при наличии позитивной и снижение при наличии негативной симптоматики, нарушения функций корково-подкорковых систем мозга (Кичук И. В., 2020), увеличение числа источников тета-ритма в областях височной, лобной коры и в гиппокампе, снижение амплитуды и увеличение латентного периода или чрезмерность реакции в ответ на стимул в форме более выраженных (Мельникова Т. С., 2013).

Показана связь иммунных показателей в крови с параметрами нейровизуализации и ЭЭГ, а также с клиническими параметрами больных шизофренией, что связывают с повреждением вследствие нарушения проницаемости гематоэнцефалического барьера. Отечественными учеными на основе этих данных запатентована технология «Нейро-иммуно-тест» для оценки уровня активации врожденного и приобретённого иммунитета и развития воспаления (Олейчик И. В., 2014).

Вышеперечисленное определяет актуальность изучения механизмов развития расстройств шизофренического спектра, требует разрабатывать точные методы раннего диагностирования, а также нацеливают на поиск и оценку валидных маркеров.

Цель исследования. Целью работы является определить клинико-биологические особенности депрессивного синдрома и провести анализ воспалительных, аутоиммунных параметров в крови, данных нейровизуализации и ЭЭГ пациентов с первым психотическим эпизодом и последующими эпизодами, выявление закономерностей их взаимосвязей.

Материалы и методы. В настоящее исследование включены 128 пациентов (25,8±6,2 лет, 56 мужчин), проходившие стационарное лечение по поводу психотического состояния на базе Клиники первого эпизода Психиатрической клинической больницы №1 им. Н. А. Алексеева г. Москвы. Пациенты включались в исследование с учетом следующих критериев: возраст ≥ 18 лет, основное психическое заболевание в рамках расстройств шизофренического спектра.

Нозологии были представлены расстройствами шизофренического спектра: F20.0 – 47, F21 – 21, F23 – 37, F25 – 23 пациента.

Обследования проводили после предварительно взятого информированного согласия на участие в исследовании в качестве испытуемых.

Клинический осмотр, оценка обследуемых по Шкале депрессии Бека и взятие анализа крови на скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и «Нейро-иммуно-тест» с исследованием уровня воспалительных – лейкоцитарная эластаза, противовоспалительных показателей – альфа-1-анти-трипсин, и нейроспецифичных антител к белку S100 и основному белку миелина (ОБМ), проводились при поступлении в круглосуточный стационар. В течение госпитализации проводилось КТ (компьютерная томография) и/или МРТ (магнитно-резонансная томография) головного мозга. Спектральный анализ производили в следующих частотных диапазонах ЭЭГ: тета-диапазон (4–8 Гц); альфа-диапазон (8–13 Гц); бета-диапазон (13–35 Гц). Для оценки различий в выборках параметров применены критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. С целью определения силы корреляции проведено измерение коэффициента Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Все 126 пациентов за исключением одного характеризовались дисбалансом показателей воспаления при исследовании плазмы крови. У 37 (29 %) отмечался патологический процесс легкой степени, у 30 (24 %) средней степени тяжести, у 11 (9 %) средней с аутоиммунным компонентом, у 18 (14 %) среднетяжелой степени, у 29 (23 %) тяжелой степени.

По данным нейровизуализации у 87 из 88 больных (98,9 %) выявлялись структурные изменения головного мозга. Наиболее частые – расширение

субарахноидальных пространств в проекции лобных и теменных долей у 77 пациентов (87,5 %), обызвествления в хореоидальных сплетениях/фальксе/шишковидной железе у 45 (51 %), реже – расширение в системе желудочков у 11 (12,5 %), умеренное снижение денситометрических показателей мозговой ткани у 7 (8 %) и снижение дифференцировки белого и серого вещества у 5 (5,7 %) пациентов.

На ЭЭГ у 81 пациента из 111 (73 %) обнаруживались диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, у 26 (23 %) умеренной степени, у 3 (3 %) выраженные, и у 1 (1 %) – органический тип изменений ЭЭГ.

Из всех ритмов ЭЭГ параметры бета-диапазона наиболее сильно коррелировали с клиническими данными. Уровень бета-активности был достоверно выше у пациентов с повышенным уровнем СОЭ, косвенного показателя воспалительного процесса в организме ($22,1 \pm 6,5$ vs $17,1 \pm 6,7$), а также у родившихся зимой. При наличии в крови повышенных аутоантител к белку S100/ОБМ на ЭЭГ был значительно ниже индекс соотношения мощности альфа-/бета- ($10,2 \pm 10$ vs $18,6 \pm 26,6$, $p < 0,05$) и тета-/бета- ритмов ($5,2 \pm 5$ vs $9,1 \pm 13,6$, $p < 0,05$). Это может быть обусловлено непосредственным взаимодействием антител с нейронами, так и опосредованным цитокинами эффектом на биоэлектрическую активность головного мозга.

Уровень бета-активности на ЭЭГ отрицательно коррелировал с баллами по Шкале депрессии Бека ($14,76 \pm 11,3$) ($r = -0,32$, $p < 0,05$). Также по данным нейровизуализации отмечались значимо более высокие показатели по Шкале депрессии Бека у пациентов с расширением субарахноидальных пространств в проекции лобных долей ($16,4 \pm 11,2$ vs $7,5 \pm 4,1$, $p < 0,05$). Кроме того, обнаружены достоверные различия уровня иммунных параметров в зависимости от присутствия изменений на КТ/МРТ. У больных со снижением денситометрических показателей мозговой ткани антитела к S100 были значимо ниже ($0,7 \pm 0,1$ vs $0,8 \pm 0,2$, $p < 0,05$). Пациент со снижением дифференцировки белого и серого вещества имел достоверно меньший уровень антител к ОБМ ($0,69 \pm 0,05$ vs $0,85 \pm 0,2$, $p < 0,02$). Возможно данные морфологические нарушения опосредуются нейроспецифичными аутоантителами. Напротив, противовоспалительный показатель альфа-1-антитрипсин был статистически значимо выше у пациентов с расширением желудочков головного мозга ($53 \pm 7,7$ vs $44 \pm 9,3$, $p < 0,05$).

Таким образом, выявленные биомаркеры и их корреляции с депрессивным синдромом при расстройствах шизофренического спектра могут стать инструментом объективного мониторинга динамики психопатологической симптоматики и новых подходов к терапии.

Отказ в госпитализации в психиатрический стационар (анализ причин на примере Ленинградского областного психоневрологического диспансера)

Ганина Е. Д., Задорожная О. В.

г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова

Актуальность. Вопросы, касающиеся оказания психиатрической помощи, её форм и характера, являются весьма актуальными. Согласно статистике Всемирной Организации здравоохранения в Российской Федерации на 10000 населения приходится 11,10 психиатрических коек (данные 2005–2010). Это превышает аналогичный показатель в Финляндии (7,60). Психиатрическая помощь в России в идеологическом и организационном плане до сих пор в значительной степени ориентирована на традиционный клинико-нозологический подход и связанное с ним лечение психической болезни, в рамках которого лекарственная терапия пользуется приоритетом среди других видов помощи. Этим, в свою очередь, обуславливается главенство стационарных форм психиатрической помощи над всеми остальными. Несмотря на декларируемую актуальность развития амбулаторного звена и негосударственных реабилитационных программ, психиатрическая помощь в различных регионах страны концентрируется, в основном, в крупных психиатрических больницах. Роль амбулаторного звена в структуре психоневрологических диспансеров (ПНД) в основном ограничивается наблюдением, учётом и лекарственной поддерживающей терапией. Психотерапия и психосоциальная реабилитация получают развитие только в последнее десятилетие. В связи с этим, люди, страдающие психическими расстройствами и обращающиеся за психиатрической помощью в ПНД, в определенном проценте случаев могут столкнуться с отказом в госпитализации в психиатрический стационар.

В литературе достаточно полно освещается порядок оказания психиатрической помощи, но практически отсутствуют данные о частоте и наиболее частых причинах отказа в госпитализации.

Цель. Изучить и проанализировать статистику отказов от госпитализации со стороны стационара на примере ГКУЗ ЛОПНД РПО (Государственное казенное учреждение здравоохранения Ленинградский областной психоневрологический диспансер Рощинское психиатрическое отделение).

Материал и методы. Нами были проанализированы журнал учета приема больных и отказов в госпитализации, данные осмотра дежурным

врачом за 2020 год. Исследование проводилось на базе Приемного отделения ЛОПНД РПО (Ленинградский областной психоневрологический диспансер Рощинское психиатрическое отделение). Исследование проводилось в течение января 2021 года.

Результаты и их обсуждение. Стационарная психиатрическая помощь населению Ленинградской области оказывается Дружносельской, Ульяновской, Свирской и Тихвинской психиатрическими больницами, а также Рощинским и Сланцевским психиатрическими отделениями Ленинградского областного ПНД. Согласно данным Программы Ленинградской области «Развитие здравоохранения Ленинградской области до 2020 года» Количество среднегодовых психиатрических коек составляет на данный момент 1345 коек. При этом обеспеченность психиатрическими койками населения Ленинградской области составляет 8,4 койки на 10 000 населения (в 2011 году этот показатель составлял 8,2). В круглосуточные психиатрические стационары в 2012 г. поступило 6016 пациентов, что на 4,4 % меньше, чем в 2011 году. Показатель госпитализации на 100 000 населения в 2012 г. составил 367,0 (в 2011 г. – 381,6). В целом, согласно данному документу, в Ленинградской области такая обеспеченность психиатрическими койками является достаточной, поскольку очереди на оказание стационарной психиатрической помощи в психиатрических стационарах области нет, жалоб населения на отказ в госпитализации в связи с отсутствием свободных коек также не имеется. Доля пациентов, нуждавшихся в стационарной психиатрической помощи, в 2012 году составила 17,1 % (в 2011 году – 17,3 %, в 2010 году – 17,7 %). То есть в целом, этот показатель на протяжении 3-х последних лет остается на одном уровне.

На основании данных журнала учета приема больных и отказов в госпитализации приемного отделения ГКУЗ ЛОПНД РПО за 2020 календарный год было направлено на госпитализацию 496 человек. Из них отказано было отказано 59 пациентам.

20 пациентов (34 % от числа всех отказов) на момент осмотра находились в алкогольном или наркотическом опьянении и были перенаправлены врачом приемного отделения в наркологический диспансер.

18 (31 % от числа всех отказов) пациентам было отказано по причине отсутствия мест в данном стационаре. Пациенты в сопровождении скорой помощи были перенаправлены в другое психиатрическое отделение ГКУЗ ЛОПНД.

14 (24 % от числа всех отказов) было отказано в госпитализации, так как врачом приемного отделения не было обнаружено показаний для госпитализации.

2 (3 % от числа всех отказов) пациентам было отказано в госпитализации, т. к. они нуждаются в амбулаторном лечении.

3 (5 % от числа всех отказов) пациентам было отказано по причине отсутствия прописки в Ленинградской области.

2 (3 % от числа всех отказов) была обнаружена соматическая патология, препятствующая госпитализации и психиатрический стационар.

Выводы. В результате анализа причин отказа в госпитализации в психиатрический стационар на первом месте было состояние опьянения. Можно предположить, что в данном случае играет роль предвзятое отношение со стороны окружающих к лицам, страдающим психическими расстройствами. Это заставляет окружающих вызывать «Скорую помощь» при появлении признаков алкогольного опьянения у таких людей. Необходима популяризация проблем психического здоровья среди населения. Второе место среди причин отказа в госпитализации занимает отсутствие мест в стационаре, что говорит о перегруженности стационара и актуальности психиатрической помощи в данном регионе. Для решения данной проблемы необходимо увеличить роль амбулаторного звена, психотерапии и психосоциальной реабилитации в структуре психоневрологических диспансеров.

Экспериментальный анализ восстановления дееспособности у больных с длительным пребыванием в стационаре

Глазкова Т. Н.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность исследования определяется высокой медико-социальной значимостью этой проблемы, не разработанностью ряда аспектов судебно-психиатрической экспертизы на предмет определения дееспособности, а также необходимостью разрешения социально-бытовых вопросов адаптации в социуме.

Потребность в восстановлении дееспособности возрастает, являясь одновременно нормативно-правовой, организационной, социальной, экономической, и, безусловно, медицинской проблемой (Песковская Ю. В., 2010).

Среди психически больных всегда имелаась группа лиц, у которой в связи с хроническим течением заболевания, длительным пребыванием в психиатрических стационарах утрачивались социальные связи, наблюдалось постепенное снижение социально-средовой адаптации, нарушение социального функционирования. Учитывая это, в настоящее время все более

очевидным становится подход, отражающий многоаспектное рассмотрение психической патологии с привлечением не только клинико-психопатологических, но и социально-средовых и личностных характеристик.

Обращаясь к законодательству мы видим, что гражданин, который вследствие психического расстройства может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, может быть ограничен судом в дееспособности в порядке, установленном гражданским процессуальным законодательством. Над ним устанавливается попечительство (ч. 2 ст. 30 ГК РФ). В п. 19 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 23 июня 2015 г. № 25 «О применении судами некоторых положений раздела I части первой Гражданского Кодекса Российской Федерации» говорится о том, что вопрос о признании гражданина, страдающего психическим расстройством, недееспособным или ограниченно дееспособным следует решать с учетом степени нарушения его способности понимать значение своих действий или руководить ими. В случае установления судом обстоятельств, свидетельствующих о том, что гражданин может понимать значение своих действий или руководить ими лишь при помощи других лиц, суд вправе на основании п. 2 ст. 30 ГК РФ принять решение об ограничении его дееспособности.

Цель и задачи. Цель исследования – экспериментальный анализ восстановленной дееспособности психически больных, находящихся длительное время в психиатрическом стационаре.

Задачи:

- помощь больным, утратившим базовые социальные навыки и имеющим крайне низкий уровень социального функционирования со стойким отсутствием мотивации к реабилитационным мероприятиям;
- расширение сферы приложения усвоенных навыков, практическая их отработка применительно к более сложным социальным отношениям и требованиям;
- осуществление подготовки пациентов к выписке, помощь в социальной адаптации.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Тамбовской психиатрической клинической больницы. Психосоциальная реабилитация в нашем исследовании осуществлялась согласно программе этапной реабилитации для всех пациентов, получающих стационарную и амбулаторную помощь. Основные направления и формы работы были различными, но в целом включали в себя: психообразовательные занятия с больными и их родственниками; тренинг социально-бытовых и коммуникативных навыков; социально-когнитивный тренинг; социально-трудова реабилитация, включая освоение специальностей в ЛПТМ и в подсобном хозяйстве; социально-правовая помощь (оформление и восстановление утраченных

документов, помощь в решении материально-бытовых и жилищных проблем и пр.); организация досуга.

Результаты и обсуждения. В результате выполнения психосоциальной программы реабилитации, особенно успешного прохождения последнего этапа реабилитации, из 52 % выявилась часть пациентов, которая могла быть выписана домой и проживать самостоятельно. Однако их социальный и юридический статус не давали в полной мере решать самостоятельно возникающие проблемы. На совещаниях биопсихосоциальной комиссии было принято решение предоставить в суд документы о необходимости восстановления дееспособности в результате успешного прохождения всех этапов реабилитации, с учетом клинических и социальных факторов.

За период с 2003 г. по 2020 г., благодаря проводимым психосоциальным воздействиям, восстановлена дееспособность 14 пациентам.

При изучении клинико-социальных характеристик группы пациентов, которым была восстановлена дееспособность, были получены следующие результаты:

Следует отметить, что 75 % обследованных – это мужчины (1951–1976 года рождения), средний возраст составил 51 год.

Семейное положение больных характеризуется отсутствием собственной семьи на момент обследования, что составило 41,6 %, однако 50 % ранее состояли в браке, но были разведены в последующем в связи с заболеванием. Следует отметить, что 100 % обследуемых – это инвалиды, преимущественно 2 группы (83,4 %). Клинико-психопатологический анализ свидетельствует о том, что у 91,6 % больных не прослеживалось отягощенности наследственными заболеваниями. В 16,6 % случаев заболевание являлось врожденным.

До болезни большая часть обследуемых пациентов занималась физическим квалифицированным трудом 58,4 %, 33,3 % неквалифицированным, 8,3 % безработные. Таким образом, для большей части больных характерен относительно благополучный преморбид.

Диагноз, установленный при лишении дееспособности 66,6 % шизофрения (из них в 83,4 % случаев с приступообразным типом течения и 16,6 % вялотекущее), 16,7 % умственная отсталость, 16,7 % органическое заболевание головного мозга.

Возраст лишения дееспособности составил в среднем 40 лет (от 29 до 52 лет). Длительность недееспособности составила в среднем 5 лет и 10 мес. Средний возраст пациента на момент восстановления дееспособности 46 лет.

Период между признанием недееспособным и восстановлением дееспособности в 50 % случаев составляет от 5 до 10 лет, 33,3 % – от года

до 5 лет, 16,7 % – свыше 10 лет. Средняя продолжительность 5 лет и 10 месяцев. Средний возраст на момент восстановления дееспособности – 46 лет.

В ходе проведения реабилитационной работы с указанной группой пациентов, произошли существенные изменения по ряду социальных показателей. Так, была решена часть социально-правовых проблем по оформлению документов, пенсий, пособий, льгот: если на момент признания недееспособности удалось решить эти вопросы для 16,6 % пациентов, то в результате реабилитационной работы помощь была оказана почти 60 % пациентов (58,3 %); улучшилось владение навыками общения с 25 % до 66 %; навыками повседневной жизни с 16,6 % до 100 %, в тренинге социальных навыков в той или иной степени приняло участие 100 % больных, часть пациентов смогли восстановить некоторые из потерянных ранее контактов с родственниками, расширить круг лиц ближайшего социального окружения, в процессе лечения были восстановлены социальные связи у 66,6 % больных; улучшились взаимоотношения с окружающими от конфликтных до доброжелательных; помощь в решении жилищных вопросов была оказана 7 больным (58,3 %).

Все больные проживают самостоятельно и некоторые из них смогли создать семью (5 человек). Под кураторством специалистов по социальной работе находятся 10 человек, которые регулярно посещают психосоциальные мероприятия. Смогли трудоустроиться 2 человека в основном это неквалифицированный рабочий труд, работа уборщицей, выполнение строительных работ. У 3 человек наступила смерть в связи с возрастом. Все пациенты получают пенсию по инвалидности.

Выводы. Таким образом, предпосылками восстановления дееспособности явились относительно благополучные социально-демографические показатели в преморбиде, положительная динамика психического заболевания, преимущественно у больных шизофренического круга, в результате адекватной психофармакотерапии с формированием достаточно стабильного состояния, определенных критических, прогностических и адаптационных возможностей, отсутствие острой и актуальной психопатологической симптоматики, влияющей на поведение лица, а также активная включенность пациента и его ближайшего окружения в процесс психосоциальной реабилитации.

Результаты комплексного исследования состояния микроциркуляции крови у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя

Гольгина С. Е.

г. Чита

*Читинская государственная медицинская академия
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность. Сосуды микроциркуляторного русла и выстилающий их эндотелий являются активно функционирующей системой, которая играет ведущую роль в регуляции общего и локального кровотока (Чернух А. М. и соавт., 1984). При этом микроциркуляция крови поддерживает обменные процессы в органах, а также включается в сложные механизмы местной и экстраорганный регуляции (Козлов В. И., 2003). В последние десятилетия нарушения микрокровотока и проявления эндотелиальной дисфункции описаны при различных патологических процессах. Между тем, в наркологии встречаются лишь единичные работы, которые описывают изменения отдельных эндотелийзависимых лабораторных показателей (Корякин А. М., 2011; Bertola A. et al., 2013; Schmidt D. E. et al., 2015) без оценки состояния эндотелия и степени его повреждения. Следовательно, точные патофизиологические механизмы изменений микрокровотока и функционирования эндотелия у пациентов с алкогольной зависимостью не установлены, в том числе в аспекте риска развития алкогольных энцефалопатий и висцеропатий. Поэтому данный вопрос представляет значительный научный интерес.

Цель исследования. Изучение состояния микроциркуляции крови у больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя (неосложненном и осложненном делирием) лабораторными методами (Е-селектин, Эндотелин 1-21, циркулирующие эндотелиальные клетки) и инструментальным методом лазерной доплеровской флоуметрии.

Материалы и методы. Исследование одобрено в локальном этическом комитете Читинской государственной медицинской академии. От всех обследованных получено добровольное информированное согласие.

Было обследовано 60 пациентов в возрасте от 24 до 40 лет с синдромом зависимости от алкоголя 2 стадии, проходивших стационарное лечение по поводу неосложненного алкогольного абстинентного синдрома (F10.302; 35 человек) и алкогольного делирия (F10.40; 25 человек). Мужчин было 42 человека, женщин – 18. Неосложненный синдром отмены был представлен состоянием средней степени тяжести, алкогольный делирий – типичной формой. Все пациенты получали традиционную терапию.

Критерии исключения из исследования: наличие грубой соматической патологии и воспалительных заболеваний любой этиологии.

Забор крови и инструментальное обследование проводились в 1-й день поступления (до лечения) и через 2 недели от госпитализации (в конце постбистинентного состояния).

Контрольную группу составили 35 здоровых добровольцев в возрасте от 25 до 40 лет, мужчин было 26, женщин – 9. По полу и возрасту группа контроля не отличалась от основной группы.

Исследование показателей эндотелиальной дисфункции проводили в плазме венозной крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием соответствующих тест-систем (E-Selectin, R&D Systems; ET 1-21, Biomedica-Gruppe). Циркулирующие эндотелиальные клетки (СЕС) определяли методом проточной цитофлуориметрии на цитометре Cytomics FC-500 (Beckman Coulter). Инструментальная оценка состояния микроциркуляции проводилась с помощью лазерного анализатора кровотока ЛАКК-02 (НПП ЛАЗМА). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением статистических программ Statistica-10. Для сравнения двух независимых совокупностей применялся U-критерий Манна-Уитни, для сравнения связанных между собой показателей – критерий W-Вилкоксона.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что в состоянии отмены алкоголя уровень E-селектина превышает контрольные значения в 3 раза ($p < 0,0001$). При этом данные изменения наблюдаются как у пациентов с F10.302, так и у больных с F10.40. Рост содержания E-селектина, относящегося к молекулам клеточной адгезии, свидетельствует о воспалительных изменениях, повреждении и активации эндотелиоцитов. Уровень Эндотелина 1–21 в сыворотке крови у больных алкоголизмом в 1,6 раза превышал таковой в группе контроля также независимо от вида синдрома отмены ($p < 0,01$). Эндотелин обладает сильными вазоконстрикторными свойствами, его повышенный уровень связан с повреждением эндотелиальных клеток. Через 2 недели терапии уровень E-селектина продолжал расти и превышал контрольные значения уже в 4 раза. Уровень Эндотелина в крови у больных алкоголизмом существенно не изменялся в динамике, но по-прежнему превышал контрольные значения ($p < 0,0001$). В результате сравнения двух групп пациентов по данным лабораторным маркерам отличий не установлено.

При анализе содержания циркулирующих в крови эндотелиальных клеток выявлено, что в состоянии отмены алкоголя общее их количество превышает контрольные значения ($p < 0,0001$), особенно у больных в алкогольном делирии (в 4 раза и в 7 раз соответственно). Рост числа СЕС произошел за счет увеличения субпопуляций живых (СЕС-Living) и погибших (СЕС-Dead) эндотелиоцитов. Количество СЕС у пациентов с F10.40

оказалось существенно выше, чем с F10.302 ($p < 0,001$), что отражает более тяжелые сосудистые расстройства и повреждение эндотелия при делирии. Вероятно, описанные изменения связаны с ускорением скорости кровотока и повышением внутрисосудистого давления у больных в абстинентном состоянии. Эти факторы могут приводить к механическому повреждению эндотелиоцитов и к их гибели. В остром состоянии установлено увеличение содержания ростковых эндотелиальных клеток, в сравнении с контролем ($p < 0,0001$); также появляются активированные эндотелиоциты, которые отсутствовали в группе здоровых ($p < 0,001$). Вероятно, повышение содержания этих субпопуляций СЕС носит компенсаторный характер, отражая баланс между повреждением эндотелия и его регенерацией. Через 2 недели количество СЕС при F10.302 снижается, хотя остается выше контрольных значений. У больных, перенесших делирий, содержание СЕС имеет тенденцию к росту, превышая показатели контроля (в 7,5 раз; $p < 0,0001$) и у пациентов с F10.302 ($p < 0,002$). Через 2 недели снижается содержание СЕС-Living, при этом остается превышение над показателями группы контроля ($p < 0,001$). Количественное содержание СЕС-Dead через 2 недели возрастает в группе с F10.40.

При инструментальном обследовании у больных с синдромом отмены алкоголя повышался общий показатель микроциркуляции (ПМ) относительно контрольной группы ($p < 0,0001$), что свидетельствует об ускорении потока крови в интервал времени через микроциркуляторное русло. Коэффициент вариации и среднее колебание перфузии были также повышенными ($p < 0,02$). Нейрогенный тонус (НТ) был увеличен только у пациентов с F10.302 ($p < 0,01$). Через 2 недели ПМ в обеих группах снижался ($p < 0,03$), но не достигал уровня контрольных значений ($p < 0,001$). Следовательно, ускоренный ток крови через микроциркуляторное русло сохранялся даже в конце постабстинентного периода. Наблюдался рост в 2–3 раза коэффициента вариации ($p < 0,05$), особенно у пациентов, перенесших делирий. Показатель шунтирования через 2 недели у лиц с F10.302 не изменялся, при F10.40 наблюдался его рост, что является отражением сброса крови, минуя ткани органов, приводя к их гипоксии. НТ в процессе терапии у лиц с абстиненцией снижался, после алкогольного делирия – увеличивался в 1,2 раза. Представленные результаты указывают на истощение сосудистых компенсаторных механизмов при F10.40.

Выводы. У больных алкоголизмом при синдроме отмены алкоголя выявлены проявления эндотелиальной дисфункции, выражающиеся в существенном росте уровня Эндотелина и Е-селектина, признаки повреждения эндотелиоцитов, что приводит к росту содержания в крови СЕС и их субпопуляций, появлению большого числа СЕС-Dead. Зарегистрировано системное ускорение тока крови через микроциркуляторное русло, усиление

локальных механизмов регуляции микрокровотока, увеличение шунтирования крови и нейрогенного тонуса сосудов. Через 2 недели стандартной терапии, изучаемые показатели претерпевают положительную динамику, но полной нормализации их величин не наблюдается. При этом более существенные и продолжительные патологические процессы в микроциркуляции крови наблюдаются при алкогольном делирии, по сравнению с неосложненным абстинентным синдромом.

Типы реакций пожилых людей на самоизоляцию в период начала пандемии COVID-19

Гомзякова Н. А., Краснова Я. Э., Смурова А. И.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева;*

*Санкт-Петербургский государственный электротехнический
университет «ЛЭТИ» им. В. И. Ульянова (Ленина)*

Актуальность. Инфекционные заболевания, несмотря на все предпринимаемые мировым сообществом меры профилактики и очевидные достижения в их лечении, остаются одной из основных проблем выживания человечества и представляют собой экзистенциальную угрозу для человека. Люди старшего возраста и лица с серьезными сопутствующими заболеваниями оказались особенно уязвимы в отношении худших исходов COVID-19. Также они стали «информационной мишенью» обсуждения опасности вируса, одни СМИ, ссылаясь на мнения экспертов из Китая и Европы, сообщали о высокой смертности лиц пожилого возраста при коронавирусной инфекции, другие, сравнивая COVID-19 с обычным сезонным гриппом, утверждали, что от инфлюэнцы ежегодно умирает гораздо больше людей, чем от новой коронавирусной инфекции, и ситуацию сильно преувеличивают. Поскольку эффективных средств, направленных на уничтожение возбудителя инфекции, равно как и вакцины, в начале пандемии не было, самоизоляция пожилых людей рассматривалась как единственно возможный способ избегания потенциальной угрозы жизни.

Цель исследования. Изучение приверженности соблюдения рекомендованных мер у пожилых людей.

Материалы и методы. Опрос проводился по телефону в период с 20 апреля по 8 мая 2020 года. По состоянию на 8 мая сроки отмены режима самоограничения были не определены и включал: информированное

согласие, структурированное интервью, интегративный тест тревожности (ИТТ). В опросе приняли участие 152 респондента от 60 лет и старше, преимущественно жители Санкт-Петербурга и Ленинградской области (70 %). Средний возраст респондентов составил 72 ± 7 лет.

Статистический анализ проводился с использованием программного продукта SPSS-20. Проверка на нормальность распределения осуществлена по методу Шапиро-Уилка с коррекцией значимости Лильефорса. Применялся критерий Краскала-Уоллиса для данных с порядковыми шкалами с последующим применением критерия Манна-Уитни для попарного сравнения и учётом поправок Бонферрони. При сравнении групп для признаков, различающихся на уровне статистической значимости $p \leq 0.05$ проводилось сравнение выборочных долей (z-критерий) с применением поправок уровня значимости Бонферрони. Высчитывались корреляционные коэффициенты R Спирмена.

Результаты и обсуждение. Большинство обследованных нами лиц обнаруживали повышенную настороженность и опасения по отношению к новой коронавирусной инфекции, 47 % респондентов старались соблюдать рекомендации и не посещать людные места, но всё же большинство было вынуждено ходить в магазины, аптеки.

Было выделено семь тем волнующих респондентов пожилого возраста. Самой распространённой темой беспокойства было «опасение за жизнь и здоровье близких», об этом сообщили 103 респондента (67,8 %), но не было обнаружено корреляции с наличием высокого уровня тревоги. Наличие высокого уровня ситуативной тревоги (7–9 стенойнов) значимо коррелировало с типами опасений «остаться без медицинской помощи» ($r = 0,198$, $p \leq 0,05$) и «неопределённость ситуации» ($r = 0,178$, $p \leq 0,05$), что может говорить о том, что недостаток информации по ситуации и её противоречивость, делали понимание и прогноз ситуации неопределёнными. Поскольку COVID-19 на момент объявления пандемии и введения режима самоизоляции для большинства людей являлся неизвестным заболеванием, спрогнозировать его последствия для своего здоровья затруднительно. Если индивид оценивает ситуацию неопределённости, как опасную, то задействует копинги, включающие мобилизационные стратегии для устранения источника неопределённости (поиск информации, сохранение бдительности) или стратегии эмоционального контроля, чтобы снизить эмоциональный дистресс. Если же неопределённость расценивается, как вызов, то человек будет пытаться использовать буферные копинг-стратегии (избирательное игнорирование, избегание, нейтрализация угрожающей информации), поддерживающие неопределённость (Taha S. et al., 2014). Ранее в 2009 году при вспышке гриппа H1N1 наблюдалась схожая ситуация (Bults M. et al., 2015), тревога по поводу H1N1 усиливалась среди тех, кто не мог вынести

неопределенности и данные лица чаще воспринимали пандемию, как угрожающую, а также были более склонны использовать эмоционально-ориентированные копинг-стратегии вместо проблемно-ориентированных. Недостаток медицинской информации, неполное понимание лечения может являться одной из причин неопределённости, а способ устранения заключается в информировании и поддержке. Дефицит информации и тревога подталкивали чаще искать и просматривать информацию о коронавирусе, в исследовании обнаружена положительная связь между частотой просмотра информации о COVID-19 в СМИ и показателями уровня ситуативной тревоги по ИТТ ($r = 0.221$, $p \leq 0.01$), таким образом, чем выше был уровень тревоги, тем чаще люди смотрели или искали информацию и новости по COVID-19 и наоборот. Личностная тревожность по ИТТ также положительно коррелировала с частотой просмотра информации о коронавирусе ($r = 0.228$, $p \leq 0.05$).

Благодаря проведенному нами кластерному анализу можно констатировать, что уровень тревоги и личностной тревожности являются определяющими в формировании оценки степени опасности события и определенного типа реакции на предписания соблюдения ограничительного режима. Было выделено четыре группы, которые значимо отличались по общим показателям уровней ситуативной тревоги и личностной тревожности, а также по распределению частоты ответов на вопросы об опасении контактов ($\chi^2 = 143,4$, $p = 0,000$) и отношении к COVID-19 ($\chi^2 = 27,3$, $p = 0,001$), об изменении состояния здоровья ($\chi^2 = 33,3$, $p = 0,000$), проблем со сном ($\chi^2 = 47,2$, $p = 0,000$), отношении к своему здоровью ($\chi^2 = 31,7$, $p = 0,007$), нехватке общения ($\chi^2 = 36,9$, $p = 0,000$), наличии питомца ($\chi^2 = 8,24$, $p = 0,041$). В среднем общая выборка пожилых данного исследования имела нормальный уровень ситуативной тревоги, но выделены два типа с «неадекватным» типом реакций, которые требуют адресной помощи.

Была обнаружена «тревожная» группа людей, которая оказалась наиболее уязвимой для деструктивного уровня реактивной тревоги и социальной депривации, они испытывали выраженный эмоциональный дискомфорт. Её представители отличались высокой личностной тревожностью, старанием ограничить контакты, неоднозначным отношением к пандемии. В особенности им свойственна тревожная оценка перспектив, непереносимость неопределённости. У большинства изменилось состояние здоровья, люди больше за него беспокоились. Выявлена группа «формальных» респондентов, у них обнаружены низкие показатели ситуативной тревоги при нормальных значениях личностной тревожности, несмотря на предупреждение об опасности заболевания и преобладание среди респондентов согласия с этим они не видели смысла в самоизоляции и не опасались контактов, а также пренебрегали средствами индивидуальной защиты органов дыхания.

Их образ жизни изменился незначительно, они сохранили прежнюю активность. Данный тип реакции у людей может иметь высокий риск заражения и распространения инфекции из-за непонимания или недооценки своей ответственности за это. Получаемую информацию в ситуации неопределённости они будут игнорировать, избегать, обесценивать.

Выводы. Реакции пожилых людей, проживающих в мегаполисе в начале пандемии, в условиях получения примерно одинаковой информации неоднородны и степень следования административным предписаниям будет различаться, нами было выделено и описано четыре типа реакции на самоизоляцию связи с коронавирусной инфекцией. Уровень тревоги и личностной тревожности являются определяющими в формировании типов реакций пожилых людей на ситуацию ограничений и «стиль» представления информации в условиях необходимости соблюдения самоизоляции должен учитывать различные реакции пожилого населения. Убеденность старшей возрастной группы степени следования рекомендациям также будет зависеть от физического здоровья, самочувствия, ухудшение которого подпитывает тревогу и страхи не получить медицинскую помощь и мотивирует беречь себя. Можно ожидать, что потребность в психологической и психотерапевтической помощи в выделенных группах будет отличаться.

К вопросу о взаимосвязи недееспособности и невменяемости

Дробецкий Д. С.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Тяжелые хронические психические расстройства вызывают значительное нарушение личностного и социального функционирования. Гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным (ст. 29 ГК РФ), что упраздняет определённые гражданские права, в том числе гарантированные конституцией. С другой стороны, лица, страдающие хроническими психическими расстройствами, иногда совершают противоправные деяния и могут быть признаны невменяемыми, если они не могли осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (ст. 21 УК РФ). Представляется, что если гражданин признан судом недееспособным, то он в случае совершения противоправного

деяния должен автоматически признаваться невменяемым. Действительно, первая и третья группы расстройств, входящие в медицинский критерий (хроническое психическое расстройство и слабоумие), могут совпадать в части случаев с медицинским критерием недееспособности. Юридический же критерий невменяемости должен был бы полностью поглощаться юридическим критерием недееспособности. В то же время гражданское законодательство невменяемость недееспособных граждан однозначно не определяет, а анализ уголовной практики показывает, что совершивший противоправное действие недееспособный гражданин может быть признан как невменяемым, так и вменяемым. При этом как первая, так и вторая ситуация сопровождается целым рядом проблем как в области назначения наказания, так и в области применения мер медицинского характера, направленных на профилактику общественной опасности больного в последующем.

Цель настоящей статьи – продемонстрировать неоднозначность отношений между недееспособностью и невменяемостью, а также обозначить проблемы, возникающие в связи с этим.

Материалы и методы исследования: судебно-психиатрический анализ двух случаев из собственной практики. Обе экспертизы проводились в гражданских делах по заявлениям о восстановлении дееспособности.

Случай 1. Испытуемый К., 1987 г.р., в развитии не отставал, после 5 класса охладел к учебе, приобщился к асоциальным компаниям, состоял на учёте в ИДН. После перенесённой в 13 лет тяжёлой ОЧМТ изменился по характеру, стал крайне раздражительным, агрессивным, что усугубилось начавшимся злоупотреблением героином. В последующем психическое состояние определялось психопатоподобным синдромом, аффективно-бредовыми приступами с тревогой, галлюцинациями, бредовыми идеями преследования. Многократно лечился в психиатрических больницах с диагнозом шизофрения, в 2003 г. был признан недееспособным, с 2008 г. проживал в ПНИ, где конфликтовал с проживающими и персоналом, игнорировал режим, отказывался от лекарств, был сексуально расторможен. В периоды ухудшения состояния К. становился особенно агрессивен, моторно возбужден, душил и избивал проживающих, однажды по бредовым мотивам заставлял проживающего отрезать себе пальцы. После того как К. в очередной раз напал на проживающего, избил санитарку, сломал ей палец, она обратилась с заявлением в полицию. В возбуждении уголовного дела было отказано на основании того, что К. не подлежит уголовному преследованию как больной психическим заболеванием. В дальнейшем К. обратился в суд с заявлением о восстановлении дееспособности. По делу назначалась судебно-психиатрическая экспертиза, согласно заключению которой, он не может понимать значение своих действий и руководить ими.

Случай 2. Испытуемый Р., 1965г.р., с 5 лет наблюдался психиатром с жалобами на то, что он раздражителен, агрессивен, бродяжничал, мучил и поджигал животных. Устанавливался диагноз «Имбецильность». Обучался во вспомогательной школе-интернате, в связи с неправильным поведением неоднократно стационарировался в ПБ, диагноз был изменен на «Шизофрения, детский тип». В 15 и 18 лет привлекался к уголовной ответственности за кражу и хулиганство, дважды признавался «невменяемым», проходил принудительное лечение в больнице специализированного типа. В психическом состоянии отмечались эмоциональная тупость, расторможенность, непоследовательность и разорванность мышления, склонность к примитивному резонёрству. В 1986 г. был признан недееспособным с диагнозом: «Шизофренией на органически неполноценной почве», переведён для принудительного лечения в психиатрическую больницу общего типа. В 1987 г. совершил побег из больницы, квартирную кражу. При стационарной судебно-психиатрической экспертизе дано заключение: «Остаточные явления органического поражения головного мозга сложной этиологии с психопатизацией личности и интеллектуальной ограниченностью. Вменяем». В последующем Р., будучи недееспособным, еще 4 раза привлекался к уголовной ответственности за кражи, грабеж с применением насилия. Дважды по уголовным делам ему проводилась стационарная судебно-психиатрическая экспертиза, давалось заключение, что он страдает органическим расстройством личности, может осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В 2018 г. Р. освобожден из колонии. Его опекуном был назначен брат. Несколько раз он находился на стационарном лечении в психиатрической больнице с диагнозом «Остаточная шизофрения». Настоящая судебно-психиатрическая экспертиза была проведена по гражданскому делу в связи с заявлением опекуна о признании Р. дееспособным. Согласно пояснению подэкспертного, дееспособность ему необходима для продажи квартиры, в дальнейшем он намерен вновь уехать за границу. Психическое состояние определялось непоследовательностью суждений, выявляемыми при патопсихологическом исследовании когнитивными нарушениями (снижение внимания и памяти, неравномерность уровня обобщения, соскальзывания), раздражительностью. Поставлен диагноз «Остаточная шизофрения», дано заключение о способности понимать значение своих действий и руководить ими с помощью других лиц.

Обсуждение. Первый из описанных случаев, по нашему мнению, иллюстрирует проблему медицинской профилактики общественной опасности недееспособных граждан. Если бы в отношении К. было возбуждено уголовное дело, то в отношении него могли бы быть применены принудительные меры медицинского характера. Без привлечения к уголовной

ответственности психиатрическая помощь может оказываться ему исключительно в рамках действия «Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». При этом недобровольное психиатрическое лечение возможно только в психиатрическом стационаре при соблюдении условий, указанных в ст. 29 ФЗ № 3185-1. Добровольное согласие на медицинское вмешательство может быть получено от самого недееспособного К. или от его опекуна. Согласно п. 9 ст. 20 ФЗ № 323-ФЗ, допускается медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя в отношении лиц, страдающих психическими расстройствами. На наш взгляд, такое расхождение формулировок затрудняет совершение превентивных мер в отношении недееспособных граждан, склонных к совершению агрессивных действий.

Второй случай наглядно иллюстрирует как возможность привлечения к уголовной ответственности недееспособных граждан, так и условность границ недееспособности. В рамках действующего законодательства восстановление дееспособности возможно только по заявлению лиц или организаций, указанных в п. 2 ст. 286 ГПК РФ. Такое обстоятельство порождает возможность использования недееспособности как выгодного в определенных условиях состояния, определяющегося не собственно тяжестью психического состояния и неспособностью понимать значение своих действий и руководить ими, но другими факторами.

Выводы. Рассмотренные случаи оказываются на «прокрустовом ложе» имеющегося законодательства, вынуждая специалистов в области судебной психиатрии и правопедения к лавированию в рамках Гражданского и Уголовного Кодексов.

Подходы к реабилитации детей и подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением

Датуашвили М. Т., Снегирева Т. В., Пономаренко К. И.

г. Москва

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»

Актуальность. Несуицидальное самоповреждающее поведение (НСПП) – это умышленное причинение вреда собственному телу, например, порезы или ожоги, не имеющее целью нанесение смертельных ран. В последние годы отмечается рост распространенности НСПП среди детей

и подростков всего мира. По данным эпидемиологических исследований в разных странах, НСПП встречается у 16,9 – 59,11 % [Gillies D. et al., 2018, Demuthova S., Demuth A., 2019]. НСПП может рассматриваться как проявление различных психопатологических состояний: аффективных расстройств, расстройств пищевого поведения, пограничного расстройства личности, посттравматического стрессового расстройства, шизофрении, расстройств аутистического спектра, синдрома дефицита внимания и гиперактивности. А также в рамках психологических феноменов: привлечение внимания, регулирование аффекта, преобразование эмоционального дискомфорта в физическую боль, уменьшение диссоциативных переживаний и восстановление «чувства реальности», самонаказание, установление границ собственного тела, а также получение положительных переживаний (связанных с продукцией эндогенных опиоидов), «отсрочка» суицида. Установлено, что наибольшая частота самоповреждений у женщин приходится на возраст 15–19 лет, у мужчин на 20–24 года [Corcoran, Griffin, O’Connor, Carroll et al., 2015]. В настоящий момент до конца не изучена связь между самоповреждающим и истинным суицидальным поведением у детей и подростков.

Цель исследования: выделение факторов суицидального риска у подростков с НСПП и разработка дифференцированных подходов к реабилитации и оказанию психолого-психиатрической помощи подросткам с НСПП.

Материал и методы исследования. Исследование проводится на базе отделения клинико-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии МНИИП. За период с июня 2018 г. по март 2021 г. за помощью в отделение обратились 314 подростков с НСПП в возрасте 9–17 лет. Из них 269 подростков женского пола и 45 мужского. Все подростки находились на стационарном обследовании и затем наблюдались амбулаторно. Помимо клинического исследования использовались методы психологической диагностики (Шкала депрессии М. Kovacs, Шкала личностной тревожности учащихся А. М. Прихожан, Опросник уровня агрессивности Басса-Перри, Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), Опросник «Взаимодействие родитель-ребенок», Шкала надежды и безнадежности для подростков). Катамнестическое наблюдение составило от 6 месяцев до 3 лет. В качестве группы сравнения мы выделили группу подростков, поступивших в отделение после суицидальной попытки (СП). Более 90 % подростков с СП имели в анамнезе предшествующие суициду самоповреждения.

Результаты и их обсуждение. В структуре психической патологии у подростков с НСПП были выявлены: Депрессивный эпизод – 121 человек (38,5 %), тревожное расстройство – 10 человек (3,2 %), биполярное аффективное расстройство – 32 человека (10,2 %), шизотипическое расстройство личности – 53 человека (16,9 %), смешанное расстройство поведения и эмоций – 50 человек (15,9 %) и прочие расстройства (15,3 %). Было выявлено,

что для всех подростков с НСПП и с самоповреждениями, и с СП были характерны высокий уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, черты алекситимичности, трудности взаимоотношений со сверстниками. При этом у подростков с СП достоверно чаще отмечались такие особенности как наличие в анамнезе нарушений сна, склонность к импульсивным поступкам, нарушенные внутрисемейные отношения, непереносимость фрустрации. При этом выраженность и тяжесть психических нарушений не имели достоверного преобладания в той или другой группе. Таким образом, наряду с психотерапевтической и лекарственной помощью, необходим учет всех факторов для определения группы подростков с высоким суицидальным риском.

На базе Отделения клинко-патогенетических проблем детской и подростковой психиатрии с 2018 года активно проводятся психореабилитационные тренинги для подростков с самоповреждающим поведением. Целью данных тренингов является развитие социальной компетенции личности, способности участвующих эффективно взаимодействовать с окружающими их людьми. Задачи, ставящиеся на тренингах: коррекция и формирование социальных умений и навыков участников, развитие способности адекватно понимать себя и других, обучение индивидуализированным приемам межличностного общения. Занятия включают в себя упражнения, теоретические блоки, сюжетно-ролевые игры, беседы, диагностические методы. Пока не накоплены данные о долгосрочного наблюдения после проведения интервенции по предотвращению самоповреждающего и суицидального поведения, однако имеющиеся катамнестические наблюдения показывают, что в группе подростков, прошедших курс стационарного лечения и продолжающих посещать психотерапевтические занятия амбулаторно, не наблюдались случаи суицидов, а повторное НСПП наблюдается на 48 % реже, чем в группе подростков не продолжающих по разным причинам получать амбулаторную поддержку.

Подростки с НСПП нуждаются в оказании комплексной медико-психологической помощи на основе бригадного подхода, то есть при взаимодействии врача-психиатра и психолога. Психотерапевтическая и психологическая работа должна носить комплексный характер и быть направленной на факторы среды и индивидуальные особенности подростка. В формировании реабилитационных подходов к НСПП важное значение имеет оценка роли семьи. Среди средовых воздействий наиболее важное значение имеет семейный контекст. Поддержка со стороны семьи защищает от вовлечения в НСПП и служит фактором прекращения актов самоповреждения. Снижение отчужденности и восстановление эффективной коммуникации в семье помогают вовлекать в терапию родителей подростков, которые обучаются специалистами оказывать поддержку ребенку в кризисных ситуациях.

Другой важной мишенью психотерапевтической работы на индивидуальном уровне является неспособность подростков с НСПП эффективно справляться с негативными эмоциями. В процессе терапии подростки обучаются продуктивным стратегиям регуляции – таким как когнитивная переоценка или планирование поведения, нацеленного на решение проблем.

Выводы. НСПП является наряду с другими факторами (импульсивность, непереносимость фрустрации, инсомния, нарушенные внутрисемейные взаимоотношения) фактором суицидального риска. Наличие у подростка НСПП требует продолжительного психологического, психотерапевтического и психиатрического вмешательств с обязательным включением в комплексную помощь семьи подростка. Система постоянной поддержки подростка специалистами и семьей в значительной степени позволяют снизить суицидальный риск и частоту НСПП.

Применение схема-ориентированного подхода в диагностике дезадаптивного поведения

Дворянкина М. А., Бурделова Е. В.

г. Тула,

Тульский государственный университет

Актуальность. Изучение дезадаптивного поведения является одной из основных задач в профилактической работе образовательных и медицинских учреждений. В последние годы растёт число исследований ранних дезадаптивных схем (Холмогорова А. Б., 2014.). В настоящее время разработано множество концепций и теорий, описывающих данное явление, однако, существующие на сегодняшний день обширные и многочисленные знания и методы исследования не дают возможности для разработки единой модели диагностики формирования дезадаптации. В представленном далее исследовании была использована концепция схема-терапии, которая, на наш взгляд, позволяет исследовать данный вопрос и с медицинских, и с психологических позиций одновременно. Научные исследования в области схема-ориентированного подхода традиционно акцентируют внимание на анализе ранних дезадаптивных схем пациентов, страдающих расстройствами личности (Холмогорова А. Б., 2014). В современных зарубежных исследованиях в области схема-терапии все большую популярность приобретает изучение ранних дезадаптивных схем здоровых людей. Применение методик диагностики ранних дезадаптивных схем в психологической практике позволяет специалисту в кратчайшие сроки установить причины

жизненных затруднений клиента, а также разработать максимально эффективный план психокоррекционной работы (Young J. E., Klosko J. S., Weishaar M., 2015).

Ранние дезадаптивные схемы широко распространены в молодёжной среде (Ивашиненко Д. М., Ивашиненко Л. В., Бурделова Е. В., 2017). В выборке респондентов обнаруженные корреляции помогают лучше понять механизмы формирования негативных установок и иррациональных убеждений. Данные существенно дополняют представления о процессе формирования дезадаптивных схем и позволяют более осмысленно подходить к анализу конкретных случаев в практической работе по психологическому консультированию (Галимзянова М. В, Касьяник П. М., Романова Е. В., 2017).

Цели и задачи. Изучение схема-ориентированного подхода в диагностике дезадаптивных схем поведения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе службы психолого-педагогической помощи ТулГУ в 2019 году. С использованием анкетирования, разработанного сотрудниками службы и кафедры психиатрии и наркологии ТулГУ, а также опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ – S3R, Jeffrey E. Young, 2005; перевод и адаптация Касьяник П. М., Романова Е. В., 2013) было обследовано 1853 студента со всех подразделений университета, обучающихся на первом курсе. Всем участникам было предложено подписать информированное согласие и заполнить анкету, содержащую социально-демографические характеристики (возраст, пол, место рождения). По гендерному различию выборка однородна, среди респондентов 859 юношей (48,3 %) и 958 девушки (51,7 %). Структура статистической совокупности по возрасту выглядит следующим образом: 16–17 лет – 2,8 %; 18–19 лет – 53,5 %; 20–21 год – 25,2 %; 22 и более – 18,5 %. 80 % респондентов были рождены в городской местности, 20 % – в сельской. Опрос проводился перед проведением психопрофилактического занятия.

Анализ данных проводился при помощи компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007. Для анализа результатов был использован критерий χ^2 (хи-квадрат), данные считались достоверными при $p < 0,05$. Результаты и обсуждение.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты:

1. Эмоциональная депривированность – 3,3 %;
2. Недоверие / Ожидание жестокого обращения – 10,6 %;
3. Подавление эмоций – 23,6 %;
4. Дефективность / Стыд – 4,7 %;
5. Социальная отчуждённость – 6,7 %;
6. Зависимость / Беспомощность – 2,1 %;

7. Покинутость / Нестабильность – 11,1 %;
8. Уязвимость – 5,6 %;
9. Спутанность / Неразвитая идентичность – 2,8 %;
10. Неуспешность – 6,2 %;
11. Покорность – 4,5 %;
12. Привилегированность / Грандиозность – 10,1 %;
13. Недостаточность самоконтроля – 7,4 %;
14. Самопожертвование – 7,5 %;
15. Жёсткие стандарты / Придирчивость – 21 %;
16. Поиск одобрения – 16,7 %;
17. Негативизм / Пессимизм – 11,4 %;
18. Пунитивность – 7,1 %.

Повышенные и высокие показатели указанных дезадаптивных схем могли сочетаться у одного и того же респондента. Наиболее часто встречающимися были установлены схемы «Подавление эмоций» и «Поиск одобрения», наиболее редкими – «Зависимость/ беспомощность» и «Эмоциональная депривированность». Выяснилось также, что выраженность той или иной дезадаптивной схемы имеет зависимость с полом, возрастом, условиями воспитания.

При анализе результатов анкетирования особое внимание было уделено вопросу: «С кем из окружающих Вас людей Вы можете поделиться своими проблемами?». Респондентам были предложены следующие варианты ответов: «1 – с родителями», «2 – с родственниками», «3 – с друзьями», «4 – ни с кем». Возможно было выбрать один или более ответов. Наиболее часто респонденты выбирали вариант «С родителями» либо в сочетаниях с другими, либо как единственный вариант – 1059 человек (57,2 %). Среди испытуемых, выбравших более одного варианта ответа, наиболее часто встречается сочетание ответа «С родителями и друзьями» – 348 ответов (18,8 %).

Вариант ответа «Ни с кем» выбрали 218 человек (11,8 %). Для лиц, которые предпочли данный вариант ответа, были более характерны, чем для других респондентов высокие показатели по шкалам: «Эмоциональная депривированность» ($\chi^2 = 195,7$), «Недоверие/ ожидание жестокого обращения» ($\chi^2 = 75,9$), «Социальная отчуждённость» ($\chi^2 = 141,7$), «Дефективность/ стыдливость» ($\chi^2 = 136,8$), «Неуспешность» ($\chi^2 = 77,1$), «Покорность» ($\chi^2 = 48,9$), «Негативизм/ пессимизм» ($\chi^2 = 54$), «Пунитивность» ($\chi^2 = 43$). При этом, у лиц, которые при ответе на данный вопрос выбрали несколько вариантов ответа, по данным шкалам достоверно чаще наблюдаются низкие показатели.

Высокий уровень по шкале «Подавленность эмоций» достоверно чаще встречается у лиц, которые ответили, что могут довериться родителям

($\chi^2 = 52,1$), а для тех, кто ответил, что друзьям – высокий уровень по шкале «Недостаточность самоконтроля» ($\chi^2 = 57,1$).

Субъективная оценка собственного здоровья как плохого наиболее часто встречалась с такими ранними дезадаптивными схемами как «Дефективность/стыдливость» ($\chi^2 = 130,7$), «Неуспешность» ($\chi^2 = 115,6$), «Уязвимость» ($\chi^2 = 100,9$), «Запутанность/ неразвитая личность» ($\chi^2 = 51,9$), «Самопожертвование» ($\chi^2 = 16,6$), «Негативизм/ пессимизм» ($\chi^2 = 86,2$).

Выводы. Проведённое исследование показало целесообразность использования схема-ориентированного подхода для изучения дезадаптивного поведения. При помощи опросник YSQ – S3R с поддержкой в виде анкетирования, созданного службой психолого-педагогической помощи ТулГУ, была произведена оценка распространённости различных схем дезадаптации среди респондентов. Последующие исследования применения схема-ориентированного подхода в диагностике дезадаптивного поведения представляются в перспективе многообещающими, потому как выявление дезадаптивных схем позволяет разрабатывать тактику дальнейшей работы с клиентом. Представленный метод диагностики дает множество возможностей для оценки эффективности профилактических мероприятий и психотерапии.

Группы развития дезадаптивного поведения среди молодого населения

Дворянкина М. А., Ивашиненко Д. М.

г. Тула

Тульский государственный университет

Актуальность. На современном этапе развития мира происходят глобальные политические, социальные, экономические изменения, затрагивающие все области общественной жизни. Происходящие преобразования приводят не только к положительным последствиям, но также и к существенному росту явлений негативных – вследствие неблагоприятного социально-экономического положения и политической нестабильности резко возрастают различные проявления дезадаптивного поведения.

Проблема дезадаптации, несмотря на имеющиеся научные исследования и накопленный практический материал, остается по-прежнему одной из наиболее актуальных. Характер поведения человека тесно связан с особенностями функционирования всех сфер личности. Деформации

в мотивационно-потребностной, когнитивной, эмоциональной и волевой сферах развития личности являются, как правило, причиной дезадаптивного поведения (Шабышева Ю. Е., 2006). Влияние ценностно-смысловой сферы на поведение и деятельность личности приобретает особое значение в условиях глобальных социальных перемен. Особенно остро эти перемены отражаются на молодежи и подрастающем поколении, что актуализирует исследования социально-психологической адаптации именно студентов, чему свидетельствует решение комитета экспертов ВОЗ, рекомендовавшего во всех странах проводить изучать факторы, вызывающие психическую заболеваемость студентов (Далгатов М. М., Магомедова Н. Т., 2013). С этих позиций изучение внутренних факторов, обуславливающих дезадаптивный стиль реагирования молодых людей, представляет собой одну из значимых общенаучных проблем, связанных с оптимизацией и гуманизацией учебной деятельности и последующего профессионального становления молодых специалистов.

Изучение дезадаптивного поведения может проводиться различными специалистами: психиатрами, психотерапевтами, клиническими психологами, педагогами, социологами и т. д. В настоящее время разработано множество концепций и теорий, описывающих явление дезадаптации, однако, существующие на сегодняшний день обширные и многочисленные знания не дают возможности для разработки единой модели формирования дезадаптации (Иващенко Д. М., Бабин С. М., Бурделова Е. В., 2019). В настоящем исследовании была использована концепция схема-терапии. На наш взгляд, она позволяет исследовать данный вопрос и с медицинских, и с психологических позиций одновременно.

Цели и задачи. Определение групп и факторов возникновения различных форм дезадаптации у молодого населения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе службы психолого-педагогической помощи ТулГУ в 2019 году. С использованием анкетирования, разработанного сотрудниками службы и кафедры психиатрии и наркологии ТулГУ, а также опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ – S3R, Jeffrey E. Young, 2005; перевод и адаптация Касьяник П. М., Романова Е. В., 2013) было обследовано 1853 студента со всех подразделений университета, обучающихся на первом курсе. Всем участникам было предложено подписать информированное согласие и заполнить анкету, содержащую социально-демографические характеристики (возраст, пол, место рождения). По гендерному различию выборка однородна, среди респондентов 859 юношей (48,3 %) и 958 девушки (51,7 %). Структура статистической совокупности по возрасту выглядит следующим образом: 16–17 лет – 2,8 %; 18–19 лет – 53,5 %; 20–21 год – 25,2 %; 22 и более – 18,5 %. 80 % респондентов были рождены в городской местности, 20 % –

в сельской. Опрос проводился перед проведением психопрофилактического занятия.

Анализ данных проводился при помощи компьютерной программы Microsoft Office Excel 2007. Для анализа результатов был использован критерий χ^2 (хи-квадрат), данные считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Выраженность той или иной дезадаптивной схемы, как показало исследование, коррелирует с полом, возрастом, условиями воспитания. У респондентов в возрасте 16–17 лет достоверно чаще встречаются высокие значения по шкале «Пунитивность» ($\chi^2 = 25,3$). В 18–19-летнем возрасте, в большей степени, чем в других возрастных группах выражена ранняя дезадаптивная схема «Уязвимость» ($\chi^2 = 24,2$). Лица старше 22 лет имели более высокие показатели по шкале «Подавленность эмоций» ($\chi^2 = 163,6$).

Было выявлено, что у девушек наиболее часто встречаются либо высокие, либо низкие показатели по шкалам «Эмоциональная депривированность» ($\chi^2 = 29,7$), «Социальная отчуждённость» ($\chi^2 = 16$), «Дефективность / Стыдливость» ($\chi^2 = 26$) по сравнению с юношами, для которых характерны средние показатели. Достоверно чаще у девушек встречаются высокие показатели «Покинутость / нестабильность» ($\chi^2 = 48,8$), «Самопожертвование» ($\chi^2 = 15$), «Недостаточность самоконтроля» ($\chi^2 = 15,4$), «Поиск одобрения» ($\chi^2 = 46,2$).

Высокий уровень по шкале «Недоверие\Ожидание жестокого обращения» достоверно чаще встречается у лиц, росших в детском доме ($\chi^2 = 29,9$), независимо от пола. Лица, воспитанные одним из родителей или в детском доме, чаще других имели высокие показатели «Негативизм / Пессимизм» ($\chi^2 = 25,4$).

Проблема дезадаптивного поведения в молодёжной среде является одной из приоритетных в профилактической работе образовательных и медицинских учреждений. Ранние дезадаптивные схемы широко распространены у молодого населения.

Развитие личности в юношеском возрасте происходит настолько интенсивно, что при анализе исследования была обнаружена смена доминирующих дезадаптивных схем у респондентов разного возраста. Это может быть не только следствием взросления и развития, но и проявлением особенностей личности в зависимости от периода рождения респондента.

У юношей и девушек развитие дезадаптивного поведения происходит в разных направлениях. Если ранние дезадаптивные схемы, наиболее характерные для юношей, в данном исследовании точно очертить не удалось, то у девушек чётко прослеживается гендерная составляющая. Дезадаптивные схемы, характерные для них, имеют общие составляющие: высокую

эмоциональность и потребность в эмоциях в сочетании с социальной направленностью.

Также исследование показало, что респонденты, воспитанные в детских домах, отличаются от своих сверстников высоким уровнем недоверия и ожидания жестокого обращения. У юношей и девушек, которые были воспитаны одним родителем, на первый план выходит схема «Негативизм / Пессимизм».

Проведённое исследование наглядно показало актуальность изучения дезадаптивного поведения в молодёжной среде. Опросник «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ – S3R) позволил оценить распространённость различных схем дезадаптации среди молодого населения и предрасположенность определённых категорий к тому или иному типу дезадаптивного поведения. Продолжение исследования в данном направлении представляется перспективным, поскольку определение ранних дезадаптивных схем позволяет сразу разрабатывать тактику профилактики и/или психотерапии, а также открывает широкие возможности для оценки качества проведения профилактических и психотерапевтических мероприятий.

Выводы. Изучены группы и некоторые факторы возникновения различных форм дезадаптации среди молодого населения. Имеет место быть смена доминирующих дезадаптивных схем у молодежи вследствие не только взросления и развития, но и проявлений особенностей личности в зависимости от периода рождения. Дезадаптивные схемы, характерные для женской части испытуемых, имеют общие составляющие: высокую эмоциональность и потребность в эмоциях в сочетании с социальной направленностью. Воспитанники детских домов отличаются высоким уровнем недоверия и ожидания жестокого обращения. У молодых людей, воспитанных одним родителем, чаще отмечается присутствие схемы «Негативизм / Пессимизм».

Стресс-индуцированная манифестация болезни Грейвса: психопатология реакций и роль патохарактерологических особенностей

*Дмитренко К. Ю., Хайкина И. А., Садкова О. А.,
Романов Д. В.*

г. Москва

*Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова*

Актуальность исследования обусловлена высокой распространенности психических расстройств в популяции больных с болезнью Грейвса (БГ) (Bové К.В., 2014) и указаниями на связь манифестации БГ с психотравми-

рующими воздействиями (Vita R., 2017; Fukao A., 2019). При этом психопатологические особенности стресс-индуцированных дебютов БГ, а также клинические характеристики ассоциированных с психогенной провокацией реакций и вклад в их формирование личностных характеристик остаются изучены недостаточно.

Цель и задачи. Психопатологическая характеристика стресс-индуцированных дебютов БГ с определением роли преморбидных особенностей.

Материалы и методы. Выборку исследования составили 14 пациентов с верифицированной в результате эндокринологического обследования БГ (из них 13 женщин, возраст – $40,2 \pm 11,9$). Все обследуемые обнаруживали психические расстройства в дебюте БГ и не имели сопутствующих соматических заболеваний. Обследование проводилось психопатологическим методом и психометрическими шкалами (HADS, SOMS-2).

Результаты и обсуждение. Все обследуемые обнаруживали психические расстройства в дебюте БГ, квалифицированные как реакции в пределах ресурсов личности. Психометрически были верифицированы анксиозные (HADS-A – $6,3 \pm 2,8$ баллов), депрессивные (HADS-D – $7,0 \pm 2,9$ баллов) и соматизированные феномены (SOMS-2 – $23,1 \pm 8,8$ баллов). При клиническом обследовании определено два типа стресс-индуцированных реакций, которые повлекли за собой дебют БГ – (1) кататимные реакции с преимущественными телесными проявлениями, (2) тревожно- и истеро-депрессивные реакции (Трошина Д. В., 2017).

Первый тип. Кататимные реакции с преимущественными телесными проявлениями ($n = 8$, возраст – $40,3 \pm 8,7$; HADS-A – $5,7 \pm 2,4$, HADS-D – $5,8 \pm 3,2$; SOMS-2 – $21,7 \pm 10,5$). Реакция на данные события формировалась по типу «ключевого переживания» (Смулевич А. Б., 2001). Наличие субъективно значимой сверхценной идеи или концепции в профессиональной/семейной сфере (рабочий проект, рационализаторство, система дружеских взаимоотношений и пр.) с охватченностью стремлением реализации поставленной задачи в ситуации возникновения препятствий или невозможности достижения соответствующего запланированного результата, выступает в качестве констелляции условий (предиспозиции) и триггера, запускающих психосоматическую реакцию с трансформацией кататимного комплекса до уровня соматической катастрофы – здесь манифестации БГ.

Психотравмирующие события имели относительно нейтральную окраску (по сравнению со второй группой, см. ниже), однако обладали высокой субъективной значимостью (смерть любимого домашнего животного; пожар в загородном доме без ущерба здоровью или финансового краха; «неудачный» переезд в другой город с невозможностью устроиться на работу с достаточным заработком; очередной конфликт на работе, расцененный как «личное оскорбление»).

Срок от стрессового события до манифестации БГ составил от 3 дней до 3 месяцев. При этом непосредственно вслед за психотравмирующим воздействием во всех случаях развивалась аффективно-шоковая реакция (АШР), структура которой представляла сочетание кататимного комплекса «ключевого переживания», тревожно-фобического либо тревожно-дисфорического аффекта. В 2 набл. дебют БГ следовал сразу за АШР (в течение 3 и 7 дней соответственно). В остальных набл. вслед за АШР отмечалось персистирование психогенного комплекса и реакции приобретали картину тревожно-фобической (n = 4) либо паранойяльной (n = 2), формировавшихся в течение периода от 1 до 3 мес. после стрессового воздействия.

Клиника тревожно-фобических реакций преимущественно проявлялась тревогой «вперед», направленной на субъект кататимного переживания (постоянные перепроверки состоянием новорожденного; тревожные опасения за будущее ребенка близкой подруги). В одном из наблюдений формировалось избегающее поведение – агорафобия (избегание поездок на машине вследствие опасения погибнуть в автокатастрофе).

Клиника паранойяльных реакций заключалась в возникновении сверхценных и бредовых образований (идеи борьбы за «профессиональные права»; сутяжные тенденции в отношении подрядчика, виноватого в пожаре) на фоне тревожно-дисфорического аффекта.

Дебют симптомов БГ (чувство сердцебиения, учащение пульса, систолическая артериальная гипертензия, похудение, повышенный аппетит, повышенная потливость, тремор верхних конечностей, слабость, утомляемость, головная боль, диарея, экзофтальм) происходил на фоне уже развившейся психопатологической симптоматики.

Общим свойством структуры личности обследованных с первым типом реакций была принадлежность к «носителям сверхценных идей»: речь шла либо о гипопаранойяльной акцентуации при шизоидном (по типу экспансивной шизоидии; n = 2) и истерогипертимном РЛ (n = 2), либо о паранойяльном РЛ (n = 2).

Второй тип. Тревожно- и истеро-депрессивные реакции (n = 6, возраст = $40,2 \pm 16,4$; HADS-A – $7,3 \pm 3,4$, HADS-D – $8,8 \pm 0,9$; SOMS-2 – $25,3 \pm 6,1$). Реагирование в данном случае развивалось по типу реакции «горя». Факторами стресс-индукции являлись объективно тяжелые психоэмоциональные триггеры («удары судьбы»), приводившие к нарушениям адаптации в результате значимых жизненных событий (чередa смертей близких; несостоятельность в учебе при смене ВУЗа; измена супруга).

Срок от психотравмирующего события до дебюта эндокринологической патологии составлял от 1 месяца до 1 года. Психопатологически реакции, предвещающие манифестацию БГ, определялись как тревожно- и истеро-депрессивные.

Клиника тревожно-депрессивных реакций ($n = 4$) определялась гипотимией, нарушениями сна/аппетита, ангедонией с возникновением тревожной симптоматики разной степени интенсивности, направленной непосредственно на объект переживания (беспокойство о невозможности справиться с новым объемом нагрузки; страх смерти оставшихся родственников).

Клиника истеро-депрессивных реакций ($n = 2$) помимо депрессивной симптоматики заключалась в особенном восприятии стрессового события, сопровождающегося диссоциативными расстройствами («перитравматическая диссоциация» (Германова К. Н., 2017)), вследствие которых больные не сразу осознавали факт потери, предательства. Клиническая картина в одном наблюдении также включала сновидения с участием погибшего родственника, «узнавание» его в лицах прохожих, драматизированную скорбь с идеями виновности перед объектом утраты в прошлом. В другом наблюдении преобладал истеро-дисфорический аффект и конверсионные расстройства, истероалгии в виде головных болей по типу обруча.

Отличительной особенностью реакций в данной группе стало наличие соматизированной и конверсионной симптоматики, возникшей до манифестации эндокринной патологии. Такие функциональные симптомы амплифицировали соматические симптомы БГ после ее дебюта (болевые ощущения в области желудка, судороги в области промежности, ощущение «кома» в горле). Кроме клинической характеристики подобная особенность реализовалась в психометрической оценке выборки: средний суммарный балл по шкале SOMS-2 во второй группе составил $25,3 \pm 6,1$ против $21,7 \pm 10,5$ в первой группе.

Общим свойством структуры личности обследованных со вторым типом реакций было наличие соматоперцептивных акцентуаций, выступавших в виде дименсий при истерическом по типу гистрионной истерии ($n = 4$), тревожно-мнительном ($n = 1$), шизотипическом РЛ ($n = 1$).

Выводы. Стресс-индуцированная манифестация БГ в описанных случаях происходит в рамках двух типов психогенных реакций, дифференцирующихся согласно психопатологической характеристике и механизмам формирования на (1) кататимные реакции с преимущественным телесными проявлениями, (2) тревожно-депрессивные и истеро-депрессивные реакции. Таким образом, БГ в плане стресс-индукции обнаруживает ряд общих свойств с аналогичными реакциями, описанными при манифестации соматической патологии, например, на модели фибрилляции предсердий (Трошина, 2017). Однако в свою очередь обнаруживает некоторые особенности, по всей видимости, характерные для БГ, например, более затяжной характер кататимных реакций с преимущественными телесными проявлениями по сравнению с кардиопатологией, а также наличие паранойяльного подтипа таких реакций, ранее не описанных.

Транссексуалоподобные состояния при расстройствах шизофренического спектра

Дьяченко А. В.

г. Ростов

*ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС»,
Ростовский государственный медицинский университет*

Актуальность. В современной научной литературе отмечается повышение числа публикаций, посвященных расстройствам половой идентификации (РПИ) у подростков с расстройствами шизофренического спектра (РШС). Однако несмотря на возросшую актуальность, степень изученности данного феномена остается недостаточной. В течение последнего десятилетия крупные исследования на данную тему не проводились.

Цель исследования: описание феноменологии, психопатологической структуры и динамики развития нарушений половой идентификации у больных расстройствами шизофренического спектра.

Материал и методы. Были обследованы 102 пациента, страдающие РШС и обратившиеся в ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» (далее – ЛРНЦ «ФЕНИКС») в период с 2015 г. по 2020 г. Основную группу (А) составили пациенты, у которых эндогенные процессуальные заболевания сочетались с РПИ ($n = 52$). В контрольную группу (В) были включены лица, страдающие РШС без полоролевых нарушений ($n = 50$). Статистически значимых отличий возрастного ($p = 0,844$) и полового ($p = 0,77$) составов основной и контрольной групп не выявлено. Методы исследования: клинический, математический, статистический.

Результаты. Средний возраст обследованных пациентов с нарушениями половой идентификации составил 18 (17; 20) лет. Большинство обратившихся являлись учащимися школы (42,3 %; $n = 22$) и студентами вуза (42,3 %; $n = 22$). Студентами средне-специального учебного заведения были 7,7 % опрошенных ($n = 4$). Постоянную работу имели 15,4 % обследованных ($n = 8$). Не учились и не работали 7,7 % участников исследования ($n = 4$). При оценке семейного положения было выявлено преобладание лиц, проживающих в родительских семьях. Отношение пациентов к членам ближайшего окружения имело преимущественно негативный характер: в 34,7 % случаев ($n = 18$) пациенты демонстрировали холодное, безразличное отношение к близким; в 28,8 % ($n = 15$) – формальное; 26,9 % ($n = 14$) – враждебное с открытым проявлением неприязни, вербальной и физической агрессией.

В подавляющем большинстве случаев (77 %) инициативу к обращению к психиатру проявляли родственники пациентов, в 11,5 % ($n = 6$) случаев –

другие лица, с той же частотой – сами пациенты. В 55,8 % (n = 29) случаев причиной обращения со стороны родственников стало заявление пациентов о стремлении к перемене пола, которое не поддерживалось окружением. Причины неприятия родственниками стремления пациентов к перемене пола обычно объяснялись отсутствием признаков инверсии полоролевой идентификации на протяжении большей части жизни. В 13,5 % случаев (n = 7) причиной обращения со стороны родственников были обусловлены поведенческими нарушениями у пациента (грубость, оппозиционность, аутодеструктивное поведение); в 11,5 % (n = 6) – четкий мотив обращения к врачу отсутствовал, обращение произошло по инициативе иных лиц; 9,6 % (n = 5) – заявление пациента о стремлении к перемене пола, которое поддерживают; 9,6 % (n = 5) – суицидальные идеи/попытки.

Мотивы обращения пациентов в 78,9 % случаев (n = 41) были связаны со стремлением к получению разрешения на изменение пола, в 9,6 % (n = 5) – с жалобами на аффективные нарушения депрессивного полюса, 5,8 % (n = 3) – с влечением к аутодеструкции, 3,8 % (n = 2) обратились исключительно по желанию ближайшего окружения и самостоятельно не предъявляли жалоб, 1,9 % (n = 1) обратились в связи с суицидальными идеями.

Половая самоидентификация: 53,9 % пациентов (n = 28) позиционировали себя в качестве трансгендеров; 25 % (n = 13) – заявляли о том, что внутренне ощущают принадлежность к противоположному полу; 15,4 % (n = 8) – описали себя как «человека без пола»; 1,9 % (n = 1) – называли себя транссексуалами; неклассифицируемые варианты идентификации составили – 3,8 % случаев (n = 2).

О наличии суицидальных идей сообщили 71,2 % пациентов из группы А: 48,1 % (n = 25) активно выражали желание совершить самоубийство, 23,1 % (n = 12) – при направленном расспросе. Число лиц, совершивших попытку суицида, было более низким по сравнению с группой контроля (p = 0,04) и составило 13,5 % (n = 7). Сравнительный анализ показал, что вероятность совершения самоубийства в группе А оказалась в 2,75 раз ниже по сравнению с группой В (95 % ДИ [1,01; 7,49]). О влечении к несуйцидальной аутодеструкции сообщили 23,1 % пациентов (n = 12), что также существенно ниже по сравнению с группой В (p = 0,0001).

Поведение пациентов во время обследования было различным: заинтересованность и активное сотрудничество наблюдалось в 36,5 % (n = 19) и 15,4 % (n = 8) соответственно; настороженность и оппозиционность проявили 30,8 % (n = 16) и 15,4 % (n = 8); 1,9 % (n = 1) наблюдался; другое – 1,9 % (n = 1). Возникновение трансролевых переживаний большинством пациентов датировали детским (пара- и препубертатным) возрастом – 8,5 (6; 13) лет. Согласно объективным сведениям, идея о полоролевом несоответствии возникала в возрасте 16 (15; 18,5).

Исследование преморбида пациентов из группы А не выявило выраженных особенностей сексуального развития и полоролевого поведения.

Средний возраст дебюта заболевания в группе А составил 13 (12; 13), что совпадает с возрастом пубертата. Данный показатель оказался значимо ниже по сравнению с группой В ($p = 0,002$). Возраст возникновения полоролевых нарушений в группе А составил 16 (15; 18,5). Синдромальная структура группы А до возникновения была представлена астеническим, субдепрессивным, депрессивным, обсессивно-фобическим, сенестопатически-ипохондрическим, деперсонализационно-дереализационным синдромами. Возникшие эмоционально-волевые и поведенческие нарушения обуславливали ухудшение социальной адаптации. В попытках временного преодоления эмоционального дискомфорта, навязчивых мыслей и влечений пациенты прибегали к следующим вариантам защитного поведения: сублимации, имитации, изменению внешности, изменению социальной среды, поиску иной идентичности, аддиктивному поведению и аутодеструкции.

Подавляющее большинство пациентов, включенных в группу А – 86,5 % ($n = 45$) – сообщили, что формированию трансролевой установки способствовало получение информации о нарушениях половой идентификации. В 73,1 % ($n = 38$) случаев источником информации являлся Интернет, в 17,3 % ($n = 9$) – появление «трансгендера» в ближайшем окружении, 9,6 % ($n = 5$) – не описали источник.

С возникновением «трансгендерного позиционирования» пациенты из группы А связывали субъективное облегчение состояния, описывая снижение выраженности обсессивной ($p < 0,001$), дисморфобической ($p < 0,001$), и сенесто-ипохондрической ($p < 0,001$), снижалось влечение к аутодеструкции. Происходило замещение применяемых ранее форм защитного поведения, «трансгендерное» поведение приобретало сверхценный характер. В ситуациях невозможности трансгендерного позиционирования резко актуализировались тревожно-депрессивная, обсессивная и дисморфобическая симптоматика, стремление к аутодеструкции, суицидальные идеи.

Обсуждение. Важнейшая особенность самоидентификации пациентов с РШС, протекающими с РПИ, состоит в том, что они ассоциируют себя не столько с представителями противоположного пола, как это наблюдается при транссексуализме, сколько – с трансгендерами, т. е. социальной группой, объединенной, специфическими мировоззренческими позициями и культуральными предпочтениями, отличительными особенностями поведения и внешности, правилами коммуникации, специфическим слэнгом и пр. У больных РШС идентификация себя с трансгендерами в инициальном этапе расстройства и при малопрогрессирующих формах заболевания возникает в качестве защитного поведения, направленного на компенсацию

аффективных нарушений, обсессивных расстройств и дисморфофобии. При этом истинного нарушения идентификации не происходит. Условием возникновения данной формы защитного поведения является специфическая импринтинговая ситуация.

Выводы. Обследование лиц, выражающих недовольство своим полом, требует тщательной клинической диагностики и дифференцированного подхода. Ситуация осложняется высокой склонностью данной категории пациентов к искажению анамнестических жалоб, а также риском самоповреждения и суицида.

Исследование склонности к суицидальному поведению в зависимости от профиля латеральной организации у старших подростков

Ельникова Е. С.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Исследование склонности к суицидальному поведению в зависимости от профиля латеральной организации у старших подростков

Объектом исследования выступает суицидальное поведение старших подростков.

Цель. Изучение влияния профиля латеральной организации на склонность к суицидальному поведению у старших подростков.

Гипотеза исследования заключается в предположении о том, что у правополушарных испытуемых вероятность склонности к суицидальному поведению выше, чем у левополушарных.

В соответствии с поставленной целью был предложен ряд следующих задач: изучение литературы по исследуемой проблеме; определение особенностей и выявление различий суицидального поведения у старших подростков с разным профилем латеральной организации; проведение эмпирического исследования, выявляющего наличие суицидальных склонностей у старших подростков с разным профилем латеральной организации.

Методами исследования, используемыми при написании эмпирической части исследовательской работы послужил следующий диагностический инструментарий:

- Тест выявления латеральных предпочтений М. М. Безруких.
- Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974).

- Опросник одиночества Рассела (Версия 3 1996).
- Индекс хорошего самочувствия (WHO-5 Well-Being Index (1998)).
- Опросник PDQ-IV (пограничная, нарциссическая шкалы и негативизм).
- Опросник враждебности Басса-Дарки.

Теоретической базой исследования в исследовательской работе послужили труды таких зарубежных и отечественных авторов, как Старшенбаум, Клейнберг, Шнейдер, Смирновой, Хомской, Брагиной, Ребровой и др.

Для обработки данных использовались компьютерные программы пакета Microsoft Office и IBM SPSS Statistics (v.22.0).

Актуальность работы определяется как увеличением числа суицидов среди подростков, так и ростом левшей в обществе, а также необходимостью исследования специфики суицидального поведения у правополушарных подростков с целью дальнейшей разработки эффективных профилактических программ.

В исследовании приняли участие 75 студентов первого курса колледжей. На первом этапе исследования группа испытуемых была разделена по профилю латеральной организации.

Индивидуальный латеральный профиль человека включает в себя сенсорную асимметрию (зрение, слух, вкус, обоняние, осязание), моторную асимметрию (руки, ноги, лицо, тело) и функциональную асимметрию полушарий.

В зависимости от доминирования полушарий, можно отметить особенности мышления и восприятия. Согласно последним данным, правополушарники обладают высокой зависимостью от внешних воздействий – ранимостью, за счет чего и низкой стрессоустойчивостью, но при этом ускоренной адаптацией в новых стрессогенных ситуациях. Характеризуются неустойчивостью, в том числе эмоциональной; более чем праворукие, склонны к депрессиям и психическим заболеваниям [1].

В систему оценки специфики латеральных предпочтений не были включены общеизвестные мануальные пробы, например какой рукой подросток держит ложку при еде, чистит зубы и т. д. Данные пробы могут находить в себе отклик социально приемлемых навыков, формирующихся в процессе присвоения социально-культурного опыта, и не отражать генетически «запрограммированную» специфику формирования пространственно-функциональной организации мозговых систем. Как видно, в нашем понимании слова «правша», «левша» имеют значительно более широкий смысл, чем лишь обозначение право- или леворукости: в него входят асимметрии – симметрия парных органов чувств, определяемые асимметрией мозга особенности психики. Только условное чтобы упростить изложение, под правшами ниже имеются в виду лица с правым, под левшами – со смешанным профилем асимметрии [2].

Так, после проведение проб на определение профиля латеральной организации были получены следующие данные: 54 человека – ПППП, 8 – ЛЛЛЛ, 2 – ЛЛЛЛ, 3 – ЛЛЛЛ, 4 – ЛЛЛЛ, 4 – ПЛЛЛ.

Подростков с профилем латеральной организации, имеющих правым одно из моторных или сенсорных предпочтений, в соответствии с задачами исследования, было решено отнести к леворуким.

Для проведения следующего этапа исследования мы отобрали методики, которые не напрямую, а косвенно выявляют склонность к суицидальному поведению. Был подобран такой диагностический инструментарий, который не содержит прямых вопросов, касающихся суицидальных мыслей и намерений.

Средние групповые показатели по шкале безнадежности 6,69, соответствуют характеристике «Легкая безнадежность», такие показатели могут быть обусловлены спецификой подросткового возраста и новой социальной ролью испытуемых. Результаты по методике Шкала безнадежности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974) позволили сделать вывод, что 37 человек (49,3 %) не испытывают чувства безнадежности. Видят свое будущее стабильным, в положительных красках, радуются каждому дню. У испытуемых отсутствует ощущение давления со стороны, они чувствуют поддержку окружающих. Легко осуществляют контроль над своими действиями, мыслями, чувствами и жизнью в целом. У 14 человек (18,6 %) легкое чувство безнадежности, у 6 человек (8 %) – безнадежность умеренная. Чувство тяжелой безнадежности испытывают 10 человек (13,3 %).

Средние показатели по группе по опроснику одиночества 23,61, что соответствует среднему уровню одиночества. По результатам Методики «Опросник одиночества Рассела (Версия 3 1996)» у 34 человек (45,3 %) испытуемых чувство одиночества не выявлено. Ведут активную социальную жизнь, имеют круг людей, к которым они могут обратиться за любой помощью. У 31 (41,3 %) человека отмечается средний уровень одиночества. У 10 (13,3 %) же человек чувство одиночества ярко выражено. Контакты с окружающими затруднены, со своими проблемами хотят справиться самостоятельно, избегая какую-либо помощь.

Средний индекс хорошего настроения 14,67 свидетельствует об отсутствии тенденции к депрессии по группе в целом. Методика «WHO-5 Well-Being Index (1998) Индекс хорошего самочувствия» показала, что у 30 человек (40 %) из 75 низкие показатели индекса хорошего самочувствия. Эти испытуемые испытывают физическое недомогание, в том числе периодические головные боли, усталость, вялость. Кроме физиологических показателей, можно отметить наличие психологического дискомфорта, что может свидетельствовать о наличии склонности к депрессии.

По результатам методики «Опросник враждебности Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI)» учащиеся по характерным для них проявлениям агрессии показали следующие результаты. «Физическая агрессия» (5,77) и «Чувство вины» (5,69) в среднем по группе носят повышенный характер, «Косвенная агрессия» (4,87) и «Обида» (4,72) имеют низкие общегрупповые показатели, очень высокие показатели по шкале «Вербальная агрессия» (7,44).

Высокие показатели физической агрессии у 19 человек (25,3 %), средние у 10 (13,3 %), низкие у 20 (26,6 %). Испытуемые с высокими показателями склонны к вспыльчивости, трудно принимают чужое мнение, категоричны в решениях, у них наблюдается тенденция решать все вопросы «кулаками». У 26 человек (34,6 %) наличие физической агрессии не выявлено.

Высокие показатели косвенной агрессии выявлены у 12 человек (16 %), такие люди склонны подавлять свою агрессию, причинять боль другому человеку с помощью значимых для него предметов, имеющих к ним отношение, или с помощью других лиц (поджог, сплетня и т. п.); у 10 (13,3 %) испытуемых – средние показатели и у 20 (26,6 %) – низкие. 33 человека (40 %) из 75 совсем не склонны к проявлению косвенной агрессии.

У 14 испытуемого (18,6 %) низкие показатели вербальной агрессии, у 19 (25,3 %) человек средние, у 34 (45,3 %) – высокие. Высокие показатели говорят о склонности людей выражать негативные чувства через крик, визг, проклятия, обзывательства, угрозы и т.д.. Стоит отметить, что данный вид агрессии является наиболее часто встречающимся среди студентов колледжей, так как только 8 человек (10,6 %) из 75 не склонны к ее проявлению. Такие результаты так же могут быть обусловлены тем, что большинство испытуемых мужского пола (55 человек).

Как отмечает Семенюк Л.М. в своем исследовании, по мере взросления у старших подростков на первый план выходит вербальная агрессия. При этом проявления физической агрессии не снижаются. Максимальные показатели проявления всех форм агрессии (как физической, так и вербальной) обнаруживаются именно в старшем подростковом возрасте. Тем не менее проявления физической агрессии увеличиваются незначительно, когда проявления вербальной агрессии растут гораздо быстрее. Структура проявления различных форм агрессии обусловлена одновременно как возрастными, так и половыми особенностями. В раннем подростковом возрасте у мальчиков доминирует физическая агрессия, а у девочек она выражена незначительно – они отдадут предпочтение вербальной форме проявления агрессии.

В более старшем возрасте у мальчиков доминируют негативизм и вербальная агрессия (которые представлены практически одинаково), а у девочек – вербальная агрессия. Физическая агрессия в этом возрасте не является

доминантной формой проявления агрессии уже и у мальчиков. Следует отметить также, что, независимо от возраста, у мальчиков все формы агрессивного поведения выражены больше, чем у девочек.[3] Многие психологи допускают, что повышенный уровень физической агрессии у старших подростков может быть следствием адаптации, которая повышает шансы на успех в конкуренции с представителями своего пола.

Средний уровень по шкале «Обида» у 7 человек (9,3 %), высокий у 14 (18,6 %) испытуемых и низкий у 11 (14,6 %). Для испытуемых, набравших высокий балл по шкале «обида» характерны ярко выраженная зависть и ненависть к окружающим, как за действительные, так и вымышленные действия. Достаточно большому проценту (57,3 %) испытуемых, 43 студентам из 75, не характерно такое свойство характера как обида, они способны радоваться за других, прощать и принимать людей.

Высокие показатели по шкале «Чувство вины» у 19 (25,3 %), средние у 15 (20 %), низкие у 17 (22,6 %). Испытуемые, набравшие высокие баллы по данной шкале уверены в своей недобросовестности, убеждены в том, что они являются плохими людьми, что поступают зло и непорядочно, а также ощущают постоянные угрызения совести. 24 человека (32 %) в принципе не склонны испытывать чувство вины.

В целом можно говорить о наличии реальной агрессии, то есть испытуемые, у которых показатели физической, косвенной и вербальной агрессии вместе высокие, у 12 человек из 75, что составляет 16 %. Из которых 8 леворукие и 4 праворукие. Далее на основании полученных данных, опираясь на исследования Банникова Г.С., была выделена группа риска, которую составляют подростки с высокими показателями по шкалам «Безнадёжности», «Одиночества», «Косвенной агрессии», «Вербальной агрессии», «Обиды» и «Чувства вины». В группу вошли 12 (16 %) человек из 75, из которых 3 правополушарные, 5 смешанных, а именно, 1 ЛЛПЛ, 2 ЛПЛЛ, 2 ПЛЛЛ, и 4 левополушарные (ПППП).

Сравнение склонности к суицидальному поведению у старших подростков с разным профилем латеральной организации

Сравнительный анализ по критерию Т-Стьюдента позволяет сделать следующие выводы. Мы сравнили показатели по результатам проведенных методик у правополушарных испытуемых и левополушарных, таким образом, было выявлено, что имеют различия в соответствии с профилем латеральной организации следующие данные.

По методике Шкала безнадёжности (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974) правополушарные испытуемые имеют тяжелую форму безнадёжности, в то время как левополушарные в большинстве своем не испытывают данного чувства. Испытуемым, с доминирующим правым полушарием, трудно представить, что на них не идет давление извне, они не видят свое

будущее перспективным. У них прогрессирует ощущение своей бесполезности, отсутствует чувство нужности близким, они считают, что не могут помочь другим и свое существование в целом видят напрасным.

По результатам Методики «Опросник одиночества Рассела (Версия 3 1996)» видно, что правополушарники имеют средний уровень одиночества. Такое проявление одиночества у впечатлительных правополушарных испытуемых выражается чувством, что подростка никто не понимает, не может оценить по достоинству. Зачастую человек сам сознательно обрекает себя на одиночество, так как не может найти родственную душу и впадает в отчаяние. Отправной точкой может являться смена социальной среды, а именно то, что происходит ее расширение, а этот фактор непосредственно играет важную роль в нашем исследовании, так как студенты первого курса колледжа как раз примеряют на себя новые социальные роли. Правополушарные испытуемые имеют низкие показатели по данному опроснику.

Показатели по шкале «Физическая агрессия» и «Чувство вины» методики выявления уровня агрессивности Басса-Дарки у правополушарных испытуемых имеют средний уровень, у правшей же показатели низкие. Как уже было отмечено выше проявление физической агрессии характерно подростковому возрасту, а правополушарные испытуемые имеют такие личностные характеристики, которые остро провоцируют это явление. Согласно исследованиям, левши более склонны к агрессии и неврозам различного характера. Испытуемые, с доминирующим правым полушарием, более упрямые и эмоциональны, своенравны, отсюда вытекают конфликты, которые подросткам проще решить по средствам физической силой, так как в силу возраста, а зачастую и воспитания, они не имеют нужных социальных навыков, которые необходимы для переговоров и ведения конструктивных диалогов. При этом показатели по шкале «Чувство вины» соответствуют показателям «Физической агрессии», а значит не стоит исключать момент того, что подростки осознают последствия и чувствуют некий дискомфорт в случае своего агрессивного поведения.

Результаты по шкалам «Косвенной агрессии» и «Обиды» у правополушарных испытуемых соответствуют среднему уровню, в то время как левополушарные испытуемые предоставили выраженное отсутствие таких проявлений. Правополушарникам свойственно выражать свою агрессию, направленную на конкретное лицо, через посредников. Сплетни, злые шутки и даже травля сверстников – характерные проявления косвенной агрессии. Подростки могут заниматься созданием группировок и дружить «против» кого-то определенного или распускать слухи. При том, самих их легко обидеть и задеть. Они довольно-таки остро реагируют на слова, сказанные в их адрес, даже в случаях обоснованных претензий или критики, и глубоко переживают.

Корреляционный анализ позволяет провести связь между профилем латеральной организации и характерными чертами, свойственным подросткам способным совершить суицид.

Так, сильная положительная связь наблюдается у профиля латеральной организации и шкал «Безнадежность», «Одиночество», «Косвенная агрессия», «Обида», «Чувство вины», а сильная отрицательная связь у «Индекса Хорошего Самочувствия». Это значит, что правополушарные склонны к сильному переживанию одиночества, чувство безнадежности часто провоцирует у них самые грустные мысли по поводу будущего и отсутствия перспектив, испытуемые зачастую не видят поводов радоваться сегодняшнему дню и строить долгосрочные планы. Студенты, с доминирующим правым полушарием, привыкли вымещать агрессию через посредников, им свойственно устраивать заговоры и распускать сплетни, а левополушарные склонны к прямому проявлению агрессии. Испытуемые, у которых доминирует левое полушарие, в свою очередь, легче переносят состояние одиночества, они могут абстрагироваться от навязчивых мыслей. У правополушарных подростков обострено чувство вины, их переживания за свои поступки чаще всего сильные и глубокие. Они искренне жалеют о содеянном, если их поступки принесли реальный вред, и могут признать свою вину.

На основании этих результатов стоит добавить, что показатели по «Индексу ХС» у правополушарных испытуемых низкие и свидетельствуют о возможной депрессии, в то время как у левополушарных испытуемых показатели по данной шкале высокие. При низких показателях отмечаются такие поведенческие черты как равнодушие и безучастность, сильное отрешение от всего происходящего. При высоких же показателях, подростки хорошо чувствуют себя, видят свое будущее позитивным и радужным, их устраивает то, как обстоит положение вещей на данный момент времени и не имеют поводов для жалоб.

Можно сделать следующий вывод: правополушарные испытуемые показывают результаты ниже, чем левополушарные. По итогам описательного анализа, анализа средних показателей, сравнительного и корреляционного анализа, можно наблюдать разнящиеся показатели факторов, влияющих на суицидальное поведение у старших подростков с разными профилями латеральной организации. Левополушарные продемонстрировали высокие баллы по методикам, следовательно, у этих подростков меньшая вероятность возникновения суицидальных намерений, чем у подростков из группы правополушарных. Группу риска составили 25 % (3 человека) правополушарных испытуемых, 33 % (4 человека) левополушарных, 42 % смешанных (5 человек): 1 (8 %) ЛЛПЛ, 2 (16 %) ЛПЛЛ, 2 (16 %) ПЛЛЛ. Результаты правополушарных и смешанных испытуемых имеют показатели значительно ниже по аналогичным методикам.

Заключение. Рост попыток суицида в подростковой среде диктует необходимость более тщательного исследования причин и факторов аутодеструктивного поведения. Суициды входят в число десяти ведущих причин смерти населения. Прогнозируется, что к 2020 г. суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, уступая только заболеваниям сердечно-сосудистой системы. Однако уже сейчас в группе молодежи в возрасте 15–34 лет суицидальная смертность входит в «тройку» лидирующих причин смерти. Статистика насчитывает не только попытки самоубийств, но и случаи со смертельным исходом. Проводя превенцию суицидального поведения с учетом индивидуального латерального профиля, можно получить реальные результаты, так как такая профилактика будет учитывать особенности латеральных предпочтений и затрагивать характерные личностные качества старших подростков в зависимости от индивидуального профиля максимально глубоко.

Исходя из проделанного анализа общего результата по всему исследованию, можно сказать, что гипотеза подтвердилась. А именно, наличие и проявление суицидальных склонностей у старших подростков с разным профилем латеральной организации обусловлены уровнем физической, косвенной и вербальной агрессии, а также отсутствие безнадежности и чувства одиночества у левополушарных испытуемых в отличие от испытуемых, с доминирующим правым полушарием.

Описательный анализ показал, что левополушарные испытуемые имеют показатели ниже, чем правополушарные по следующим методикам: «Шкала безнадежности», «Опросник одиночества», «Опросник враждебности Басса – Дарки». Из этого следует, что левополушарные подростки обладают большим количеством внутренних ресурсов, которые дают им веру в себя и в свое будущее. Выделенная группа риска, состоящая из 8 (67 %) (3 ЛЛЛЛ, 1 ЛЛПЛ, 2 ЛПЛЛ, 2 ПЛЛЛ) правополушарных испытуемых, среди которых 5 смешанных и 4 левополушарных испытуемых, дает возможность подтвердить гипотезу о том, что среди правополушарников больше подростков, склонных к суицидальному поведению.

Итак, подводя итоги, можно констатировать, что основные задачи исследования были достигнуты. Мы провели глубокий теоретический анализ литературы по проблеме исследования. Выделили в своей работе главные особенности и факторы суицидального поведения у старших подростков.

Рассмотрели рациональные пути исследования и определили зависимость суицидального поведения от разного профиля латеральной организации у старших подростков.

Составили подробный описательный, корреляционный и сравнительный анализ практической части, а также, провели исследование, выявляющее

склонность к суицидальному поведению у старших подростков с разным профилем латеральной организации.

Полученные результаты могут иметь определённое практическое значение. Поскольку наша гипотеза подтвердилась, на полученные результаты можно ориентироваться при дальнейшем составлении профилактических программ для подростков с учетом латеральных предпочтений.

Концентрация белка S-100, глиального фибриллярного кислого белка и основного белка миелина в сыворотке крови пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства

Епимахова Е. В., Левчук Л. А.

г. Томск

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ

Актуальность. Проблема коморбидности аффективных расстройств и алкогольной зависимости в последние годы приобрела особую актуальность, в связи с высокой распространенностью, особенностями дифференциальной диагностики и трудностями в выборе терапевтической тактики (Иванец Н. Н. и др., 2016, McNHugh R. K. et al., 2019; Levchuk L. A. et al., 2020). Понимание биологических механизмов, способствующих одновременному возникновению сопутствующих патологий, является важным условием для своевременного выявления и обеспечения персонализированного подхода к терапии и реабилитации коморбидных пациентов. В этом направлении представляется перспективным изучение потенциальных периферических биомаркеров отражающих динамику нейрофизиологических процессов, в частности маркеров повреждения нервных тканей. Белок S-100, основной белок миелина (ОБМ) и глиальный фибриллярный кислый белок (ГФКБ), являются нейроспецифическими белками, могут быть полезными для определения патологических изменений в нервной системе и позволяют оценить повреждения гематоэнцефалического барьера (Vos P. E. et al., 2010; Lamers K. J. et al., 2003). Согласно литературному анализу, изменения уровней нейропептидов в сыворотке крови характерно для пациентов с расстройствами аффективного спектра (Aroga P. et al., 2019; Schroeter M. L. et al., 2013) и для пациентов с аддиктивной патологией (Wedekind D. et al., 2011).

Целью настоящего исследования явилось определение концентрации белков S-100, ОБМ и ГФКБ в сыворотке крови пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужила сыворотка крови 45 пациентов, с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства (основная группа), 51 пациента с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2, МКБ-10) (группа сравнения) и 41 психически и соматически здоровых лица (группа контроля). Пациенты основной группы были распределены на четыре подгруппы в соответствии с диагнозом коморбидной аффективной патологии: 9 пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и биполярным аффективным расстройством (F31, МКБ-10), 10 пациентов с коморбидным депрессивным эпизодом (F32, МКБ-10), 12 пациентов с коморбидным рекуррентным депрессивным расстройством (F33, МКБ-10) и 14 пациентов с коморбидной дистимией (F34.1, МКБ-10). Пациенты поступали на лечение в отделения аддиктивных и аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. У всех обследуемых лиц брали кровь из локтевой вены утром натощак в пробирки фирмы BD Vacutainer с активатором свертывания для получения сыворотки. Исследование с участием людей проводилось с соблюдением этических стандартов, разработанных в соответствии с Хельсинской декларацией и одобренных Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Определение концентрации белков S-100, ОБМ и ГФКБ в сыворотке крови пациентов и психически здоровых людей осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов DY1820-05 Human S100B DuoSet ELISA («R&D Systems», США), DY4228-05 Human MBP DuoSet ELISA («R&D Systems», США) и DY2594-05 Human GFAP DuoSet ELISA («R&D Systems», США). Количественную оценку результатов анализа проводили на анализаторе иммуноферментных реакций «УНИПЛАН» («Пикон», Россия). Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных фирмами-изготовителями (пг/мл для S100, пг/мл для ОБМ и нг/мл для ГФКБ).

Статистическую обработку результатов осуществили с помощью программы SPSS, версия 20,0. Проверку на нормальность распределения значений переменных проводили по критерию Колмогорова-Смирнова. Данные выражали в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей. Для сравнения групп использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Концентрация белка S-100 во всех четырех подгруппах пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства значимо не отличалась от значений в контрольной группе и группе сравнения. Тогда как у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя этот показатель достоверно ниже чем, у здоровых лиц (30,32 (27,15–34,35) и 33,92 (29,96–38,52) пг/мл, $p = 0,05$).

Содержание основного белка миелина в сыворотке крови пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и депрессивным эпизодом составило 45,28 (44,93–48,09) пг/мл, что статистически значимо выше данного показателя в группе сравнения 33,74 (27,09–40,42) пг/мл, $p = 0,001$ и в группе контроля (31,42 (22,99–46,17) пг/мл, $p = 0,024$). У пациентов с коморбидным биполярным аффективным расстройством наблюдалось достоверное увеличение сывороточного уровня ОБМ по сравнению с группой пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (43,88 (41,24–51,71) пг/мл и 33,74 (27,09–40,42) пг/мл, соответственно, $p = 0,05$). Для пациентов с сопутствующим рекуррентным депрессивным расстройством и пациентов с коморбидной дистимией наблюдается тенденция к повышению концентрации ОБМ по сравнению с контролем и группой сравнения. Не выявлено изменений в содержании данного белка при алкогольной зависимости в сравнении с группой здоровых людей.

Уровень глиального фибриллярного кислого белка в сыворотке крови пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и биполярным аффективным расстройством достоверно ниже контрольных значений (0,14 (0,07–0,34) нг/мл и 0,61 (0,14–1,26) нг/мл, соответственно, $p = 0,028$). Схожие данные выявлены также для группы пациентов с сопутствующей дистимией (0,11 (0,08–0,26) нг/мл $p = 0,002$). Сниженные уровни ГФКБ характерны и для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (0,20 (0,1–0,41) нг/мл и в контрольной группе – 0,61 (0,14–1,26) нг/мл, $p = 0,004$).

Заключение. Согласно полученным результатам, для пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с биполярным аффективным расстройством выявлено повышенное содержание ОБМ и сниженная концентрация ГФКБ в сыворотке крови. Для пациентов с сопутствующим депрессивным эпизодом обнаружено увеличение уровня ОБМ, а для пациентов с коморбидной дистимией установлена достоверно сниженная концентрация ГФКБ. Полученные данные представляет интерес с целью идентификации нейрофизиологических изменений, вовлеченных в патогенез сопутствующих заболеваний (глиальная дисфункция, нарушение процессов миелинизации). Изучение нейроспецифических белков может оказаться полезным для диагностики, оценки прогноза и качества лечения пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».

Влияние психофармакотерапии на уровень гликированного гемоглобина при шизофрении

Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет;*

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Актуальность. Сахарный диабет 2 типа (СД2) и нарушения углеводного обмена приобретают характер эпидемии, отмечается значительное их «омоложение». Известно, что эпизоды скрытой гликемии нередко предшествуют часто их развитию. В свою очередь о ее средней длительности можно судить по уровню гликированного гемоглобина (HbA1c).

Цель. Определение уровней HbA1c у пациентов, страдающих шизофренией и сравнение их в группах, находящихся на различных схемах психофармакотерапии, с использованием традиционных (ТН) и атипичных нейролептиков (АН).

Материалы и методы. В исследование включали пациентов с шизофренией без нарушений углеводного обмена. Для сравнения количественных применяли Т-критерий Манна–Уитни при парном сравнении, при сравнении качественных признаков – критерий χ^2 для произвольной таблицы сопряженности (в таблице 2×2 с поправкой Йейтса). Различия показателей считали статистически значимым при $p < 0,05$ (при 5 % уровне значимости).

Результаты. Группу составили 87 больных шизофренией, в том числе 41 (47 %) мужчина и 46 (53 %) женщин., контрольную – 36 пациентов, из них 17 (47 %) мужчин и 19 (53 %) женщин. В пределах группы психически больных уровни HbA1c у пациентов на психофармакотерапии АН были существенно выше, чем его значения у получавших ТН ($p < 0,001$). Из 87 пациентов 36 получали АН, остальные 51 использовали нейролептики 1-го поколения. Данная особенность характеризовала как группу мужчин ($p = 0,026$), так и женщин ($p = 0,025$).

Заключение. На основании полученных результатов можно сделать вывод о модулирующем влиянии психофармакотерапии на уровни гликемии у данного контингента пациентов: повышение уровня HbA1c на фоне терапии АН и снижение его концентрации в группе пациентов с шизофренией, использующих ТН.

Распространенность сахарного диабета 1 типа у больных шизофренией и структура его осложнений

Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет;*

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Актуальность. Многие социально значимые заболевания имеют антропогенную природу. Оценка сахарного диабета с позиций его антропогенности определяет необходимость рассмотрения центральных механизмов регуляции и участия системы высшей нервной деятельности в формировании патологии. В силу особенностей шизофрении высшие нейрогенные функции здесь осуществляются не корректно, нарушена иерархическая целостность центральных интегративных механизмов регуляции; указанное своеобразие эндогенных предпосылок дополняет экзогенный модулятор – практика продолжительной или эпизодической лекарственной терапии психоза.

Цель исследования. Изучить распространенность сахарного диабета 1 типа (СД1), структуру его осложнений у больных шизофренией и сравнить с когортой психически здоровых лиц.

Методы исследования. Анализ когорты больных с шизофренией (психиатрический диспансер и стационар, $n = 3156$, мужчины – 1641, женщины – 1515) и соматической выборки пациентов терапевтических отделений, исключая службы, специализированно курирующие пациентов с сахарным диабетом ($n = 2931$, мужчины – 1357, женщины – 1641). Статистическая обработка результатов.

Результаты и обсуждение. Установлена практически одинаковая встречаемость СД1 ($p = 0.437$) среди психически больных (3 случая, 1 мужчина и 2 женщины) и здоровых испытуемых (2 мужчин и 4 женщины), при отсутствии гендерной разницы встречаемости как в 1-м ($p = 0.221$), так и 2-м случае ($p = 0.821$). Малое количество пациентов в исследуемой ($n = 3$) выборке не позволяет считать полученные результаты окончательными. В то же время, обе группы не имеют существенных различий по встречаемости микро- и макроангиопатий. Была проведена оценка встречаемости острых осложнений СД1 у пациентов с шизофренией. Полученные результаты были сопоставлены с данными группы психически здоровых

лиц. Клиническим дополнением СД1 здесь являлись нарушения практики инсулинотерапии ($p = 0.007$) с более частыми, чем в контрольной группе, эпизодами гипогликемии ($p = 0.022$) и кетоза ($p = 0.047$).

Выводы. СД1 одинаково присутствует среди мужчин и женщин больных шизофренией, его распространенность сопоставима с контрольной группой. Спецификой осложнений СД1 здесь является более значительная, чем в контроле, частота кетоза/гипогликемии. На клиническую картину накладываются особенности проявления и течения психического заболевания.

Роль фактора сахароснижающей терапии в формировании особенностей сахарного диабета 2 типа при шизофрении.

*Ермилов О. В., Ромасенко Л. В., Третьяков А. Ю.,
Солошенко В. В.*

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет;*

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского;*

г. Белгород

Городская больница № 2

Актуальность. Пероральные сахароснижающие препараты способны влиять на уровень инсулинемии и инсулинорезистентности (ИР). В частности, бигуаниды (метформин) уменьшают продукцию глюкозы печенью и индексы ИР, приводят к снижению гликемии и инсулинемии, а препараты сульфонилмочевины стимулируют β -клетки поджелудочной железы.

Цель исследования. Анализ значения сахароснижающей терапии в формировании особенностей сахарного диабета 2 типа (СД2) при шизофрении (Ш).

Методы. Сформированы 2 группы: основная – 25 пациентов с СД2 психиатрического стационара (10 мужчин, 15 женщин) и контрольная – психически здоровые пациенты с СД2 (39 человек): 17 мужчин, 22 женщины. Тактика терапии СД2 в обеих группах включала средства из группы бигуанидов (метформин) и препараты сульфонилмочевины (глибенкламид или гликлазид).

Результаты. Установлено, что психически больные пациенты получали несколько меньшие дозы глибенкламида (мг), чем пациенты контрольной группы (5[3,5–5] и 6,75[5–8,5], $p = 0,060$), бигуанидов в монотерапии (750[500–1000] и 1000[1000–1500], $p = 0,005$) и в комбинации с гликлазидом (875[750–1000]/60 и 1500[1000–1500]/60, $p = 0,035$).

Оценены уровни инсулинемии, С-пептидемии и ИР при шизофрении в зависимости от тактики терапии СД2. Установлено, что больных Ш, получающих метформин, в отличие от психически здоровых лиц с СД2, характеризует существенно меньшая величина уровня С-пептидемии и инсулинемии; причем среднесуточная доза препарата у последних была значительно выше. Так, в случае приема метформина в монотерапии, концентрация СП на 31,1 % ($p = 0,021$) уступала контрольным значениям, а при комбинировании его с гликлазидом значения инсулинемии были ниже контрольных на 45,6 % ($p = 0,029$). Величины НОМА-IR и CARO при психозе также отличались от цифр в группе психически здоровых лиц соответственно на 67 % ($p = 0,014$) и 66 % ($p = 0,018$).

Отдельно проанализированы только примеры с впервые выявленным СД2, где влияние фактора сахароснижающей терапии на данные показатели исключалось. В этом случае концентрации инсулина, СП и ИР при Ш сопоставимы с контролем ($p < 0,05$). Иначе говоря, при условии непродолжительного анамнеза СД2, либо его субклинического течения, определивших отсутствие использования сахароснижающих препаратов, имело место сглаживание различий по указанным показателям.

Таким образом, при СД2 прием бигуанидов (самостоятельно и в комбинации с препаратами сульфонилмочевины) даже в сравнительно меньших дозах способствует снижению значений С-пептидемии, инсулинемии и ИР у пациентов, страдающих Ш.

Клинико-генетические ассоциации инсомнических нарушений в постабстинентном периоде у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

Ефремов И. С., Асадуллин А. Р., Насырова Р. Ф.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева,*

г. Уфа

*Башкирский государственный медицинский университет
Минздрава России,*

г. Уфа

Республиканская клиническая психиатрическая больница

Актуальность. Инсомнические нарушения у лиц с алкогольной зависимостью встречаются на всех стадиях заболевания, ассоциированы с рядом клинических особенностей, и в постабстинентном периоде, составляющим две-три недели после купирования синдрома отмены алкоголя (Агибалова Т. В., Альтшулер В. Б. и др., 2014), могут рассматриваться как фактор риска рецидива злоупотребления алкоголем (Arnedt J. T. et al., 2017; Brower K. J. et al., 2015). Важным звеном патогенеза в развитии инсомнических нарушений является система мелатонина и его предшественников (Hasler B. P. et. al., 2015). Среди проанализированных нами опубликованных исследований, не обнаружено работ, изучающих роль однонуклеотидных вариантов (ОНВ) генов регуляторов циркадных ритмов в развитии инсомнических нарушений в постабстинентном периоде и связанных с ними клинических проявлений у пациентов с алкогольной зависимостью.

Цель исследования. Изучить клинико-генетические ассоциации инсомнических нарушений в постабстинентном периоде у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

Задачи:

1. Исследовать распространенность инсомнических нарушений в постабстинентном периоде у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

2. Выявить взаимосвязь между инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде у пациентов с алкогольной зависимостью и тяжестью синдрома отмены алкоголя, судорожными припадками в структуре синдрома отмены алкоголя, развитием алкогольного делирия, депрессивными расстройствами.

3. Определить ассоциацию инсомнических нарушений в постабстинентном периоде и ассоциированных с ними клинические проявления с носительством полиморфных вариантов генов: HTR2A (rs6313), MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497).

Материалы и методы. Проведено сравнительное кросс-секционное исследование пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2). Базы исследования: Республиканский наркологический диспансер (РНД) № 1 г. Уфы, РНД № 2 г. Стерлитамак. Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе центра персонализированной психиатрии и неврологии НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург). Исследование одобрено Локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (Протокол № 2 от 27.02.2019; Протокол № 7 от 08.07.2020 г.).

Для формирования выборки были использовались критерии включения, невключения и исключения. Критерии включения: диагноз F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; подписанное добровольное информированное согласие; возраст от 18 до 55 лет; 7–14 день с момента госпитализации; отсутствие приема психотропных препаратов, оказывающих влияние на сон. Критерии невключения: наличие на момент обследования синдрома отмены алкоголя; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; наличие причин, затрудняющих вербальный контакт; наличие коморбидной психической патологии: шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства (F20–F29), деменция (F00–F03), умственная отсталость (F70–F79), тяжелой соматической патологией. Критерии исключения: отказ от участия в исследовании после его начала, выявление в процессе клиническое интервьюирование критериев невключения.

В исследование было включено 314 пациентов. Средний возраст испытуемых составил $41,92 \pm 7,9$. Среди испытуемых 21 % (67/314) были женского пола, 79 % (247/314) мужского пола. Соответствие распределению генотипов закону Харди-Вайнберга оценивалось при помощи точного теста Фишера с использованием портала Мюнхенского института генетики человека (<https://ihg.gsf.de/cgi-bin/hw/hwa1.pl>). Выборка репрезентативна.

Методами исследования: клинико-психопатологический, психометрический, молекулярно-генетический и статистический методы. Клинико-психопатологический метод включал в себя клиническое интервьюирование пациентов. Тяжесть протекания синдрома отмены алкоголя оценивалась при помощи шкалы оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar, Saitz R. et al., 1994). В качестве инструмента для оценки наличия и выраженности инсомнии был применен Индекс тяжести инсомнии (Insomnia Severity Index, ISI, Bastien et al., 2001). Для исследования выраженности депрессии

применялась Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS; Montgomery S.A., 1979).

У всех испытуемых были взяты образцы венозной крови в количестве 10 мл, которые были заморожены и транспортированы в ФГБУ НМИЦ ПН им. Бехтерева. Генотипирование по ОНВ генов проводили с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (RT-PCR) на амплификаторе RotorGene 6000 (Qiagen, Германия) с помощью набора реагентов производства компании Синтол (Москва). Было проведено генетическое обследование двух групп пациентов: первая группа – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2); вторая группа – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя и инсомническими расстройствами.

Статистическая обработка проводилась методами параметрического и непараметрического анализа с применением программных пакетов STATISTICA 10, Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. В исследуемой выборке инсомнические нарушения выявлены у 136 пациентов: жалобы на нарушения сна, 10 и более баллов по результатам использования Индекса тяжести инсомнии (ISI, Morin C. M. et al., 2011). Контрольной группой стали 178 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя без инсомнических нарушений в постабстинентном периоде. Группы не отличались по полу и возрасту.

При сравнении результатов по шкале CIWA-Ag, в исследуемой и контрольной группах с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни, было выявлено, что у испытуемых исследуемой группы выше показатели тяжести протекания синдрома отмены алкоголя по шкале CIWA-Ag ($p = 0,005$). При использовании простой регрессии было выявлено, что выраженность инсомнии влияет на тяжесть синдрома отмены алкоголя (по данным CIWA-Ag), модель объясняет 3,2 % дисперсии ($R^2 = 0,32$; $b^* = 0,18$; $p\text{-value} = 0,000795$). При применении критерия Хи-квадрат Пирсона, выявлено, что частота встречаемости судорожных припадков после отмены алкоголя в исследуемой группе выше, чем в контрольной группе ($\chi^2 = 6,202$; $p = 0,013$). При сравнении групп, имеющих в анамнезе эпизод алкогольного делирия ($n = 123$) и не имеющих ($n = 191$) было определено, что у лиц с наличием в анамнезе алкогольного делирия выраженность инсомнии по индексу тяжести инсомнии статистически значимо выше (U-критерий Манна-Уитни, $p = 0,006491$). У пациентов исследуемой группы в большей степени выражены депрессивные проявления по шкале MADRS, чем у пациентов контрольной группы ($p < 0,0001$).

При проведении молекулярно-генетического исследования было выявлено, что носительство аллели G* полиморфного варианта гена MTNR1B (rs10830963), а также содержащих её генотипов ассоциированы с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде в большей

степени, чем носительство генотипа С*/С*. Аллель С* полиморфного варианта гена CLOCK (rs1801260), а также генотип С*/Т* ассоциированы с инсомническими расстройствами. Носительство генотипа Т*/Т* гена MTNR1A (rs34532313), генотипа G*/G* гена MTNR1B (rs10830963), генотипа Т*/Т* гена HTR2A (rs6313), генотипа С*/Т* гена HTR2A (rs6313), а также генотипа С*/С* гена CLOCK (rs1801260) генотипа С*/Т* гена DRD2 (rs1800497) ассоциированы с тяжестью протекания синдрома отмены алкоголя. Носительство генотипа G*/G* гена MTNR1B (rs10830963) ассоциировано с депрессивным расстройством у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Ассоциаций полиморфных вариантов генов HTR2A (rs6313), DRD2 (rs1800497) MTNR1A (rs34532313) CLOCK (rs1801260), и депрессивных расстройств у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя выявлено не было.

Выводы. Инсомнические нарушения в постабстинентном периоде встречаются менее чем у половины пациентов и ассоциированы с тяжестью синдрома отмены алкоголя, частотой осложнений синдрома отмены алкоголя судорожными припадками и алкогольным делирием, а также депрессивными расстройствами. Их развитие имеет генетические предпосылки, связанные с генами рецепторов мелатонина, серотонина, дофамина и гена CLOCK.

Влияния семейного фактора на течение шизофрении

Жарикова И. Ю.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность темы. Лечение шизофрении представляет из себя длительный процесс, где важную роль играет отношение ближайшего окружения больного к необходимости выполнения врачебных рекомендаций. Отношение семьи к заболеванию бывает различным: анозогностическое, частичное или полное принятие заболевания. Позитивное или негативное отношение семьи к назначенному лечению оказывает свою роль в формировании и поддержании комплаенса. Семья больного шизофренией имеет возможность оказать положительное влияние на процесс лечения и последующей реабилитации, способствовать соблюдению выполнения врачебных назначений. Именно ближайшее окружение больного имеет возможность длительное время наблюдать за его состоянием и отмечать изменения в его поведении.

Цель исследования. Изучить влияние семьи на особенности течения болезни при шизофрении.

Методы исследования. Анализ литературы по исследованиям внутрисемейных отношений у лиц, страдающих шизофренией.

Многим семьям фармакотерапия представляется основным средством преодоления заболевания, и решение проблемы видится только в правильном подборе лекарств. Однако, современный подход к лечению психических расстройств, предполагает сбалансированное сочетание трех основных компонентов: фармакотерапии, психотерапии и психосоциальной реабилитации. Помимо осуществления контроля над выполнением назначенного лечения, семья может способствовать восстановлению функционирования больного, оказывать ему социальную и эмоциональную поддержку, особенно в условиях недостатка организаций, осуществляющих социальную реабилитацию и внестационарную работу с психиатрическими пациентами и членами их семей.

В какой степени микросоциальному окружению удастся решить возникшие проблемы, в связи с психическим заболеванием одного из членов семьи, во многом зависит и течение самого заболевания, и состояние самой семьи. Приведет ли это к сплочению семьи или ее разобщению и нарастанию конфликтных отношений зависит от характера реакции на болезнь, ее конструктивной или деструктивной направленности. По мнению А. Szalíta (А. Szalíta, 1968), семья либо консолидируется и создает условия, благоприятствующие ремиссии, либо внутри нее происходит раскол, который приводит к изоляции больного.

Особенности поддержания семейных отношений у лиц с психическими расстройствами отличаются от взаимодействия в микросоциальной среде у психически здоровых людей. Говоря о ближайшем окружении больного шизофренией, следует учитывать изменения личности и эмоциональной сферы вследствие имеющегося заболевания. Замкнутость, стремление к уединению, холодность и избирательность в поддержании контактов ведет к снижению круга общения и ограничению количества значимых для них людей. Опасение дискриминации и предвзятого отношения приводит к частому сокрытию семьей диагноза и ее известной изолированности от общества.

В вопросе влияния семейных отношений на характер течения шизофрении следует упомянуть выдвигаемые теории происхождения данного заболевания, связанные с микросоциальным окружением больного, такие как концепция «двойного зажима» Г. Бейтсона (Bateson G., D. Jackson, J. Haley, J. Weakland, 1956), шизофреногенной матери и псевдосолидарной семьи. На данном этапе развития науки, хотя подобные подходы и имеют теоретическую значимость, но причина возникновения шизофрении

не сводится к переносу всей ответственности за возникновение заболевания на одну только семью. По современным представлениям, при исключении семьи как причины психического расстройства, учитывается, что психологический климат в микросоциальном окружении оказывает влияние на течение и прогноз заболевания.

Одно из первых исследований, посвященных изучению влияния семейных отношений на течение шизофрении, было проведено английским клиническим психологом Джорджем Брауном (G. Brown, 1959) в клинике Моудсли. Его суть состояла в сравнении двух групп больных шизофренией, часть которых после стационарного лечения возвращалась в родительскую или супружескую семью, остальные проживали одни или не имели родственников. По его результатам, больше случаев обострений было среди лиц, вернувшихся в семью. Первичный вывод заключался в том, что общение с семьей оказывает негативное влияние на состояние больного, и лучшим для него будет избегать контактов с родственниками. Вместе с тем, по мере изучения синдрома госпитализма, и более поздним исследованиям последствий изоляции от семьи, выяснилось, что подобная тактика ведет к не менее тяжелым последствиям. Но, полученные в исследовании результаты, подтверждают, что превышение негативного опыта общения с семьей по сравнению с получаемой от них поддержкой, отрицательно влияет на характер течения заболевания, что поставило перед собой новые задачи в изучении влияния семейных отношений на болезнь и их коррекции с целью повышения качества лечения.

Особенности внутрисемейных коммуникаций и психологического климата семьи приобрели значимую роль в последующих исследованиях. Важным этапом, в понимании влияния семейных факторов на течение шизофрении становится массовое исследование коммуникативных аспектов в семьях лиц, страдающих данным заболеванием. Так, исследования эмоциональной экспрессивности (*expressed emotion study*) начались с 60-х годов английской исследовательской группой под руководством Д. Брауна (J. Brown, E. Monsk, J. Carstairs, 1962), а затем продолженных К. Вон, Е. Лефом (C. Vaughn, J. Leff, 1976).

Всего было проведено более 30 исследований уровня эмоциональной экспрессивности в семьях больных шизофренией. По итогам проведенной работы по изучению данной проблемы следует, что если пациент в семейной среде часто подвергается выражению отрицательных эмоций со стороны своих родственников, то возрастает вероятность обострения и неблагоприятного течения болезни. То есть высокая эмоциональная экспрессивность является стессогенным фактором и предиктором обострения заболевания, тогда как ее низкий уровень сопутствует повышению качества ремиссии. В исследовании Лефа (J. Leff, L. Kuipers, R. Berkowitz, D. Sturghon, 1985)

и соавторов было показано, что снижение уровня критицизма в результате работы с семьей сопровождается повышением тепла. Следовательно, низкий уровень эмоциональной экспрессивности и наличие семейной поддержки, доверительных отношений с родственниками оказывает благоприятное влияние на характер течения заболевания.

Конфликтные отношения в семье могли иметь место еще до начала заболевания одного из ее членов. В более поздних исследованиях К. Minkoff (К. Minkoff, R. Stern, 1985) и А. Strachan (А. Strachan, 1986). эффективности реабилитации больных шизофренией успешность реабилитационного процесса прямо соотносится со степенью выраженности внутрисемейной конфликтности, с психологическими установками больного и членов его семьи по отношению друг к другу. Так, в семьях больных шизофренией может присутствовать не всегда правильное и корректное отношение к ним со стороны других членов семьи, включая обесценивание и критику их действий и высказываний, попытки снизить их самостоятельность, объясняемые как заботу об их благополучии, выражение раздражения при их неповиновении. В исследованиях Друзь В. Ф (1989) и Агафонова С. Н (2003) отмечено, что больные, характеризующиеся повышенной враждебностью и негативизмом по отношению к членам своей семьи, встречают такое же отношение и со стороны родственников.

Наряду с подтвержденным ранее влиянием межличностных отношений в семье на качество и продолжительность ремиссии при шизофрении, вопрос семейного статуса и его влияния на характер заболевания оставался недостаточно освещенным до недавнего времени. Важно учесть, что семейное положение наряду с трудовой занятостью, выполнением бытовой работы по самообслуживанию и поддержанием дружеских контактов, является одним из критериев социальной активности личности. Так, по мнению Аграновского М. А. (1982), пациенты, имеющие семьи, лучше адаптированы, а отсутствие семьи, в исследовании Вешугиной Т. С. (1996) отрицательно сказывается на социальном функционировании. Из чего следует, что семейный статус и характер ближайшего окружения больных шизофренией имеют важное значение для их социальной активности.

Выводы. Роль микросоциальной поддержки особенно значима на первых этапах заболевания, она имеет положительное влияние на повышение возможностей адаптации и при длительном течении болезни. При этом наиболее значимыми являются вопросы эмоциональной поддержки, улучшения коммуникативных навыков, формирования компенсаторных механизмов преодоления нарастающей дефицитарной симптоматики, адекватного отношения к болезненным переживаниям, предупреждение семейной и трудовой дезадаптации. Учитывая, что микросоциальное окружение

может оказывать как неблагоприятное влияние на больного, так и быть источником поддержки и способствовать его реабилитации, то успешное преодоление семейных проблем и дисгармоничных отношений открывает возможности для более продуктивной социальной адаптации лиц, больных шизофренией.

Отрицательное влияние семьи на состояние больного и его социальную активность возможно исправить путем выработки у его родственников понимания его психологических особенностей, нахождением к нему нового подхода в сочетании с поддержкой и организацией взаимодействия с медицинскими работниками.

Опыт применения тренинга коммуникативных навыков в работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами в период пандемии COVID-19

Жоголева Т. И., Захарова Е. Г.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Во всем мире происходит рост числа психически больных людей. Многие исследователи обращают внимание на то, что социальные последствия психических расстройств – это серьезная проблема не только для больных и их близких, но и для общества. Психические расстройства сопровождаются нарушением общественного функционирования личности. Одним из проявлений болезненного процесса является нарушение навыков общения, что приводит к отрыву от семьи и общества.

Общение является неотъемлемой частью жизни каждого человека. При помощи него мы получаем, передаем различного рода информацию, взаимодействуем с другими людьми, развиваемся. Общение должно приносить радость и удовольствие, но, к сожалению, бывает и наоборот. Тренинг коммуникативных навыков направлен на предотвращение этой проблемы, способствует развитию коммуникативных навыков, учит правильно и конструктивно взаимодействовать с людьми.

Цель и задачи. Целью явилось изучение эффективности применения коммуникативного тренинга для лиц, страдающих психическими расстройствами, и его влияние на формирование, восстановление и развитие у пациентов навыков общения, а также приобретение ими знаний, социальных установок и опыта в области межличностного взаимодействия.

Тренинг направлен на последовательное решение следующих задач:

1. развитие мотивации и потребности к общению;
2. улучшение познавательной деятельности (мышления, речи, памяти, внимания, умения концентрироваться и проч.), развитие коммуникативной направленности мышления;
3. формирование адекватной самооценки, а также навыков саморегуляции и самонаблюдения, необходимых для эффективного общения;
4. обучение эффективным способам общения и тренировка навыков конструктивного межличностного взаимодействия.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 4 женского общепсихиатрического отделения ОГБУЗ «ТПКБ» 2019–2021 гг. В отделении обеспечивается организация и проведение диагностических исследований и лечения психических расстройств. Проводятся медико-социальные экспертизы, принудительное лечение общего и специализированного типа по постановлению суда, а также психосоциальные реабилитационные мероприятия. Несмотря на сложную эпидемиологическую обстановку, связанную с COVID-19, в 2020 г. на базе отделения не прекращалась работа с группами пациентов, имеющих нарушения в сфере общения. Отбор пациентов в соответствии с показаниями и противопоказаниями для участия в тренинге проводил лечащий врач, объяснял пациентам важность участия в тренинге для улучшения социальной адаптации. В тренинге участвовали пациенты с нарушением общения, имеющие желание участвовать в нем и готовым сотрудничать с ведущими: медицинским психологом и социальным работником. К участию в тренинге не допускались больные в период острого психотического состояния, с выраженной тревожностью, грубым интеллектуальным снижением, старше 50 лет. Занятия проводились два раза в неделю с продолжительностью 30–40 минут. Количество участников до 8 человек.

Каждое занятие тренинга предусматривало три основные части. В первой, вступительной, части занятия (15–20 мин) использовались упражнения и игры, направленные на снятие психоэмоциональной напряженности, устранение тревожности, повышение групповой сплоченности, а также упражнения и игры, обеспечивающие настрой на работу. Во второй части используются упражнения и ролевые игры, несущие основную психокоррекционную нагрузку и направленные на развитие вербальных и невербальных коммуникаций, социального восприятия, формирование элементов эффективного межличностного взаимодействия. После выполнения каждого упражнения проводилось его обсуждение и анализ, участники тренинга делились своими чувствами и мыслями (например, что чувствовали, когда что-то не получалось). Третья часть каждого занятия строилась с таким расчетом, чтобы закрепить достигнутое в группе, поддержать положительную

групповую атмосферу, мотивировать участников на участие в следующем занятии. В конце занятия участники заполняли опросник по оценке удовлетворенности им, а по окончании тренинга заполняли опросник по удовлетворенности тренингом в целом.

Результаты и обсуждение. В тренинге приняли участие 89 женщин, средний возраст которых составляет 38 лет (от 18 до 48 лет), страдающих психическими расстройствами и имеющих дефицит навыков общения. Все участники тренинга получали медикаментозное лечение. Результаты оценки эффективности показали (по шкале оценки субъективности), что участие в тренинге способствовало уменьшению тревоги, напряженности, враждебности у 30 % пациентов, улучшению навыков вербального и невербального общения у 55 % пациентов, а также формированию продуктивных, социально приемлемых форм поведения у 15 % пациентов. В ходе тренинга участники в большей степени начинали контролировать свои действия, чаще задумывались о последствиях, анализировали свое поведение, пытались понять, что стало причиной той или иной реакции окружающих. У подавляющего большинства пациентов было отмечено развитие навыков совладания с негативными эмоциями. Участники тренинга отмечали снижение уровня тревоги и неуверенности в ситуациях межличностного взаимодействия, о чем свидетельствовало снижение дистресса, вызванного проблемами в межличностном общении.

Выводы. Таким образом, тренинг коммуникативных навыков в работе с пациентами, страдающими психическими расстройствами, способствует повышению мотивации к общению, улучшению социально-перцептивных способностей, развитию диапазона навыков общения. Тренинг позволяет сформировать и усовершенствовать навыки взаимопонимания, как на вербальном, так и на невербальном уровне, развить навыки воображения, эмпатии и рефлексии, а также совершенствовать коммуникативную культуру участников группы.

Связь приема психоактивных веществ с возрастом дебюта и частотой повторных госпитализаций в психиатрический стационар у больных шизофренией

Задорожная О. В., Кушнерев И. С.

г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет

им. И. И. Мечникова

Актуальность. Шизофрения – одно из наиболее тяжелых по своим проявлениям и последствиям психических расстройств, выражающееся дезинтеграцией психической деятельности, сочетанием продуктивной (галлюцинаторной, бредовой, кататонической, гебефренной, аффективной и др.) и негативной (апатия, абulia, эмоциональная и социальная отгороженность и др.) симптоматики, поведенческих и когнитивных нарушений (Ю. А. Александровский, Н. Г. Незнанов, 2018). Употребление ПАВ является фактором, ухудшающим прогноз заболевания. (Климова И. Ю., Овчинников А. А., 2019). Не менее 10 % пациентов с данной патологией употребляют ПАВ с рекреационной целью, что способствует ухудшению социальной дезадаптации и влечет за собой риск агрессивного и аутоагрессивного поведения (Добровольская А. Е., Софронов А. Г., Пашковский В. Э., 2012). Клинические аспекты коморбидности употребления ПАВ и шизофрении изучены недостаточно, проведено мало исследований, анализирующих взаимосвязь между влиянием приема ПАВ на вероятность повторной госпитализации в психиатрический стационар.

Цель. Оценить влияние приема ПАВ на возраст дебюта шизофрении, частоту дальнейших регоспитализаций в психиатрический стационар.

Материал и методы. Исследуемая группа была составлена методом контролируемого отбора и состояла из 159 пациентов, из них мужского пола – 50,3 % (n = 80), женского – 49,7 % (n = 79), находящихся на стационарном лечении в мужском отделении СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница святого Николая Чудотворца». Критериями отбора были диагноз шизофрения (F20) и наличие в анамнезе данных о употреблении психоактивных веществ в прошлом или настоящем времени. Возраст пациентов варьировал от 19 до 69 лет, средний возраст составил 39 лет. Исследование проводилось в январе 2021 года. Нами применялись методы: клинко-психопатологический, статистический метод. Все расчеты произведены при помощи программы STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение. В структуре исследуемой группы пациентов было выделено 2 подгруппы. В первую подгруппу были включены

пациенты, страдающие шизофренией, никогда не употреблявшие ПАВ (50,9 % от общего числа участников исследования, $n = 81$), среди них женщины составляли 54,3 % ($n = 44$), а мужчины 45,7 % ($n = 37$). Возраст пациентов этой подгруппы варьировал от 20 до 63 лет. Во вторую подгруппу нами были включены пациенты, страдающие шизофренией и употреблявшие алкоголь и прочие ПАВ. Их количество было чуть меньше, чем в первой подгруппе и составило 49,1 % от всех участников исследования ($n = 78$). В данной подгруппе преобладали пациенты мужского пола (55,1 %, $n = 43$), женщины составили 44,9 % ($n = 35$). Возраст пациентов в данной подгруппе варьировался от 19 до 69 лет.

В подгруппе пациентов, употреблявших ПАВ выделено две дополнительные подгруппы: употреблявшие ПАВ только в преморбиде – 25,79 % ($n = 41$), и продолжающие употребление до настоящего времени – 23,29 % ($n = 37$). Из медицинской документации были получены данные о наркологическом анамнезе пациентов, возрасте дебюта заболевания. Дебют эндогенного заболевания у пациентов, участвовавших в нашем исследовании, отмечался в достаточно молодом возрасте: от 16 до 36 лет, средний возраст дебюта составил $21,5 \pm 5,36$ лет. Общее количество госпитализаций в психиатрический стационар составило от 1 до 15, а средний показатель составил $6 \pm 3,41$. Только 12 пациентов (7,54 %) поступили в психиатрический стационар впервые в жизни. При анализе данных методом ранговой корреляции Спирмена выявилась достоверно значимая корреляция между приемом ПАВ и возрастом дебюта шизофрении ($r = 0,2649$, $p < 0,05$): дебют шизофрении у данной группы пациентов отмечался в среднем в $19 \pm 1,23$ лет, а у пациентов, не употреблявших ПАВ в $22,5 \pm 1,57$ года. Также число повторных госпитализаций в психиатрический стационар в связи с обострением эндогенного заболевания было достоверно связано с употреблением ПАВ ($r = 0,2754$, $p < 0,05$). Этот показатель составил в подгруппе пациентов, употреблявших ПАВ $8 \pm 2,1$. В подгруппе пациентов, страдающих шизофренией, и не употреблявших ПАВ среднее число повторных госпитализаций в психиатрический стационар составило $4 \pm 1,19$. При этом взаимосвязи возраста дебюта и количества повторных госпитализаций с полом пациентов, страдающих шизофренией, выявлено не было.

Выводы. Прием ПАВ в доманифестном этапе развития шизофренического процесса ухудшает течение и прогноз заболевания, влечет за собой повышение числа повторных госпитализаций, что увеличивает социально-экономическое бремя на систему оказания психиатрической помощи. Пациентов с коморбидной патологией часто рассматривают вне рамок их зависимостей, не указывают наркологический диагноз в истории болезни, несмотря на подробное описание симптомов зависимости. Представляется важным учитывать наркологический анамнез пациента, страдающего

шизофренией, для выбора адекватной тактики медикаментозного лечения и реабилитационных мероприятий с целью улучшения показателей адаптации и снижения показателей повторных госпитализаций. Своевременная диагностика и лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, позволит замедлить развитие шизофрении у пациентов с коморбидной патологией, улучшить их социальное функционирование и качество жизни.

Ранняя диагностика болезни Альцгеймера с помощью метода ЭЭГ

Занин К. В., Гомзякова Н. А., Белавин С. А.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева;*

Санкт-Петербургский государственный университет

Актуальность. Болезнь Альцгеймера (БА) является самой распространенной причиной развития когнитивных расстройств у лиц пожилого возраста (Abbott A., 2011) от 60 до 80 % всех случаев приобретенного слабоумия так или иначе связаны с нейродегенеративными процессами, типичными для БА (Brookmeyer R., Johnson E., 2011). По прогнозам, к 2050 году в мире будет насчитываться более 100 млн. пациентов с диагностированными формами болезни Альцгеймера (Prince M., Albanese E., 2014).

Известно, что первые патофизиологические процессы в головном мозге у пациентов с БА начинаются за 10–20 лет до появления первых симптомов заболевания (Bateman R., Xiong C., 2012). Длительный доклинический период БА, при условии разработки четких методов ранней диагностики, дает возможность вовремя среагировать на пока еще клинически неопределяемые патологические изменения (Sperling R., Aisen P., 2011). По актуальным данным, электроэнцефалография (ЭЭГ) может использоваться не только при развернутой стадии заболевания, но и начальных этапах развития БА (Verghese P., Castellano J., 2011). В современной отечественной литературе практически отсутствуют данные о ранних ЭЭГ-маркерах БА, что обуславливает высокую актуальность проведенного исследования.

Цель исследования. Выявить ЭЭГ-признаки, типичные для пациентов с ранней стадией болезни Альцгеймера.

Материалы и методы. При оценке когнитивной сферы использовались следующие экспериментально-психологические методы: краткая шкала

оценки психического статуса (MMSE), тест рисования часов (CDT), Шкала памяти Векслера (WMS). Для проверки комплекса лобных (регуляторных) функций применялась «Батарея лобных тестов» (FAB).

Было обследовано 69 респондентов от 44 до 88 лет, средний возраст составил $71 \pm 8,2$ года, 15 из них были мужчины и 54 – женщины.

В зависимости от жалоб, клинической картины выборка была разделена на две группы – в 1-ю вошли лица с умеренными когнитивными нарушениями (MMSE до 24 баллов включительно), у которых обнаруживались продромальные признаки болезни Альцгеймера (от 44 лет до 81 года), 2-ю составили здоровые респонденты у которых отсутствовали жалобы на расстройство когнитивных функций, не обнаруживалось клинических признаков деменции, согласно клинической рейтинговой шкале деменции (ClinicalDementiaRatingScale (CDR), отсутствовали признаки нейродегенеративного, либо васкулярного процесса на MPT. В соответствии с критериями в 1-ю группу вошли 42, во 2-ю – 27 респондентов.

Запись электроэнцефалограммы проводилась с помощью компьютерного электроэнцефалографа ТЕЛЕПАТ-104 по международной системе «10-20» в режиме моно и биполярной записи с использованием фронтальных (Fp1, Fp2, F3, F4, F7, F8), височных (T3, T4, T4, T6), теменных (P3, P4), центральных (C3, C4) и затылочных отведений (O1, O2). На мочки ушей были помещены электроды (A1 и A2). На полученных записях ЭЭГ предварительно удалялись артефакты с помощью ICA-анализа. Длительность анализируемого участка составляла 1 минуту в состоянии покоя при закрытых глазах. Далее сигналы были обработаны с помощью метода быстрого преобразования Фурье с получением значений спектральной мощности для альфа, бета, гамма и дельта ритмов. Полученные результаты были подвергнуты когерентному анализу с получением среднего коэффициента когерентности для каждого отведения.

Для статистической обработки полученных данных, ввиду отсутствия нормальности распределения ряда показателей по критерию Шапиро–Уилка применён непараметрический критерий U Манна–Уитни и непараметрический корреляционный анализ R Спирмена. В случае нормальности распределения и равенства дисперсий некоторых показателей использовался *t*-критерий Стьюдента. Применялся пакет SPSS 20.0

Результаты и обсуждение. В результате проведенной статистической обработки было выявлено, что у пациентов с продромальными признаками БА средний коэффициент когерентности альфа-ритма в средневисочных отведениях T3 (КК = 0,390, $p = 0,044$), T4 (КК = 0,373, $p = 0,021$) и центральном отведении C4 (КК = 0,357, $p = 0,009$) выше, чем у здоровых испытуемых в аналогичных отведениях (в отведении T3 КК = 0,351, $p = 0,044$; T4 – КК = 0,341, $p = 0,021$; C4 – КК = 0,330, $p = 0,009$).

Средний коэффициент когерентности бета-ритма также выше у группы с ранними признаками БА в средневисочном отведении Т3 (КК = 0,347, $p = 0,037$), центральных отведениях С3 (КК = 0,341, $p = 0,018$) и С4 (КК = 0,337, $p = 0,009$). У здоровой группы средний коэффициент когерентности бета-ритма в данных отведениях составлял: Т3 – КК = 0,318, $p = 0,037$; С3 – КК = 0,298, $p = 0,018$; С4 – КК = 0,299, $p = 0,009$.

Полученные нами результаты соотносятся с последними исследованиями, согласно которым у пациентов на продормальной стадии БА происходит увеличение коэффициента когерентности «быстрых» ритмов (альфа и бета-ритмов). По всей видимости, подобные изменения биоэлектрической активности связаны с компенсационными механизмами, благодаря которым пациент длительное время сохраняет нормальное когнитивное функционирование на фоне уже имеющихся патологических процессов (Jones D. T., Knopman D. S., 2016).

Кроме того, средний коэффициент когерентности дельта-ритма снижен в затылочном отведении О2 у пациентов на ранней стадии БА (КК = 0,304, $p = 0,039$) при сравнении со здоровыми испытуемыми (КК = 0,333, $p = 0,039$). Подобные изменения отражают имеющиеся данные о снижении уровня когерентности дельта-ритма у пациентов с продормальной стадией БА, причем снижение когерентности начинается в затылочной области с постепенным переходом на теменную и лобную долю по мере утяжеления заболевания (Shigeta M., Julin P., 2006).

Выводы. Коэффициент когерентности показывает степень синхронизации ритма на определенных участках головного мозга. Полученные результаты свидетельствуют о повышении коэффициента когерентности альфа и бета ритмов в теменных и височных областях, а также снижение когерентности дельта-ритма в затылочной области у пациентов на продормальной стадии БА по сравнению со здоровыми людьми. Полученные данные могут быть в последующем использованы для разработки методов ранней диагностики БА с помощью ЭЭГ.

Влияние выявленных невротических расстройств на длительность госпитализации больных COVID-19 в инфекционном госпитале г. Барнаула

Зверев Е. Б.

г. Барнаул

Алтайский Государственный Медицинский университет

Актуальность. Появление COVID-19 поставило перед работниками здравоохранения сложные задачи. Даже по прошествии года с момента завоза COVID-19 на территорию Российской Федерации (далее – РФ), пандемия остаётся одной из самых актуальных тем не только в РФ, но и в мире в целом. COVID-19 затронула все сферы жизни. У пациентов с COVID-19 может обнаруживаться широкий спектр различных психопатологических состояний (Кекилидзе З., 2020).

Цель исследования. Изучение психопатологических состояний, в частности тревоги и депрессии, у больных, находящихся на стационарном лечении с 1 июля по 10 декабря 2020 г. в инфекционном госпитале Городской больницы № 12 г. Барнаула, с диагнозом «Новая коронавирусная инфекция лабораторно подтверждённая» и влияние их на течение заболевания и длительность пребывания в стационаре.

Материал и методы. Исследование осуществлялось Методом интервью при помощи специально составленной анкеты, включающей разделы госпитальной шкалы тревоги HADS и шкалы депрессии Бека, было обследовано 92 пациента с COVID-19, разных возрастных и социальных групп. Из них 62 (67,4 %) женщины и 30 (32,6 %) мужчин в возрасте в возрасте от 24–82 лет (средний возраст женщин составил 42 года, мужчин 45 лет.)

Результаты и их обсуждения. При анализе результатов по госпитальной шкале тревоги HADS, выявлено, что только 17,3 % человек не проявляли признаков тревоги и при анализе результатов по шкале депрессии Бека, наблюдалась вариация, считающаяся нормой. Ими выступают пациенты молодого возраста до 35 лет, имеющие легкое течение заболевания и проходившие лечение в среднем 14 койко-дней.

Субклинически выраженная тревога и легкая, умеренная депрессия наблюдалась у 42,3 % человек (средний возраст – $51 \pm 0,7$ год), из которых – 82 % женщины и 18 % мужчин. У этой категории наблюдалось среднее течение заболевания без отягчающих сопутствующих патологий. Лечение составило 16–20 койко-дней.

Клинически выраженная тревога и умеренная и тяжелая депрессия выявилась у 40,2 % опрошенных (средний возраст составил $63 \pm 0,7$ лет)

76,3 % женщин и мужчин 23,7 %, имеющих в анамнезе отягощающие сопутствующие патологии, а также и среднетяжелое, тяжелое течение заболевания. Период лечения составил 23 и более койко-дней.

Выраженные симптомы COVID-19, такие как высокая температура тела (фебрильная), дыхательная недостаточность и сухой кашель, нежелательные эффекты терапии (нарушение сна, вызванное системными кортикостероидами) приводили к усилению беспокойства и нарастанию тревоги.

Вывод. В рамках результатов исследования, можно сделать вывод, что наличие у пациентов психопатологических расстройств в виде депрессии и тревоги явились одним из отягощающих факторов, влияющих на продолжительность госпитализации – 23 и койко-дней и тяжесть течения заболевания.

Некоторые клиничко-социальные аспекты первичной диагностики шизофрении у пациентов среднего и старшего возраста

Земскова А. А., Галкина А. О., Сурикова В. В.

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1

им. Н. А. Алексеева

Актуальность. Изучение закономерностей развития расстройств шизофренического спектра остается одним из основных направлений современной психиатрии, что объясняется неблагоприятным течением и социальными последствиями. Ранняя диагностика эндогенных психозов относится к числу важнейших проблем современной психиатрии. (Снежневский А. В., 1985; Краснов В. Н., 1997; Литвинцев С. В. с соавт., 1998). Более того ранняя диагностика увеличивает шансы на раннее вмешательство и, возможно, уменьшает тем самым риск неблагоприятного развития болезни и возникновения нарушений социальной адаптации у больных (Финк Г. Ф., 2001; McGorry P. D., 2000; Klosterkotter J., 2001; Handest P., 2002). К настоящему времени отсутствует полная и достоверная информация о причинах позднего обращения к психиатру, факторах, влияющих на обращаемость населения за психиатрической помощью, о различиях обращаемости лиц женского и мужского пола, различных возрастных категорий. Все это в купе приводит к трудности ранней диагностики расстройств шизофренического спектра, а это в свою очередь представляет актуальность данного исследования.

Цель исследования. Анализ клинико-социальных характеристик пациентов в возрасте 40 лет и старше с первичной диагностикой шизофрении (F 20-21) в условиях психиатрического стационара.

Задачи исследования:

- изучить истории болезни пациентов в возрасте 40 и более лет, госпитализированных в психиатрический стационар за двухлетний период с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрении (F 20-21);
- проанализировать основные социальные и клинические характеристики пациентов;
- дать ретроспективную оценку дебюта психоза и возможных продромальных психопатологических явлений.

Материалы и методы: изучены 114 историй болезни пациентов в возрасте 40 и более лет, госпитализированных в психиатрический стационар за двухлетний период (2018–2019 гг.) с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрении (F 20-21) по итогам стационарного обследования и лечения. Проанализированы основные социальные и клинические характеристики пациентов, а также, исходя из сведений, содержащихся в медицинской документации, дана ретроспективная оценка дебюта психоза и возможных продромальных психопатологических проявлений.

Результаты и обсуждение: из массива историй болезни пациентов в возрасте 40 лет и выше, впервые госпитализированных в психиатрический стационар за два календарных года были отобраны 114 пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом шизофрении (F 20-21) по результатам стационарного обследования и лечения. В изученную группу из 114 человек вошли 101 пациент с установленным диагнозом параноидной шизофрении, два наблюдения с «другими формами шизофрении» и «шизофренией неуточненной», 7 с шизотипическим расстройством, а также были включены 4 пациента с диагнозом хронического бредового расстройства (F 22) с ведущей параноидной симптоматикой и без признаков нейродегенеративного процесса. В исследование не включались пациенты с диагнозами острых и транзиторных психотических расстройств и шизоаффективных психозов (F 23, 25). Из 114 пациентов 46 человек (40,4 %) составили мужчины и 68 (59,6 %) женщины. Средний возраст пациентов составил 50,6 лет, максимальный 79 лет. Изученная группа характеризовалась достаточно высоким образовательным уровнем, так у большинства пациентов имелось законченное высшее (50,9 %) и среднее специальное (33,3 %) образование. К моменту госпитализации 20 человек (17,5 %) были пенсионерами по возрасту, характерной особенностью выборки была нарушенная трудоспособность у значительного числа лиц, (то есть отсутствие постоянной работы без оформленной пенсии по возрасту или инвалидности), которая отмечалась у 81 пациента (71,1 %). Состояли в браке перед госпитализацией

24 (21,1 %) пациентов. Данные об отягощенной наследственности психическими расстройствами имелись медицинской документации лишь у 21,1 % лиц, преобладали алкоголизм, шизофрения и органические психические расстройства. Отмечались низкие показатели злоупотребления больными алкоголем и другими психоактивными веществами (5 человек). Около 40 % пациентов страдали хроническими соматическими заболеваниями, среди которых преобладали заболевания сердечно-сосудистой системы (20 человек – 17,5 %). В психопатологической картине доминирующее место занимали бредовые расстройства – у 92,9 % пациентов (параноидные, аффективно-бредовые и парафренические синдромы). По медицинской документации были проанализированы сроки дебюта психотического расстройства до госпитализации в психиатрический стационар, которые, в среднем, составили 5,1 года, но с огромным разбросом этого показателя у отдельных пациентов. Так, непосредственно (в течение месяца) перед госпитализацией психотический дебют отмечался только у 10,5 % больных, в целом до года – у 21,1 %, за 1-2 года у 22,8 %, от 2 до 5 лет у 12,3 %, от 5 до 10 лет – у 18,4 % и более чем за 10 лет до первичной госпитализации и установления диагноза – у 17 пациентов (14,9 %), при этом максимальная длительность течения психоза до установления диагноза составила около 30 лет. Таким образом, каждый третий пациент (33,3 %) страдал тяжелым психическим расстройством, в подавляющем количестве случаев бредовой структуры, за пять и более лет до госпитализации, установления диагноза и начала антипсихотической терапии. Безусловно по данным медицинской документации трудно с достоверностью судить о характере и длительности препсихотического продрома или «состояниях повышенного психического риска», которые наверняка наблюдались в анамнезе у большинства пациентов. Если ретроспективное выявление дебюта психоза входит в стандартное клиническое интервью и обязательно отражается в медицинской документации, то ретроспективная оценка продромальных явлений не всегда возможна даже при детальном клиническом опросе, в особенности если речь идет об уже отдаленном периоде времени. Тем не менее, приблизительно у трети пациентов в медицинской документации отражена информация, что до психотического дебюта у них отмечалась аффективная, невротоподобная, соматизированная симптоматика, поведенческие нарушения, в связи с чем некоторые пациенты наблюдались у психиатра в государственных медицинских учреждениях с диагнозами непсихотических психических расстройств (6,1 %), а также амбулаторно обращались к психиатрам в негосударственные медицинские организации (9,6 %). Для более детальной характеристики структурных особенностей выборки и оценки факторов, которые могли бы быть маркерами психоза пациенты, были разделены на группы по гендерному признаку (46 мужчин и 68 женщин), а также по возрасту, в котором был впервые

установлен диагноз психотического психического расстройства, при этом фактически половину составила группа в возрасте от 40 до 49 лет (59 чел.) и вторую часть группа 50 лет и более (55 чел.). Хотя вторая возрастная группа и не вполне соответствует понятию «сверх поздняя шизофрения», которая подразумевает дебют в возрасте 60 лет и более (таковых в изученном материале было лишь 13 человек), а согласно современной классификации ВОЗ возраст от 44 до 60 лет относится к «среднему возрасту», однако именно после 50 лет в организме начинаются отчетливые инволюционные процессы, поэтому подобное группирование материала с целью выявления значимых показателей нам представляется оправданным.

Выводы. Таким образом, своевременное распознавание психозов остается актуальной проблемой психиатрии и если пре-психотический продром с клинических позиций является пограничным психопатологическим состоянием и не может являться основанием для недобровольных психиатрических вмешательств, то присоединение явлений социального дрейфа, трудовой и жизненной неустroенности, нарастающей социальной изоляции должно стать настораживающим фактом прежде всего для ближайшего окружения пациента, а также социальных и медицинских служб. Поэтому для оптимизации психиатрической помощи и своевременной диагностики психозов необходимо психиатрическое просвещение населения, социальных работников и врачей первичного звена здравоохранения с предоставлением адресной социально и профессионально ориентированной информации о проявлениях психических расстройств.

Распространенность и проблемы диагностики шизотипического расстройства в детско-подростковом возрасте

Иванова С. М.

г. Москва

*Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н. И. Пирогова*

Актуальность. В свете предстоящего в 2022 г. официального вступления в действие международной классификации болезней 11 пересмотра (ICD-11) и последующей ее адаптации в отечественной психиатрии одной из наиболее сложных представляется проблема различных подходов к диагностике шизотипического расстройства. Место данного расстройства, а также его критерии диагностики, особенно в детско-подростковом

возрасте, остаются не до конца ясными. Наличие характерологический аномалий и психопатологических симптомокомплексов создают определенные сложности квалификации шизотипического расстройства, которое в нозологическом плане до сих пор остается спорной категорией (Смулевич А. Б., 2012). В своей работе J. Parnas с соавт. (2002) указывает на отсутствие твердого концептуально-клинического понимания шизофрении и отграничения её от расстройств личности. В классификации МКБ-10, используемой в нашей стране с 1999 г. по настоящее время, шизотипическое расстройство (F21) рассматривается в пределах диагностического класса F2 и объединяется с шизофренией и бредовыми расстройствами, в то время как в американской классификации оно было включено в категорию расстройств личности вплоть до внедрения DSM-V в 2013 г., в котором шизотипическое расстройство было добавлено в группу расстройств шизофренического спектра (297.1). Так Т. McGlashan (2002) полагает, что версия шизофрении по DSM-IV, в соответствии с которой стертые, неманифестные формы заболевания концептуализируются в пределах категории «шизотипическое расстройство личности» (т.е., по существу, нивелируются), может нанести вред здоровью пациентов. О необходимости выделения вялотекущей шизофрении в качестве самостоятельной формы из полиморфной группы расстройств шизофренического спектра, объединяемых понятиями «шизотипическое расстройство» или «шизотипическое расстройство личности» говорит и А. Б. Смулевич (2009).

Эпидемиологические данные, касающиеся распространенности шизотипического расстройства в отечественной психиатрии, немногочисленны (Менделевич Б. Д., 2009, Костюк Г. П., Шмуклер А. Б, Голубев С. А., 2017, Панкова О. Ф., Дорина И. В., Соболев А. А., 2019), а представленные сведения весьма противоречивы. На расхождения полученных данных могут оказывать влияние как различные методологические подходы, использующиеся при оценке психического состояния пациентов, так и организация психиатрической помощи населению.

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности и структуры шизотипического расстройства за период использования в РФ МКБ-10 (1999–2019 гг.) у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы г.Москвы. В качестве основных задач ставилось изучение половозрастных характеристик, основных тенденций изменения структуры выявляемых расстройств, вопросов диагностики и возможных причин этих изменений.

Материалы и методы. Объектом исследования явились данные из медицинской документации пациентов, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ» с 1999 г. по 2019 г. Обработка

полученных данных проводилась с использованием программного пакета «Microsoft Excel 2019».

Результаты и обсуждение. За изученный период общее число детей и подростков, поступивших на стационарное лечение, неуклонно росло и составило 2812 чел. в 1999 г. и 5675 чел. в 2019 г. Всего за 20-летний период было госпитализировано, с учетом повторных поступлений, 68 618 пациентов (диагностические рубрики F00-F90), из них диагнозы из раздела F2 (F20-F29) Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства зафиксированы у 6977 пациентов (10,2 % от общего числа). Диагноз F21 Шизотипическое расстройство был выставлен 2249 пациентам (3,3 % от общего числа). Что касается распространенности F2 по годам то, отмечен постепенный рост показателей с 1999 по 2011 гг., 8,4 % и 10,6 % от общего числа соответственно. В период 2012–2014 гг. зарегистрировано их снижение, в 2013 г. был зарегистрирован самый низкий показатель в 7,1 %, но в дальнейшем прослеживается вновь поступательный рост, достигший максимальных процентных и абсолютных показателей в 2019 г. – 13,2 %. Совокупные показатели за все изученные годы: больные с диагнозом шизофрении составили около половины (48,8 %) всех пациентов F2, около трети (32,3 %) – больные шизотипическим расстройством, 11,7 % составили больные шизоаффективным расстройством и 6,8 % – больные с транзиторными психотическими расстройствами. При этом важно отметить, что если с начала использования МКБ-10 в 1999 г. шизофрения в группе F2 составляла 75,3 %, то в 2019 г. больные шизофренией составили лишь 25,8 %, то есть отмечено трехкратное уменьшение. В абсолютных показателях число больных почти не изменилось – 177 против 193. Вместе с тем отмечен прогрессирующий рост больных с диагнозами из рубрики F21 Шизотипическое расстройство. С 8,1 % в 1999 г. до 23,8 % в 2006 г., последующей стабилизацией в 2007–2016 гг. в границах $35,4 \pm 4,81$ (\pm стандартное отклонение – СО) и резким ростом в 2017–2019 гг. с 42,4 до 48,3 % соответственно.

В соответствии с возрастной периодизацией все пациенты с диагнозом F21, были поделены на три основных возрастных группы: детский и младший школьный возраст (от 3 до 10 лет) – 405 чел. (18,1 %), подростковый возраст (от 11 до 14 лет) – 1108 чел. (49,3 %), старший подростковый (юношеский) возраст (от 15 до 17 лет) – 733 чел. (32,6 %). Максимальное число пациентов относились к возрастному интервалу 11–14 лет. Во всех возрастных группах диагноз F21 Шизотипическое расстройство чаще был выставлен мальчикам (74,1 %), чем девочкам (25,9 %).

Заслуживают внимания данные, полученные в отношении диагностических категорий из рубрики F21. У пациентов детской психиатрической больницы за все годы в абсолютном большинстве имел место диагноз F21.8 Шизотипическое личностное расстройство – 71,2 %, на втором месте по

частоте находилась F21.4 Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения – 15,2 %. Далее по мере убывания следовали F21.3 Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения – 6,3 %, F21.9 Шизотипическое расстройство неуточненное – 4,0 %, F21.5 «Бедная» симптомами шизофрения – 3,1 % и F21.1 Латентная шизофрения – 0,2 %.

Выводы.

1. Проведенное исследование на базе ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г. Е. Сухаревой ДЗМ» выявило изменения в структуре заболеваемости в группе расстройств шизофренического спектра (F2): уменьшение количества пациентов с диагнозом шизофрении (F20) и значительное увеличение количества пациентов с диагнозом шизотипического расстройства (F21).

2. В качестве основных гипотез, позволяющих объяснить выявленные тенденции, рассматриваются:

- a. явления клинического патоморфоза с нарастанием непсихотических форм расстройств шизофренического спектра, включающих аттенуированные формы и квази-психозы;
- b. недостаточная четкость критериев диагностики, не учитывающих особенностей возрастной психопатологии у детей и подростков в виде ее полиморфизма с незавершенностью, рудиментарностью и изменчивостью клинических феноменов;
- c. стигматизация больных с диагнозом шизофрении и использование «реабилитационных диагнозов» для облегчения социальной адаптации данного контингента больных;
- d. влияние организационной структуры психиатрической помощи, а именно получение льгот по установленному диагнозу без оформления инвалидности.

3. Имеющиеся трудности и противоречия в вопросах диагностики расстройств шизофренического спектра в детско-подростковом возрасте, в особенности шизотипического расстройства, требуют дальнейших клинико-катамнестических исследований для изучения клинико-динамических особенностей, подходов к диагностике и исходов шизотипического расстройства с началом в детском и подростковом возрасте.

Психопатологические особенности и наступление беременности у пациенток с синдромом поликистозных яичников

Ильина Н. А.

*г. Москва
ООО Гранат МЦ*

Актуальность. Многочисленные исследования показывают высокую распространенность, малую выявляемость психических нарушений у пациенток, имеющих хронические заболевания. Известно, что сопутствующие психические расстройства значительно влияют на комплайентность пациенток, течение и прогноз соматических заболеваний.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) представляет собой одну из самых распространенных эндокринных патологий. СПКЯ встречается более, чем у 10–15 % женского населения, и вместе с рядом метаболических нарушений (в частности, инсулинорезистентности и диабетом 2 типа), сердечно-сосудистыми заболеваниями, гиперплазией и раком эндометрия, а также психическими расстройствами (преимущественно непсихотическими) формируют один из приоритетных в плане исследования кластеров мультиморбидности.

На сегодняшний день не остается сомнений, что женщины с СПКЯ в большей степени подвержены психическим нарушениям, международные рекомендации предписывают проведение скрининга и лечения таким женщинам. Однако вопрос их влияния на репродуктивную функцию и эффективность гинекологического лечения, направленного на наступление беременности, остается непроработанным.

Цель исследования: изучить связь психопатологических особенностей пациенток с СПКЯ, наблюдающихся в центре репродукции, с наступлением у них беременности.

Материалы и методы: женщины с верифицированным гинекологом диагнозом СПКЯ (критерии ESHRE/ASRM), проходивших амбулаторное лечение в центре репродукции в Москве, осмотрены врачом-психиатром с использованием психометрических методик, затем спустя 2 года произведен сбор кагатнестических данных. Диагностика психических расстройств производилась на основании критериев МКБ-10.

Результаты. Обследованы 63 женщины с СПКЯ, у 26 из которых (41,3 %) были исходно выявлены расстройства настроения. У 30 пациенток за время между интервью наступила беременность (47,6 % от общего числа, среди них 9 с расстройствами настроения). Причем 18 женщин

(28,6 %, N = 63) сообщили о наступлении беременности после проведенного гинекологического лечения: стимуляции овуляции, лапароскопической каутеризации яичников или экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Еще 12 пациенток (19,0 %) забеременели, несмотря на отказ от специфического лечения (с их слов, в связи с его неэффективностью). Отказ от специфического лечения и наступление беременности вне врачебного наблюдения со значимо большей вероятностью регистрировался в подгруппе пациенток с расстройствами настроения (66,7 % против 28,6 %, χ^2 Пирсона, $p = 0,049$).

За период катamnестического наблюдения 10 женщин с СПКЯ перенесли депрессию с началом в первые два месяца после родов (33,3 % от общего числа забеременевших женщин, N = 30). В 8 из этих случаев (80,0 %) послеродовая депрессия была первым эпизодом депрессии за жизнь.

Обсуждение и выводы. Несмотря на ограниченность данных, результаты работы свидетельствуют о важности выявления расстройств настроения у женщин с СПКЯ, особенно планирующих беременность. По всей видимости, депрессия может препятствовать эффективности гинекологического лечения при этом неким образом способствовать (возможно, за счет наступления ремиссии) наступлению спонтанной беременности у пациентки вне традиционного медицинского сопровождения. Требуются масштабные многоэтапные исследования этой проблемы, позволяющие динамически отслеживать психофизиологические изменения у пациенток с СПКЯ. Кроме того, представляется необходимым сопровождение женщин с СПКЯ на протяжении беременности и родов, послеродового периода с целью своевременного выявления послеродовых депрессий, особенно у пациенток, ранее не страдавших расстройствами настроения.

Послеоперационные психозы: вероятность развития в зависимости от локализации глиальных опухолей головного мозга

Ильяев Н.П.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии
им. академика Н. Н. Бурденко*

Актуальность. По данным разных авторов выявляемость психических нарушений у больных с глиальными опухолями составляет от 15 до 100 %, в частности при височной локализации – у 74 % пациентов (Лукшина А. А., Ураков С. В., Лошаков В. А., 2011).

Сведения о связи психических нарушений со степенью злокачественности опухолей практически отсутствуют или косвенны. Так, показано, что у больных с глиомами низкой степени злокачественности психические расстройства составляют 15 %, тогда как при анапластических астроцитомах – более 20 % (Лошаков В. А., Голанов А. В. и др., 2004; Ураков С. В., Доброхотова Т. А., 2010).

В клинической структуре послеоперационных психозов отмечается определенная закономерность, она связана с местоположением удаленной опухоли и преходящими изменениями внутренней среды организма, что наиболее часто присутствует у больных после операций на таламогипоталамических образованиях (Брагина Н. Н. и соавт., 1997). Клиническая картина психозов после вмешательств на задних отделах правого полушария, III желудочка, хиазмально-селлярной области полиморфна: могут наблюдаться онейроидные состояния с сенсомоторной диссоциацией и способностью больных к ретроспективному самоописанию пережитого состояния, остро развивающийся корсаковский синдром с эйфорией, обильными конфабуляциями, акинетический мутизм с застываниями (Cairns H. et al., 1941; Брагина Н. Н. и соавт., 1997; Коновалов А. Н. и соавт., 1998; Воронина И. А. и соавт., 1998; Доброхотова Т. А. и соавт., 1999).

Недостаток знаний о зависимости психических нарушений от локализации поражения головного мозга приводит к тому, что 3–10 % больных с внутримозговыми опухолями лечатся первоначально в психиатрических стационарах (Доброхотова Т. А., 2006; Agazarian M. et al., 2006; Mueller C. et al., 2006; Habermeyer B., 2008).

Цель работы. оценить частоту возникновения и прогностическую значимость потенциальных факторов развития послеоперационного психоза у пациентов с глиомами головного мозга: возраст, локализация, гистология опухоли.

Задачи исследования:

1. Оценить частоту послеоперационных психозов у пациентов с глиальными опухолями.
2. Оценить прогностическую значимость потенциальных факторов развития быстро обратимой и длительной психотической симптоматики у пациентов с глиомами: возраст, локализация, сопутствующие соматические заболевания, гистология опухоли)

Материалы и методы исследования. Основной метод – клиничко-психопатологический в сопоставлении с рутинной нейровизуализацией (КТ, МРТ), принятой в НМИЦ.

Объект:

Проспективный анализ (случайная выборка) 125 пациентов с глиомами (2019–2020 гг.).

Ретроспективный анализ (только больные с выявленным психозом) – 158 пациентов (2016–2018 гг.).

Проспективное исследование проводится в 4-х временных позициях:

1. В пределах 24 часов до оперативного лечения осмотр психиатра с оценкой психического состояния.

2. Повторный осмотр – в первые-вторые сутки после оперативного лечения.

3. Осмотр на 7–10 сутки после операции (перед выпиской).

4. Через 3 месяца после операции (контрольное обследование лечебной командой).

Все полученные результаты психиатрического исследования заносятся в специально созданную карту – базу данных проспективных пациентов.

Обработка и анализ данных проводятся по протоколу, принятому в НМИЦ нейрохирургии.

Текущие результаты.

На данный момент выборка проспективного исследования состоит из 118 пациентов, первично оперированных по поводу глиом. Послеоперационные психозы, требующие вмешательства психиатра, наблюдались в 18 % случаев.

Оказалось, что избирательное поражение срединных структур (мозолистое тело, таламусы) связано с послеоперационным психозом в 45 % ($n = 9$).

При изолированном поражении передних отделов головного мозга – ни одного случая с психозом ($n = 23$).

При изолированном поражении задних отделов (темя, висок, затылок) – частота послеоперационных психозов 28 % ($n = 39$).

При поражении более одной доли мозга – частота психозов возрастает, достигая 44 % ($p < 0.01$).

Возраст пациента и злокачественность глиальных опухолей головного мозга как факторы – не влияют на частоту возникновения послеоперационного психоза.

Отмечалась тенденция к большей вероятности послеоперационного психоза у больных с сопутствующими психическими и соматическими заболеваниями (в том числе, Covid-19).

Обсуждение. Анализ результатов, представленных в настоящей работе, был направлен преимущественно на поиск причинно-следственной связи между послеоперационным психозом и локализацией опухоли. В настоящее время можно утверждать, что частота психозов в наибольшей степени зависит от локализации опухоли, однако остается ряд факторов влияния, роль которых станет более ясна при дальнейшем накоплении данных.

Клинико-психопатологические аспекты социального функционирования у детей с расстройствами аутистического спектра

Ирмухамедов Т. Б., Абдуллаева В. К.

*г. Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт*

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Исследования, последовательно развивающие данное направление, показали, что характерные нарушения развития всех психических функций при детском аутизме связаны с первичной дефицитарностью аффективной сферы.

Цель. Изучить клинические аспекты социального функционирования у детей с РАС.

Материал и методы. В ходе работы было обследовано 57 детей с аутистическими расстройствами в возрасте от 6 до 12 лет. Для сравнения была сформирована контрольная группа, которая включала в себя 57 здоровых детей (43 мальчика). В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, клинико-патопсихологический методы исследования.

Результаты и обсуждение. Анализ клинико-динамических характеристик аутистических расстройств показал половозрастные закономерности развития процесса и позволил выделить общие и отличительные признаки по основным диагностическим критериям. Независимо от возраста и пола сохраняются у детей с аутизмом всех возрастных групп расстройства социального функционирования (нарушение отношений со сверстниками, отсутствие сочувствия к другим людям, эмоциональной взаимности). Наиболее изменчивый диагностический критерий из этой группы – возможность установления глазного контакта – встречается у всех детей до 5 лет, а к 12 годам нарушен у 75 %. Нарушение коммуникации с окружающими, проявляющееся невозможностью установления диалога и трудностями формирования ролевых игр, встречается у всех детей. Задержка формирования речи наблюдается у детей с аутизмом до 5 лет в 85,7 % случаев. К 12 годам несформированность речи остается выраженной у половины детей. В возрасте до 12 лет речевые стереотипии выявляются у 71,4 % детей. При аутистических расстройствах у детей преобладает непрогрессирующее течение – 63,3 %. Непрерывно-вялое течение процесса зарегистрировано в 24,6 % случаев.

Заключение. Анализируя полученные данные, можно сделать вывод о низком уровне социального функционирования детей с аутизмом, требующего организации лечебно-реабилитационных рекомендаций.

Изучение предикторов агрессивного поведения: роль социальных и генетических факторов

*Казанцева А. В., Давыдова Ю. Д., Еникеева Р. Ф.,
Валинуров Р. Г., Ахмерова И. Ю., Шулина И. Н., Гареева А. Э.,
Хуснутдинова Н. Н., Хуснутдинова Э. К.*

г. Уфа

*Институт биохимии и генетики УФИЦ,
Башкирский государственный медицинский университет,
Республиканская клиническая психиатрическая больница,
Уфимский государственный нефтяной технический университет*

Актуальность. Агрессивное поведение (АП) представляет собой сложнейший феномен, рассматриваемый как действие, направленное на причинение вреда или ущерба другому живому существу, не желающему подобного обращения (Давыдова Ю. Д. и др., 2018). Согласно данным МВД РФ за 2019 г. в России было совершено более 2 млн. преступлений, из которых 389,4 тыс. приходится на тяжкие и 104,7 тыс. – на особо тяжкие преступления. Предполагается, что в основе этиопатогенеза АП важная роль принадлежит генетическим и средовым факторам, причём последние могут выступать в качестве триггеров, запускающих молекулярные механизмы, приводящие к манифестации излишней агрессивности, и в настоящее время являются предметом пристального изучения. Согласно результатам исследований, проведенным с использованием модельных объектов (Lucht et al., 2009; Witchey et al., 2016), нарушения в активности окситоцина и аргинин-вазопрессина и их рецепторов были выявлены у животных с излишней агрессией. Такие данные позволяют выдвинуть гипотезу о существовании биологических различий в уровне активности вышеупомянутых гормонов, связанных с различными вариантами генов их рецепторов – рецепторов аргинин-вазопрессина (AVPR1A, AVPR1B) и окситоцина (OXTR), лежащих в основе индивидуальной предрасположенности к формированию уровня агрессии.

Цель и задачи. Целью настоящей работы являлась оценка как основного эффекта социальных факторов, полиморфных вариантов и гаплотипов генов OXTR и AVPR1B, так и ген-средовых взаимодействий в развитие агрессивного поведения с учетом различий в социальных факторах.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 189 индивидов (7 % женщин) (89 русских, 63 татар и 34 башкира) (средний возраст $41,53 \pm 14,41$ лет), которые проходили судебную психиатрическую экспертизу по уголовному делу в связи с совершением тяжких или особо тяжких преступлений и находящиеся на принудительном лечении в Республиканской психиатрической больнице № 1 г. Уфы (диагноз поставлен по МКБ-10). В выборку были включены индивиды, признанные судом вменяемыми лицами и направленными отбывать наказание в места лишения свободы. Контрольная группа включала 254 здоровых донора (12 % женщин), соответствующих по возрасту (средний возраст $37,10 \pm 18,38$ лет), полу и этнической принадлежности (117 русских, 91 татар и 45 башкир) выборкам пациентов, не состоявшие на учете у психиатра и отрицавшие наличие у себя наследственной отягощенности по психическим заболеваниям. Данное исследование было одобрено локальным биоэтическим комитетом ИБГ УФИЦ РАН. ДНК была выделена из лимфоцитов периферической крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфных вариантов генов OXTR (rs2228485, rs53576) и AVPR1B (rs33911258) проводили методом ПЦР с флуоресцентной детекцией на амплификаторе «CFX96» (BioRad, США). Статистическая обработка результатов генотипирования включала проверку соответствия распределению Харди-Вайнберга и анализ ген-средовых взаимодействий между полиморфными вариантами генов с риском развития АП проводился с использованием моделей логистической регрессии (PLINK v.1.09). Для оценки ген-средового взаимодействия на основе изученных полиморфных вариантов в регрессионную модель были включены следующие средовые параметры: половая и этническая принадлежность, возраст, состав семьи, случаи жестокого обращения в детстве, табакокурение, злоупотребление алкоголем, материальное положение, порядок рождения, уровень образования, наличие серьезных соматических заболеваний, индивидуальная и семейная отягощенность психическими заболеваниями.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного логистического регрессионного анализа была обнаружена ассоциация некоторых из изученных средовых факторов с риском развития АП, включая наличие тяжелых соматических заболеваний ($\beta = 1.086$, $P < 0.001$), низкий уровень образования ($\beta = 2.160$, $P < 0.001$), табакокурение ($\beta = 1.105$, $P < 0.001$), порядок рождения ($\beta = 0.640$, $P = 0.008$), половая принадлежности (мужчины, $\beta = 1.228$, $P = 0.001$). Дальнейший анализ ассоциаций, проведенный как в общей выборке, так и с включением этнической и половой принадлежности как ковариат в модели логистической регрессии, продемонстрировал снижение частоты минорного аллеля rs2228485*С или генотипа rs2228485*С/С в гене OXTR среди лиц с АП по сравнению со здоровыми донорами в общей группе ($P = 0.045$; OR = 0.63). При проведении стратификационного

анализа согласно изученным средовым компонентам, были выявлены статистически значимые регрессионные модели, указывающие на более значимую ассоциацию аллеля rs2228485*С в гене OXTR с пониженным риском развития АП среди индивидов с серьезными соматическими заболеваниями ($P = 0.035$; $OR = 0.56$), злоупотребляющими алкоголем ($P = 0.034$; $OR = 0.61$), с наличием семейной отягощенности психопатологиями ($P = 0.025$; $OR = 0.52$), с высоким уровнем доходов ($P = 0.023$; $OR = 0.32$). Поскольку нами было показано сильное неравновесие по сцеплению между локусами rs2228485 и rs53576 в гене OXTR ($D' = 0.845$), в дальнейшем был проведен анализ ассоциации частот гаплотипов гена OXTR с риском развития АП. В частности, гаплотип T*G в гене OXTR (на основе rs2228485 и rs53576) был ассоциирован с повышенным риском развития АП ($P_{perm} = 0.049$; $OR = 1.38$). Включение в логистическую модель таких средовых факторов как половая ($P_{perm} = 0.037$; $OR = 1.40$), этническая принадлежность ($P_{perm} = 0.026$; $OR = 1.43$) и семейная отягощенность психопатологиями ($P_{perm} = 0.046$; $OR = 1.41$) усиливают ассоциацию гаплотипа T*G в гене OXTR с риском развития АП. Литературные данные также свидетельствуют в пользу вовлеченности вариантов гена OXTR локуса rs53576 в манифестацию агрессии и враждебности (Shao et al., 2018). Причем, важная роль отводится социальным факторам, которые выступают в качестве модуляторов генетических ассоциаций вариантов гена OXTR с АП (Sun et al., 2019). Одна из ранее опубликованных работ также свидетельствует о существенной вовлеченности полиморфных локусов rs53576, rs2254298, rs2228485 в гене OXTR в формирование определенного негативного паттерна социального поведения (Lucht et al., 2009), что согласуется с нашими результатами.

Выводы. Согласно полученным в настоящей работе данным, можно предположить, что некоторые генетические варианты генов ГН-системы (в частности, гена рецептора окситоцина) в комбинации с негативными средовыми воздействиями могут модулировать нейрональную активность, приводя к манифестации агрессивного поведения. В частности, важное значение для проявления излишней агрессии наряду с генетическим компонентом играет наличие в анамнезе серьезных соматических заболеваний, алкогольной зависимости и семейной отягощенности психопатологиями. Выявленные генетические ассоциации гаплотипа гена OXTR подтверждают на молекулярном уровне ассоциацию низкого уровня окситоцина в ЦНС с манифестацией излишней агрессии.

Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки РФ (№ АААА-А21-121011990119-1). Образцы ДНК взяты из ЦКП «Коллекция биологических материалов человека» ИБГ УФИЦ РАН, поддержанного Программой биоресурсных коллекций ФАНО России (соглашение № 007-030164/2).

Связь опосредованного запоминания с уровнем невротизации студентов во время реализации дистанционного обучения в период пандемии COVID-19

Каралевич С. А., Меметова С. Э., Мисуркин А. С.

г. Смоленск

Смоленский государственный медицинский университет

Актуальность. Память – познавательный психический процесс, включающий запоминание, сохранение, узнавание, воспроизведение и забывание информации. Опосредованная память как составная часть данного процесса реализуется при использовании человеком мнемотехнических методик. Опосредованное запоминание – это запоминание человеком различных понятий, объектов, образов, опираясь на произвольные символы, схемы, знаки, которые ассоциируются у данного человека с каждым конкретным понятием. Темп забывания материала зависит от различных факторов, в частности на него может влиять степень невротизации конкретного человека. Невроз – это функциональное психогенно-обусловленное болезненное состояние, захватывающее эмоциональные, волевые и соматовегетативные проявления личности. При неврозах, тревожных расстройствах нарушается концентрация внимания, обработка и восприятие внешней информации, что существенно затрудняет осмысление и эффективность использования мнемотехник в процессе фиксации воспроизведения запоминаемого.

Переход образовательных учреждений на дистанционное обучение в связи с пандемией COVID-19 возможно усилил уровень тревожности студентов, ведь это ввело множество вопросов как относительно здоровья и благополучия учащихся и их семей, так и их дальнейшего успешного освоения программ обучения и получения качественных знаний и положительных оценок за контрольные и экзамены.

На учебный процесс, работоспособность и мотивацию студентов негативно могут влиять высокий уровень стресса и тревоги. Риск эмоциональной лабильности, тревоги и депрессии выше в результате интенсивной нагрузки, большого объема осваиваемой информации, уменьшения продолжительности сна (Гинтере С., 2008).

Важно упомянуть, что на качественные и количественные показатели запоминания большое влияние оказывает депрессивное состояние исследуемого. У больных с депрессивным синдромом имеется положительная связь между личностной тревожностью и количеством ложных узнаваний (Алфимова М. В., 2017).

Цель исследования. Выявление взаимосвязи опосредованного запоминания с уровнем невротизации студентов во время реализации дистанционного обучения в период пандемии COVID-19. Для реализации поставленной цели были определены следующие задачи: изучить особенности опосредованного запоминания у студентов, выявить уровень невротизации у студентов, выявить взаимосвязь опосредованного запоминания с уровнем невротизации студентов.

Описание выборки. В исследовании принимали участие студенты ВУЗов г. Смоленска 17–31 года. По учебным заведениям респонденты распределены следующим образом: Медицинский Университет – 36 человек (76,6 %), Академия физкультуры, спорта и туризма – 8 человек (17 %), Православная духовная семинария – 2 человек (4,3 %), Сельскохозяйственная Академия – 1 человек (2,1 %). По курсам участники опроса ранжированы на 1 курс – 9 человек (19,15 %), 2 курс – 3 человека (6,4 %), 3 курс – 10 человек – (21,3 %), 4 курс – 9 человек (19,15 %), 5 курс – 16 человек (34 %). Среди опрошенных мужчин – 20 (42,6 %), женщин – 27 (57,4 %).

Материалы и методы. Исследование уровня опосредованного запоминания студентов проводилось по методике пиктограмм, исследование механической памяти по методике заучивания 10 слов по А. Р. Лурия, уровень невротизации респондентов выявлялся по шкалам Гамильтона для оценки тревоги и депрессии. Производилась оценка уровня запоминания студентов по методике заучивания 10 слов, согласно количеству воспроизведенных слов респондентами в пяти попытках. По методике пиктограмм оценивалось состояние ассоциативной памяти. По результатам прохождения респондентами шкал Гамильтона на тревогу и депрессию оценивался уровень невротизации опрошенных. Выявлялась корреляция между показателями запоминания и проявлениями тревоги и депрессии у респондентов. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы для работы с электронными таблицами «MicrosoftOfficeExcel 2010» и программы анализа данных для статистической обработки AtteStat.

Результаты и обсуждения. По итогам проведенного статистического анализа, присутствует положительная корреляционная связь между снижением показателей ассоциативной памяти и высокой тревожностью студентов ($P = 0,94$). Результаты также показали, что у студентов с выявленными симптомами депрессии показатели ассоциативной памяти ниже нормы ($P = 0,487$ – средняя положительная корреляция). Анализ полученных данных выявил некоторое снижение механического запоминания у студентов с высоким уровнем тревоги, однако студенты старших курсов (3–5 курс) при высоких показателях тревожности в большинстве показывали более высокий уровень механического запоминания, чем студенты младших курсов с высоким уровнем тревоги (1–2 курс). У студентов с симптомами

депрессии показатели механической памяти были ниже, чем у студентов без депрессивных симптомов. Высокая положительная корреляция ($P = 0,748$) наблюдается между выявлением симптоматической тревоги, выраженных тревожных расстройств и депрессивными расстройствами разной степени тяжести у наиболее невротизированных студентов данной выборки.

В ходе выполнения методики опосредованного запоминания и мышления (методика «Пиктограмма») 10,6 % респондентов затруднялись воспроизвести предлагаемые для запоминания понятия, причем нарисованные ими же пиктограммы часто не помогали узнаванию понятий. Это может свидетельствовать о нарушении целенаправленности мышления у данных студентов, поскольку опосредованные связи только мешают запоминанию.

По данным многих исследований, влияние тревоги на когнитивные процессы при высоком уровне тревожности ведет к снижению способности усваивать новый материал, так же, как и снижению точности узнавания заученной информации (Алфимова М. В., 2017). Причем студенты входят в группу наибольшего риска развития расстройств невротического уровня, поскольку подвержены многочисленным стрессам, и аномалии характера в их возрасте еще не достигли компенсации (Дмитриева К. П., 2016).

Студенты медуниверситета и сельхозакадемии показали более высокий уровень механического и опосредованного запоминания, чем студенты академии физкультуры и спорта, при аналогичных показателях невротизации, это можно связать с тем, что будущим медикам и ветеринарам приходится обрабатывать и запоминать большее количество информации на протяжении всего периода обучения. Также респонденты из медуниверситета и сельхозакадемии показали более высокие результаты механического запоминания относительно респондентов с аналогичными показателями тревожности из православной духовной семинарии, однако уровень опосредованного запоминания студентов данных вузов не отличался.

Переход на дистанционный формат обучения сопровождался различного рода проблемами, в том числе технического и организационного характера. Значительно возросла нагрузка, как на преподавателей, так и на студентов (Смогоржевский Д. А., 2020). Недостатками дистанционного обучения также было отмечено изменение критериев оценивания заданий, утрата живого общения между студентами и преподавателем (Samaher A Fallatah, 2020). Что послужило причинами дополнительных стрессов и роста тревожности обучающихся.

Выводы. Уровень невротизации студентов оказывает влияние на их когнитивные способности, в частности на опосредованное запоминание. Результаты исследования показывают, что ассоциативная память ниже нормы у студентов с высокой тревожностью и симптомами депрессии. Высокий

уровень невротизации способствовал снижению и механической памяти респондентов. Ассоциативная память в условиях невротизации более устойчива и может быть более эффективно использована в учебном процессе.

Дистанционное обучение в условиях пандемии COVID-19 способствовало возникновению дополнительных стрессов и волнений, тем самым, большому нарастанию тревожности опрошенных. Эффективность и главное преимущество – доступность дистанционного обучения может быть в полной мере реализована только с помощью усовершенствования технологий онлайн взаимодействия «ученик-учитель» и повышению заинтересованности преподавателей в создании психологически комфортных условий для студентов.

Оценка влияния антидепрессантов на функционирование системы гемостаза больных с расстройствами шизофренического спектра с помощью теста «Тромбодинамика»

Карпова Н. С.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. У больных с расстройствами шизофренического спектра часто диагностируются депрессивные синдромы. Около 10 % людей в развитых странах болеют депрессивными расстройствами (DiLuca и Olesen 2014). Кроме того, депрессивные расстройства увеличивают риск самоубийств (Bachmann 2018, Handley et al. 2018). Известно, что у больных эндогенными психическими расстройствами наблюдается развитие нейровоспаления (НВ) и, как следствие, формируется системное воспаление, значительно утяжеляющее состояние, что позволило сформулировать нейровоспалительную гипотезу шизофрении. НВ неотрывно связано с нарушениями работы системы гемостаза – биологической системы, обеспечивающей как жидкостное состояние крови, так и тромбообразование при повреждении стенок сосудов. Это делает актуальными исследования механизмов, лежащих в основе расстройств шизофренического спектра. Результаты таких исследований могут быть использованы при разработке новых персонализированных вариантов лечения.

Цель работы: используя тест «Тромбодинамика», исследовать влияние антидепрессантов, применяемых в психофармакотерапии, на состояние системы гемостаза у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Материалы и методы. Исследуемая группа включала 148 пациенток с расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 15 до 57 лет (медианный возраст [Q1; Q3] – 26,5 лет [20,0; 34,0]), поступивших на стационарное лечение в клинику ФГБНУ НЦПЗ.

Критерием включения в исследование является наличие расстройств шизофренического спектра.

Критериями не включения являются: органические заболевания ЦНС; соматические заболевания в стадии обострения; злоупотребление психоактивными веществами в анамнезе.

Пациентки были разделены на 2 группы. Группа 1 – 68 пациенток в возрасте от 16 до 57 лет (медианный возраст [Q1; Q3] – 29,0 лет [23,0; 36,0]), не принимающие антидепрессанты, группа 2 – 80 пациенток в возрасте от 15 до 53 лет (медианный возраст [Q1; Q3] – 25,0 лет [19,0; 32,0]), принимающие антидепрессанты.

Биохимический и психометрические методы.

Используемый в исследовании тест «Тромбодинамика» предназначен для исследования *in vitro* пространственно-временной динамики свертывания крови, инициированного локализованным активатором свертывания. Для этого образцы плазмы крови помещают в каналы измерительной кюветы, в которые вводят специальную вставку (активатор), на торце которой нанесено покрытие с активатором свертывания (тканевым фактором). Как только плазма крови соприкасается с активатором, начинается процесс свертывания, т. е. начинает расти фибриновый сгусток, как на поврежденной стенке сосуда *in vivo*. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируется цифровой видеокамерой. На основе этих данных рассчитываются численные параметры: время задержки роста сгустка (T_{lag} , мин), скорость роста сгустка (V , мкм/мин), время появления спонтанного тромбообразования вдали от активатора (T_{sp} , мин); начальная скорость роста сгустка (V_i , мкм/мин), стационарная скорость роста сгустка (V_{st} , мкм/мин), размер сгустка через 30 минут от начала теста (CS , мкм), плотность сгустка (D , усл. ед.). Кровь для исследования брали у больных утром, натощак из локтевой вены в вакутейнер типа Vacuette (Австрия), содержащий цитрат натрия. Затем, полученную после 2-х центрифугирований плазму без тромбоцитов, использовали для проведения ТД на анализаторе «Регистратор Тромбодинамики Т-2» (ООО Гемакор, Москва, Россия).

Для количественной объективизированной оценки состояния больных использовали психометрический метод, включающий в себя шкалы PANSS и HDRS.

Статистический анализ проведен с использованием программ Statistica, version 8 (Statsoft, USA) и MedCalc, version 17.4.1 (Belgium).

При проведении статистического анализа данных был выбран уровень значимости равный 0,05.

Результаты и обсуждение. При поступлении в клинику состояние больных было оценено по шкалам PANSS и HDRS. Сравнение групп критерием Манна-Уитни показало, что группы статистически значимо отличаются только по одному из основных показателей (PposTot). Больным была назначена психофармакотерапия в соответствии с их психическим состоянием. Для аугментации эффектов нейролептиков и при симптомах депрессии были назначены антидепрессанты. Для оценки состояния системы гемостаза был использован тест ТД. В группе 1 95 % доверительные интервалы (95 % ДИ) для медиан параметров V, Vst, Vi, CS и Tsp не имели пересечений с интервалами нормы. Сравнение значений параметров ТД с нормой было проведено одно-выборочным знаковым критерием суммы рангов, который показал высоко статистически значимые отличия всех параметров ТД от нормы. Для группы 2 95 % ДИ для медиан параметров V, Vst и Tsp не имели пересечений с интервалами нормы. Сравнение значений параметров ТД с нормой показало высоко статистически значимые отличия параметров V, Vst, Vi, CS и Tsp от нормы. Это является свидетельством того, что у всех больных наблюдается повышенная свертываемость (гиперкоагуляция) крови. Сравнение параметров ТД в исследуемых группах было проведено непараметрическим критерием Манна-Уитни, который выявил статистически значимое отличие только для параметра D ($p = 0,0009$). Таким образом, до лечения группы практически не отличались как по оценкам психометрических шкал, так и по параметрам ТД.

После лечения было повторно оценено психическое состояние больных и проведен тест ТД. В обеих группах произошло высоко статистически значимое смещение оценок по психометрическим шкалам в сторону нормы, причем по данным показателям статистически значимых различий между группами не выявлено. Сравнение значений параметров ТД с нормой показало, что все параметры кроме D и Tsp высоко статистически значимо отличаются от значений нормы. В группе 2 все параметры кроме Ptag, D и Tsp статистически значимо отличаются от значений нормы. Таким образом, наблюдается сдвиг значений параметров в сторону нормы. Критерий Уилкоксона для парных выборок выявил в группе 1 статистически значимое изменение значений двух параметров – CS ($p = 0,0477$) и D ($p = 0,0278$), в группе 2 статистически значимо и высоко статистически значимо изменились четыре параметра: V ($p = 0,0500$), Vi ($p < 0,0001$), CS ($p = 0,0400$) и Tsp ($p = 0,0043$). Это может быть связано с противовоспалительным свойством антидепрессантов.

Критерий Манна-Уитни выявил статистически значимые различия исследуемых групп по трем параметрам из семи – Vi ($p = 0,0028$), D ($p = 0,0187$)

и Tsp ($p = 0,0361$). Следует отметить, что значения всех ТД параметров в группе пациентов, принимавших антидепрессанты, ближе к значениям нормы, чем в группе не принимавших антидепрессанты. Например, медиана Tsp после лечения в группе 1 равна 21,3 мин, в группе 2 – 30 мин (для Tsp норма – больше 30 мин), Vi в группе 1 – 57,7 мкм/мин, в группе 2 – 53,25 мкм/мин (норма 38 – 56 мкм/мин).

Далее была проанализирована динамика изменений значений параметров V, Vi, Vst, CS и Tsp. Сравнение частот встречаемости положительной и отрицательной динамик в исследуемых группах было проведено параметрическим Difference test. В группе 1 были выявлены статистически значимые различия для параметра V ($p = 0,0488$). В группе 2 были выявлены статистически значимые и значимые на уровне тренда различия для следующих параметров: Tsp ($p = 0,0216$), CS ($p = 0,0879$), Vi ($p = 0,0006$), V ($p = 0,0910$). Такая динамика значений параметров ТД может свидетельствовать о нормализации свертывающей активности крови у больных при лечении антидепрессантами. Увеличение значения параметра Tsp (время появления спонтанных сгустков) может свидетельствовать об уменьшении прокоагулянтной активности тромбоцитарных микрочастиц, т. е. о снижении активации тромбоцитов в процессе лечения. У больных, принимающих антидепрессанты, наблюдаются более значительные изменения параметров ТД в сторону нормы. Таким образом, по результатам теста ТД может быть назначена антиагрегационная корректирующая терапия.

Вывод. Впервые показано, что добавление антидепрессантов к антипсихотической терапии приводит к улучшению функционирования системы гемостаза у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Роль скорости обработки информации у пациентов с расстройствами шизофренического спектра: результаты сетевого анализа

Карякина М. В.

г. Москва

*Московский НИИ Психиатрии – филиал ФГБУ НМИЦ ПН
им. В. П. Сербского*

Актуальность. Нейрокогнитивный дефицит выявляется у подавляющего большинства пациентов с шизофренией. При этом, его выраженность в значительной части исследований оценивается как сумма нарушений отдельных функций без оценки соотношений между ними (Fioravanti et al., 2012).

Вместе с тем, анализ подобных соотношений представляется важным, так же, как и возможное влияние когнитивных функций друг на друга.

Цель. Определить взаимосвязи нейрокогнитивных функций у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и их отличия от показателей для лиц без психических расстройств.

Задачи.

1. Определить парные связи нейрокогнитивных функций у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и у лиц без психических расстройств;

2. Осуществить сетевой анализ нейрокогнитивных функций у пациентов с расстройствами шизофренического спектра и у лиц без психических расстройств.

Материалы и методы. Было обследовано 115 пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получавших лечение как в круглосуточном, так и в дневном психиатрических стационарах, и 99 здоровых испытуемых. Шкала PANSS использовалась для оценки тяжести клинической симптоматики, батарея тестов ВАСС – для оценки когнитивных функций. Для оценки взаимосвязей между отдельными когнитивными функциями использовались коэффициенты корреляции Пирсона и Спирмена. Для построения сетевой модели использовались частные корреляции, исключая влияние дополнительных переменных на связь между двумя показателями.

Результаты и обсуждение. В выборке пациентов средний возраст составил $29,23 \pm 8,1$ лет, из них мужчин 50 (43 %), средний балл по шкале PANSS – $77,83 \pm 39,9$. Средний возраст в группе контроля – $30,36 \pm 7,6$, из них мужчин 34 (34 %). Статистически значимых различий по возрасту и полу между пациентами и здоровыми испытуемыми не выявлено. По результатам выполнения когнитивных тестов статистически значимые различия между группами выявлены по всем тестам – пациенты со всеми заданиями справились хуже, чем здоровые испытуемые.

При расчете парных корреляций результатов выполнения когнитивных тестов у здоровых испытуемых значимыми были связи между показателями тестов «Вербальная память» (ВП) и «Последовательность чисел» (ПЧ) ($r = 0,36, p < 0,001$), ВП и «Кодирование символов» (КС) ($r = 0,27, p < 0,01$), ПЧ и теста на моторику (ТМ) ($r = 0,25, p < 0,05$), ПЧ и «Речевая беглость» (РБ) ($r = 0,39, p < 0,001$), ПЧ и КС ($r = 0,21, p < 0,05$), ПЧ и «Башня Лондона» (БЛ) ($r = 0,25, p < 0,05$), ТМ и БЛ ($r = 0,21, p < 0,05$), КС и БЛ ($r = 0,26, p < 0,05$).

У пациентов значимые парные корреляции были выявлены между следующими показателями: ВП и ПЧ ($r = 0,57, p < 0,001$), ВП и ТМ ($r = 0,27, p < 0,01$), ВП и РБ ($r = 0,42, p < 0,001$), ВП и КС ($r = 0,53, p < 0,001$), ВП и БЛ ($r = 0,23, p < 0,05$), ПЧ и ТМ ($r = 0,31, p < 0,001$), ПЧ и РБ ($r = 0,45, p < 0,001$),

ПЧ и КС ($r = 0,63$, $p < 0,001$), ПЧ и БЛ ($r = 0,38$, $p < 0,001$), ТМ и РБ ($r = 0,37$, $p < 0,001$), ТМ и КС ($r = 0,45$, $p < 0,001$), РБ и КС ($r = 0,49$, $p < 0,001$), РБ и БЛ ($r = 0,41$, $p < 0,001$), КС и БЛ ($r = 0,3$, $p < 0,01$).

На основе полученных результатов была построена сеть, анализ которой позволил выявить глобальные различия в связности когнитивных функций у здоровых испытуемых и пациентов с расстройствами шизофренического спектра: у пациентов наблюдается большее количество связей между функциями, и они более сильные, чем в группе сравнения. Кроме того, при визуализации этих связей также становится очевидно, что в сети здоровых испытуемых результаты теста ПЧ, который оценивает рабочую память, связаны со всеми остальными результатами, что может указывать на центральное место рабочей памяти в деятельности здоровых людей. При этом у пациентов такой центральной функции не наблюдается.

Для устранения косвенного влияния функций друг на друга через связь с третьей функцией были посчитаны частные корреляции между результатами тестов. У здоровых испытуемых значимыми получились связи между следующими показателями: ВП и ПЧ ($r = 0,27$, $p < 0,001$), ВП и КС ($r = 0,19$, $p < 0,1$), ПЧ и ТМ ($r = 0,2$, $p < 0,05$), ПЧ и РБ ($r = 0,39$, $p < 0,001$), ПЧ и БЛ ($r = 0,21$, $p < 0,05$), КС и БЛ ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

У пациентов помимо влияния других когнитивных функций также было исключено влияние психопатологической симптоматики. При этом значимыми стали связи между ВП и ПЧ ($r = 0,33$, $p < 0,001$), ВП и КС ($r = 0,18$, $p < 0,1$), ПЧ и КС ($r = 0,34$, $p < 0,001$), ТМ и РБ ($r = 0,22$, $p < 0,05$), ТМ и КС ($r = 0,26$, $p < 0,01$), РБ и БЛ ($r = 0,27$, $p < 0,01$), КС и БЛ ($r = 0,22$, $p < 0,05$).

Можно видеть, что связи у здоровых испытуемых при этом не меняются существенно, тогда как количество значимых связей у пациентов уменьшается. Кроме того, у здоровых испытуемых рабочая память так и остается центральным компонентом сети. В то же время, в сети пациентов появляется центральный показатель – тест «Кодирование символов», который оценивает скорость обработки информации. Эти данные могут указывать, что у пациентов существенно страдает рабочая память, и она уже не может выполнять ведущую роль в повседневной деятельности. В этом случае выполнение каких-либо действий становится в большей степени зависимым от более простых и базовых функций, к которым можно отнести скорость обработки информации.

Выводы.

1. Эффективность работы отдельных когнитивных функций связана с работой других функций, образуя единую когнитивную систему как в норме, так и при патологии.

2. У пациентов когнитивные функции связаны между собой в большей степени чем у здоровых испытуемых, что проявляется в большем количестве

связей и в их большей силе. Это может отражать наличие внешнего фактора, влияющего на когнитивное снижение при заболевании.

3. Связность когнитивных функций у здоровых испытуемых мало меняется в зависимости от включения дополнительных параметров, тогда как сеть пациентов является более подвижной.

4. У здоровых испытуемых центральной функцией выступает рабочая память, а скорость обработки информации находится на периферии сети. Тогда как у пациентов, наоборот, центральной становится скорость обработки информации.

Семейная отягощённость расстройствами настроения: клинические и генетические факторы риска

Касьянов Е. Д., Мазо Г. Э.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Изучение семейной отягощённости (СО) – важная часть стандартного психиатрического опроса. Многие психические расстройства могут встречаться у нескольких членов семей в разных поколениях, а наличие сходных признаков заболевания у родственников пациента может указывать на наследственный характер патологии (Jordan W. Smoller et al., 2019). Одним из объектов семейных исследований могут рассматриваться расстройства настроения (рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) и биполярное аффективное расстройство (БАР)), которые входят в обширный класс мультифакториальных заболеваний полигенной природы с наследственным предрасположением (Flint J., Kendler K. S., 2014). Вместе с тем, в исследованиях расстройств настроения с семейным дизайном в российской популяции ранее не проводилось.

Цель и задачи. Выявить является ли семейная отягощённость расстройствами настроения риском развития РДР или БАР, а также проанализировать распространённость полиморфизмов генов одноуглеродного метаболизма в семейных случаях расстройств настроения в российской популяции.

Материалы и методы. В данном семейном кросс-секционном исследовании пациентов (пробандов) с РДР или БАР и их кровных родственников 1-й и 2-й степеней родства, а также здоровых пробандов и их кровных родственников 1-й и 2-й степеней родства изучалась частота расстройств настроения у родственников пробандов с РДР и БАР в сравнении

с родственниками здоровых пробандов, а также частота полиморфизмов генов одноуглеродного метаболизма (MTHFR, MTR и MTRR). В исследование включались здоровые лица и пациенты от 18 лет с диагнозами, соответствующими диагностическим критериям МКБ-10 для БАП (F31), депрессивного эпизода (F32) и РДР (F33) вне зависимости от стадии расстройства (обострения или ремиссии). При включении в исследование со всеми участниками было проведено полуструктурированное диагностическое интервью MINI для исключения или верификации диагнозов психических расстройств (M.I.N.I. Russian Version Translation 7.0.0. для DSM-5). Карта исследования включала в себя стандартные социо-демографические и антропометрические данные, данные о СО психическими расстройствами и сопутствующими соматическими расстройствами, а также клинические характеристики расстройств настроения.

В статистическом анализе межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрического критерия χ^2 Пирсона. При проведении множественных сравнений применялась поправка Бонферрони. Для дихотомических признаков применялась также бинарная логистическая регрессия с различными зависимыми и независимыми переменными с анализом ROC-кривых. Проводилась дополнительно пошаговая регрессия для определения наиболее оптимальной модели. Проводилась оценка отношения шансов (далее OR) нахождения фактора риска в исследовательской или контрольной группах с 95 % доверительным интервалом (далее ДИ). В качестве критического уровня значимости было выбрано значение – 0,05.

Результаты и обсуждение. В исследование был включён 181 участник: исследовательская группа (n = 104, 36 семей) включала пробандов с РДР (n = 16) и БАП (n = 20) и их кровных родственников (из них: здоровых 48,5 % (n = 33), с РДР 20,6 % (n = 14), с БАП 30,9 % (n = 21)); контрольная группа (n = 76, 23 семьи) включала пробандов без психических расстройств (n = 23) и их кровных родственников (из них: здоровых n = 92,5 % (49), с РДР 7,5 % (n = 4)).

Доля женщин среди пробандов с РДР или БАП исследовательской группы составила 69,4 % (n = 25), доля мужчин – 30,6 % (n = 11). Средний возраст пациентов составил 30,81 (11,52) лет (M (SD)). В исследовании принимали участие как амбулаторные пациенты – 55,6 % (n = 20), так и стационарные – 44,4 % (n = 16). Доля женщин среди пробандов контрольной группы составила 60,8 % (n = 14), доля женщин среди родственников пробандов контрольной группы – 57,6 % (n = 34). Средний возраст пробандов составил 29,4 (5,4) лет, средний возраст родственников – 45,8 (6,9) лет.

Согласно результатам бинарной логистической регрессии наличие диагноза РДР (p = 0,001, OR = 6,3, ДИ 95 % [3,43–24,1], AUC 0,74) или БАП (p = 0,001, OR = 28,8, ДИ 95 % [5,04 – 165,58], AUC 0,85) являются

факторами риска семейной отягощённости по расстройствам настроения среди кровных родственников 1-й и 2-й степени родства. Кроме того, наличие диагноза расстройства настроения является фактором риска отягощённого анамнеза по суицидам ($p = 0,001$, OR = 1,7, ДИ 95 % [1,28 – 2,25], AUC 0,81), злоупотреблению алкоголем ($p = 0,001$, OR = 10,7, ДИ 95 % [2,97–39,24], сердечно-сосудистым заболеваниям ($p = 0,011$, OR = 4,5, ДИ 95 % [1,41–14,45], AUC 0,8), эндокринологическими заболеваниями ($p = 0,03$, OR = 2,1, ДИ 95 % [0,7–6,16], AUC 0,77), ОНМК ($p = 0,014$, OR = 4, ДИ 95 % [1,3–12,38], AUC 0,87) и синдрому деменции ($p = 0,03$, OR = 4,76, ДИ 95 % [1,2 – 18,97], AUC 0,82).

На следующем этапе для генотипирования были отобраны 64 участника исследовательской группы, из них 24 пробанда с диагнозами РДР 45,8 % ($n = 11$) и БАП 54,2 % ($n = 13$) и 40 их кровных родственников, из которых здоровых 50 % ($n = 20$), с РДР 27,5 % ($n = 11$) и с БАП 22,5 % ($n = 9$). В контрольную группу было включено 35 человек без психических расстройств.

Распределение частот полиморфизмов метилентетрагидрофолатредуктазы МТНFR677 C<T и МТНFR128 A<C, а также метионин синтазы МTR2756 A<G и метионин-синтазы редуктазы МTRR66 A<G в изученных выборках соответствовало уравнению Харди-Вайнберга. Пробанды с расстройствами настроения статистически чаще являлись носителями дефектного аллеля C (генотипов AC и CC; 18/24, 75 %) полиморфизма МТНFR128 A<C ($\chi^2 = 2,9$; $p = 0,04$), а также дефектного аллеля G (генотипов AG и GG; 18/24, 75 %) полиморфизма МTR2756 A<G ($\chi^2 = 5,3$; $p = 0,002$) в сравнении с контрольной группой (17/35, 48,6 % и 13/35, 37,1 % соответственно). Различий в данных группах по носительству дефектного аллеля T (11/24, 45,8 % vs. 13/35, 37,1 %) полиморфизма МТНFR677 C<T ($\chi^2 = 1,4$; $p = 0,28$) и дефектного аллеля G (7/24, 29,2 % vs. 13/35, 37,1 %) МTRR66 A<G ($\chi^2 = 0,7$; $p = 0,53$) выявлено не было.

При сравнении родственников пробандов с контрольной группой не было выявлено статистически значимых различий в носительстве дефектных аллелей МТНFR677 C<T (16/40, 40 % vs. 13/35, 37,1 %; $\chi^2 = 0,3$; $p = 0,6$), МТНFR128 A<C (21/40, 52,5 % vs. 17/35, 48,6 %; $\chi^2 = 2,2$; $p = 0,73$), МTR2756 A<G (19/40, 47,5 % vs. 13/35, 37,1 %; $\chi^2 = 0,8$; $p = 0,11$) и МTRR66 A<G (30/40, 75 % vs. 22/35, 62,9 %; $\chi^2 = 1,1$; $p = 0,26$). Отсутствие статистической значимости отмечалась также при сравнении групп пробандов и их родственников МТНFR677 C<T ($\chi^2 = 0,2$; $p = 0,03$), МТНFR128 A<C ($\chi^2 = 1,1$; $p = 0,07$), МTR2756 A<G ($\chi^2 = 0,9$; $p = 0,7$) и МTRR66 A<G ($\chi^2 = 2,2$; $p = 0,7$). Однако при стратификации последних по наличию ($n = 20$) или отсутствию ($n = 20$) расстройств настроения, было выявлено, что пробанды, в сравнении со здоровыми родственниками, статистически чаще являются носителями дефектного аллеля T полиморфизма МТНFR677 C<T (11/24, 45,8 % vs. 5/20,

25 %; $\chi^2 = 5,6$; $p = 0,05$), дефектного аллеля С полиморфизма MTHFR128 A<C (18/24, 75 % vs. 9/11, 45 %; $\chi^2 = 2,8$ $p = 0,04$) и дефектного аллеля G полиморфизма MTR2756 A<G (18/24, 75 % vs. 9/11, 45 %; $\chi^2 = 3,1$; $p = 0,04$). Не было статистически значимых различий у здоровых родственников и контрольной группы ($p < 0,05$).

У пробандов и родственников с расстройствами настроения не было статистически значимых различий ($p < 0,05$). Однако отмечалась тенденция к значимости ($\chi^2 = 3$; $p = 0,082$) к большей встречаемости дефектного аллеля G (17/20 85 %) полиморфизма MTRR66 A<G, а также дефектного аллеля G (12/20 60 %) полиморфизма MTR2756 A<G ($\chi^2 = 3,4$; $p = 0,064$) у родственников с расстройствами настроения в сравнении со здоровым контролем.

Выводы. Семейная отягощённость по расстройствам настроения является значительным фактором риска развития РДР и БАР, а также ряда соматических заболеваний. Полиморфизмы генов одноуглеродного метаболизма (MTHFR, MTR и MTRR) чаще встречались у лиц расстройствами настроения в семьях. Необходимы дальнейшие клинические и генетические исследования для изучения семейной природы РДР и БАР.

Социально-клиническая характеристика пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов

Катаева Е. Ю., Барышева Е. П.

г. Владивосток

Краевой наркологический диспансер

Актуальность. Потребление психоактивных веществ в немедицинских целях является одной из важнейших медико-социальных проблем настоящего времени. Ежегодно создается все большее количество новых синтетических наркотиков, употребление которых приводит к развитию болезней зависимости, имеющих огромное количество негативных последствий: потерю человеком трудоспособности, социальную дезадаптацию, криминагенность, медицинские осложнения. (Агибалова Т. В., Поплевченков К. Н. Клинические и личностные особенности больных, употребляющих психостимуляторы и другие психоактивные вещества. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2018; 118 (1-2):10-15. Рыбакова Ю. В., Илюк Р. Д., Пушина В. В., Громько Д. И., Анучина А. А., Крупицкий Е.М. Клинические и личностные особенности у больных, употребляющих психостимуляторы и другие психоактивные вещества. Журнал Вопросы наркологии; № 8, 2017 г.). У лиц, использующих эту группу

наркотиков, формируется своеобразный психопатоподобный дефект с деградацией личности и выраженным морально-этическим снижением.

Цель и задачи. Целью работы было изучение социально-биологических и клинико-динамических особенностей пациентов с зависимостью от психостимуляторов. В рамках поставленной цели решались следующие задачи: изучить научную литературу; охарактеризовать основные преморбидные факторы, способствующие повышению риска формирования зависимости, выявить клинические особенности заболевания и медицинские последствия употребления синтетических наркотических веществ.

Материалы и методы. Материалом для настоящего исследования послужили данные, полученные при обследовании 72 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении неотложной наркологической помощи ГБУЗ «КНД» г. Владивостока. Исследование проводилось с использованием клинико-катамнестического метода.

Результаты и обсуждение. Во всех возрастных группах обследуемых значительно преобладают лица мужского пола 88,8 % против 11,2 % женщин, что соответствует литературным данным. Наибольшее число мужчин, употребляющих ПАВ, относится к возрастной группе 30–39 лет (78,1 %). Женщины употребляют синтетические наркотики одинаково часто как в возрасте 20–29 лет, так и в 30–39 лет (по 50 %). 86,8 % мужчин имеют образование не выше среднего, при этом 50 % женщин имеют среднее или незаконченное среднее образование, а другие 50 % – высшее, что свидетельствует о преморбидно невысоком интеллектуальном уровне характеризуемой группы. Анализ социальных факторов позволил определить, что подавляющее большинство обследуемых (80,6 % мужчин и 62,5 % женщин) воспитывались в неполных или конфликтных семьях, в условиях гипоопеки, нередко при бытовом пьянстве отца или матери и слабой материальной базой семьи. У подавляющей части обследуемых нарушена социальная адаптация – 62,5 % мужчин и 100 % женщин не трудоустроены, при этом потеря места работы практически всегда была следствием употребления синтетических ПАВ. Эта же закономерность наблюдается и при характеристике семейного положения – 78,1 % мужчин и 50 % женщин не состоят в браке. Анализ клинических особенностей заболевания показал, что 46,8 % мужчин и 50 % женщин употребляют ПАВ менее 5 лет, 37,5 % мужчин и 50 % женщин – от 5 до 10 лет. Зависимых лиц со стажем потребления более 10 лет отмечается значительно меньше – в эту группу вошли лишь 15,6 % обследуемых мужчин, женщины со столь длительным стажем потребления синтетических наркотиков отсутствовали. Вероятно, это связано с достаточно небольшим сроком существования данной группы наркотиков на рынке наркотических препаратов. Причиной госпитализации 34,3 % мужчин и 75 % женщин в отделение неотложной наркологической помощи явился психоз,

развившийся как на фоне интоксикации (77,8 %), так и на фоне абстинентного состояния (21,2 %). Клинические проявления развивающихся психозов можно разделить на три группы: это бредовые психозы с суицидальными мыслями и тенденциями, психозы с шизофреноподобной параноидной симптоматикой и с преобладанием делириозных расстройств с выраженным психомоторным возбуждением, которое сопровождается гетеро- или аутоагрессивным поведением. Во время проводимой терапии у 31,3 % мужчин были выявлены признаки органические поражения головного мозга, у 9,3 % мужчин – гепатит В, у 46,8 % мужчин и 75 % женщин – гепатит С. 6,25 % мужчин перенесли туберкулез или состоят на учете у фтизиатра, 37,5 % мужчин и 25 % женщин заражены ВИЧ.

Выводы. На основании полученных данных можно сделать выводы, что в группе потребителей психостимуляторов в значительной степени преобладают мужчины наиболее трудоспособного и социально активного возраста, не высокого интеллектуального и образовательного уровня, имеющие выраженные признаки профессиональной и семейной социальной дезадаптации, с большим количеством медицинских осложнений в виде психозов, ВИЧ-инфекции, гепатитов и органических поражений головного мозга. Результаты проведенного исследования необходимо учитывать при построении реабилитационных и профилактических программ наркологических больных.

Ассоциация TaqIA полиморфизма гена ANKK1/DRD2 (rs1800497) с расстройствами пищевого поведения и аффективными нарушениями у пациентов с избыточной массой тела

Кибитов А. А.

г. Санкт-Петербург

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

Введение. Борьба с эпидемией избыточного веса и ожирения считается одним из важнейших вызовов для современного здравоохранения. Связь аффективных нарушений с ожирением широко обсуждается в современной литературе. Одной из возможных причин переедания и, следовательно, избыточного веса является приступообразное переедание и другие виды расстройств пищевого поведения (РПП), которые некоторые исследователи рассматривают в рамках концепции пищевой зависимости. Другие

предполагают связь РПП с аффективными расстройствами. Известно, что с большинством химических и поведенческих аддикций ассоциирован полиморфизм TaqIA гена ANKK1/DRD2 (rs1800497).

Гипотеза. Ассоциированный с аддикциями полиморфизм TaqIA гена ANKK1/DRD2 (rs1800497) может повлиять на клинические особенности РПП у пациентов с избыточной массой тела, в том числе, на их взаимосвязь с аффективными расстройствами.

Материалы и методы. Проведено кросс-секционное исследование, в которое были включены 527 пациентов европейского происхождения с избыточным весом (469 женщин и 58 мужчин, средний индекс массы тела (ИМТ) – $35,8 \pm 7,3$ кг/м², средний возраст – $46,7 \pm 11,8$ лет). Для оценки типа пищевых нарушений и их тяжести использовались опросники Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q) и Eating Attitudes Test (EAT-26). Для оценки психологических особенностей пищевого поведения использовался Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). Также дополнительно использовались методы для оценки выраженности тревожной и депрессивной симптоматики: Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Для детекции полиморфизма использовался метод ПЦР в реальном времени.

Результаты. На основании результатов генотипирования согласно доминантной модели генетического эффекта выборка была разделена на две группы: носители вариантного (минорного) аллеля TaqI (генотипы СТ и ТТ, группа «СТ+ТТ» (N = 208, 39,5 %) и гомозиготы по (мажорному) аллелю дикого типа (генотип СС, группа «СС» (N = 319, 60,5 %). Было обнаружено, что носители минорного аллеля («СТ+ТТ») имели тенденцию к более высокому баллу по шкале EDE-Q ($p = 0,085$) и подшкале эмоциогенного пищевого поведения DEBQ ($p = 0,063$). Кроме того, доля пациентов с высокой вероятностью наличия РПП в группе «СТ+ТТ» была значимо выше по сравнению с группой «СС»: 1) при оценке по EAT-26: 15,2 % vs. 9,0 %, ОШ = 1,82 (ДИ95 % (1,054–3,134), $p = 0,03$); 2) при оценке по EDE-Q: 46,6 % vs. 37,5 %, ОШ = 1,45 (ДИ95 % (1,015–2,072), $p = 0,041$). Группы «СТ+ТТ» и «СС» не имели значимых различий между баллами по шкалам, оценивающим аффективную симптоматику (HDRS, HARS). Тем не менее, в группе «СТ+ТТ», в отличие от группы «СС», не было обнаружено значимых корреляционных связей между баллами по шкалам, оценивающим РПП и аффективную симптоматику соответственно.

Выводы. Таким образом, была выявлена связь между ассоциированным с аддикциями полиморфизмом TaqIA гена ANKK1/DRD2 и выраженностью проявлений РПП у пациентов с избыточной массой тела, что позволяет предположить роль аддиктивных процессов в развитии переедания и увеличения массы тела. На основании результатов корреляционного анализа

можно предположить, что носительство минорного аллеля по данному полиморфизму может быть ассоциировано с уменьшением роли аффективных процессов в формировании РПП.

Психиатрический статус пациентов с новой коронавирусной инфекцией: феноменология на основе оригинальной исследовательской методики

Кибитов А. А., Малышко Л. В., Сорокин М. Ю.

г. Санкт-Петербург

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

Актуальность. Медицина как наука и сфера практической лечебной деятельности в 2020 году переживала беспрецедентные вызовы, связанные с распространением нового, неизвестного ранее, вирусного заболевания – COVID-19. Одной из особенностей вируса являлась его нейротропность, обуславливавшая наличие у инфицированных SARS-CoV-19 пациентов сопутствующих психоневрологических нарушений. Большинство посвященных изучению данных клинических феноменов научных публикаций в 2020 и 2021 годах, представляло описание в рамкахdimensionального подхода выраженности при COVID-19 отдельных кластеров психопатологической симптоматики (депрессии, тревоги, нарушений сознания и т. д.). Однако в практической деятельности врача, для диагностики, в том числе дифференциальной, а также для оценки эффективности лечения и возможного прогноза, не менее важным является понимание сложной структуры психопатологических феноменов при COVID-19, их типичные сочетания. Тем не менее, комплексная клиническая картина психоневрологических нарушений при заболевании COVID-19, как и их частота, до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Цель. Оценить частоту и охарактеризовать психопатологические нарушения у пациентов, получающих лечение в стационарах «красной зоны» в связи с COVID-19.

Задачи: 1) сбор феноменологических данных о психическом статусе пациентов, 2) проведение кластерного анализа количественных переменных по выраженности основных кластеров психопатологических нарушений, 3) выделение наиболее характерных для новой коронавирусной инфекции типов психического статуса у пациентов с оценкой их распространенности.

Материалы и методы. Обследованы 55 пациентов, госпитализированных в связи с COVID-19 в стационар «красной зоны». Критерии включения: 1) госпитализация в стационар «красной зоны», 2) способность пройти оценку психического статуса при клиническом интервью; 3) добровольное информированное согласие на прохождение исследования. Критерии невключения: 1) невозможность в связи с тяжестью психического и общеклинического состояния осознавать суть исследования и выполнять его процедуры; 2) отказ от участия в опросе на любом из его этапов. Критерии исключения: возраст респондентов менее 18 лет. Оценку психического статуса пациентов проводили ординаторы Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева, временно трудоустроенные в качестве врачей-стажеров в лечебно-профилактические учреждения Северо-Западного региона для прохождения вариативной части практики. Для кластеризации выборки был выбран метод к-средних. Использованы дескриптивные статистики и дисперсионный анализ с уровнем статистической значимости $p \leq 0.05$.

Результаты и обсуждение. Для стандартизации полученных описаний психических статусов были выделены дискретные психопатологические феномены, оцениваемые, в зависимости от наличия нарушений от 0 до 1 балла: «сознание», «ориентировка», «наличие продуктивного контакта», «внимание», «память», «мышление», «фон настроения», «двигательно-волевая сфера», «наличие критики к своему состоянию», «агрессивные тенденции», «аутоагрессивные тенденции», «суицидальные тенденции». Наличие нарушений соответствовало 1 баллу, отсутствие – 0 баллов. Фактор «планы на будущее» оценивался следующим образом: оптимистичные/реалистичные планы – 0 баллов, пессимистичные – 1 балл.

При кластеризации были использованы модели с выделением от 2 до 5 кластеров. По итогам построения данных моделей наиболее оптимальным оказалась выделение 3 кластеров, обеспечивающее сопоставимое количество участников в каждом из кластеров, максимальную гомогенность внутри групп и оптимальное расстояние между конечными центрами получившихся кластеров. Между пациентами из разных кластеров не было обнаружено различий по отягощенности соматическими и психическими заболеваниями, половой структуре и региону проживания.

1 кластер ($n = 11$) представлял из себя пациентов с нарушениями настроения и тревогой, а также с нарушениями внимания, плавности и темпа мышления, двигательной-волевой сферы, сниженной критикой к своему состоянию и пессимистичными планами на будущее. Ко 2 кластеру ($n = 37$) относились пациенты без каких-либо психопатологических симптомов. К 3 кластеру ($n = 7$) относились пациенты с нарушениями ориентировки,

нарушениями памяти, внимания, плавности и темпа мышления, со сниженной критикой к своему состоянию.

Пациенты из двух кластеров с психопатологическими нарушениями в клинической картине (3 в сравнении с 1) отличались по тяжести течения инфекции на основе данных лабораторно-инструментальных методов обследования: более высоким процентом поражения легких при компьютерной томографии (Me (min-max): 31 % (21–80) vs. 20 % (6–65), $p = 0,029$); более высоким уровнем С-реактивного белка (126 мг/л (36–298) vs. 16 мг/л (10–221), $p < 0,001$); более низкой насыщенностью (89 (80–96) vs. 96,5 (91–98), $p = 0,005$), более высокой частотой дыхательных движений (21/мин. (20–28) vs. 19/мин. (13–25), $p = 0,035$), а также более низким уровнем тромбоцитов ($139 \cdot 10^9/\text{л}$ (91–249) vs. $322 \cdot 10^9/\text{л}$ (153–360), $p = 0,006$).

Выводы. Была апробирована новая методика изучения специфичных для COVID-19 психопатологических нарушений. Стандартизация описаний психического статуса и проведение кластерного анализа позволили установить типологию психических нарушений, наблюдавшихся у 33 % пациентов обследованной выборки. Сочетанная представленность аффективной симптоматики с идео-моторными нарушениями характерна для 20 % пациентов «красной зоны» инфекционного стационара COVID-19. У 13 % пациентов выявлены симптомы нарушенного сознания и памяти, сочетающиеся с нарушением критики. Представленность кластеров психопатологической симптоматики ассоциирована с клинико-лабораторными характеристиками течения коронавирусной инфекции.

Благодарности: Пальчиковой Е. И., Касьянову Е. Д., Зубовой Е. Ю., Совету молодых учёных и клиническим ординаторам НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева.

Духовно-ориентированная психотерапия в условиях принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа

Климова В. Н., Тулунова О. В.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Принудительное лечение – это мера государственного принуждения, которая не является наказанием и назначается по решению суда лицам, страдающим психическими расстройствами и совершившим общественно опасное деяние.

ЦЕЛЬ ПЛ – снижение социальной опасности для себя и окружающих;

Специфика принудительного лечения в настоящее время:

- длительность лечения;
- патоморфоз психического заболевания, осложненного склонностью к злоупотреблению ПАВ;
- преобладание пациентов с дефицитарной симптоматикой;
- рост количества пациентов, совершивших ООД по негативно-личностному механизму.

В отделении длительно разрабатывалась и совершенствовалась программа индивидуальной психосоциальной реабилитации для пациентов находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа.

ОСОБЕННОСТИ программы:

- индивидуальность программы реабилитации (ИПР) для каждого пациента, проводится по ФОО (по программе В. П. Котова); с учетом реабилитационного потенциала (РП);
- бригадный подход: пациент – психиатр – психолог – соц. работник – родственники – пациенты;
- этапность:
 - 1 этап – адаптационный;
 - 2 этап – интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий;
 - 3 этап – стабилизации;
 - 4 этап – заключительный (подготовка к выписке);
- преемственность: стационар – диспансер – семья – социум – семья – священнослужитель.

Задачи социального работника:

- 1) восстановить, научить сформировать установки на социально приемлемый стереотип поведения на фоне имеющегося реабилитационного потенциала (РП);
- 2) реализовать в практическом плане;
- 3) стабилизировать сформированные теоретические и практические навыки;
- 4) в рамках отделения осуществить контроль независимой социальной адаптации и социальной устроенности пациента.

Функции социального работника:

1. При поступлении пациента в стационар на ПЛ вхожу в состав полипрофессиональной бригады (БПСК), где определяется РП пациента и разрабатывается ИПР.
2. Организация, руководство, контроль и непосредственное участие в проведении всех этапов психосоциальной реабилитации пациентов.
3. Организовываю и провожу ТСН, трудотерапию, лекции, концерты, фестивали, культурные мероприятия и непосредственно участвую в работе с пациентом и его родственниками.

4. Осуществляю контроль эффективности проводимых психосоциальных воздействий.

Анализируя причину совершения ООД пациентами, страдающими психическими расстройствами и специфику принудительного лечения в настоящее время решение вопроса социальной неустроенности в процессе ПЛ является приоритетным и диктуют необходимость внедрения новых форм помощи больным, находящимся на принудительном лечении.

С 2010 г. на базе нашего отделения, в процессе проведения реабилитационных мероприятий, мы стали активно взаимодействовать со священнослужителем. Данное взаимодействие на практике показало хорошие результаты в разрешении вопросов, приведших к их социальной неустроенности. Данное взаимодействие повысило и активное участие родственников в разрешении социальных проблем пациентов. Решение вопросов социальной неустроенности и дезадаптации пациентов привело к стойкому снижению их социальной опасности для себя и окружающих, что подтвердилось экспериментальным обследованием пациентов. Учитывая полученный опыт нами был разработан проект по применению духовно ориентированной психотерапии во время нахождения пациентов на принудительном лечении.

Актуальность проекта: в настоящее время исследования по применению метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения практически отсутствуют, поэтому, разработка и применение новых методов психотерапевтической работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении является важной научно-практической проблемой.

Цель проекта – доказать эффективность применения метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного стационарного лечения.

Задача проекта – создать духовную основу пациентам (и их родственникам), которая позволит им правильно ориентироваться в разных жизненных ситуациях и научиться правильно прогнозировать и контролировать свои поступки в будущем.

Основа проекта:

– тройное начало и тройное направление при проведении психосоциальных воздействий в процессе принудительного лечения: физическое – психологическое – духовное (тело, душа, дух).

Особенности проекта:

1. Включение в полипрофессиональную бригаду священнослужителя (пациент – психиатр – психолог – соц. работник – священнослужитель – родственники – пациент).

2. Длительное и постоянное взаимодействие непосредственно со священнослужителем.

3. Комплексный подход, включающий психосоциальную реабилитацию не только самого пациента, но и членов его семьи;

4. Преемственность общения пациента и его родственников со священнослужителем на всех этапах ПЛ (спец. тип – общий тип – АПНЛ) (стационар – диспансер – семья – социум – семья – диспансер – стационар).

Результат. В процессе внедрения данного проекта у 90 % пациентов, задействованных в данном проекте в период пребывания на принудительном лечении, зафиксировано повышение их социальной компетентности и активности внутри отделения, повышение их реабилитационного потенциала, восстановление родственных связей, формирование установок на сохранение семьи, труд, лечение и здоровый образ жизни, облегчилась их адаптация в социуме после выписки.

Вывод. Формирование духовно-нравственных качеств у пациента, во время нахождения его на принудительном лечении является основой для снижения социальной опасности для себя и окружающих и адаптации его в обществе.

**Оценка нарушения нервно-психического развития,
изучение отклонений социального функционирования,
эффективность раннего вмешательства
у детей с задержкой психоречевого развития,
нарушениями поведения**

Кождаев Е. В.

г. Санкт-Петербург

Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»

им. С. С. Мнухина

Актуальность. Вопрос задержки психического развития у ребенка является актуальным на протяжении длительного времени. В нашей стране существует система диспансеризации детского населения, направленная на установления отклонений или же подтверждения нормальной траектории развития в четко установленные сроки. При рождении ребенка без грубой соматической патологии как правило выписка из роддома происходит на 4–5 день, далее ребенок наблюдается специалистами согласно графику диспансеризации. Для оценки нормы и отклонения психомоторного развития существуют установленные усредненные нормативные показатели. Как правило до 2–3-летнего возраста оценкой психомоторного развития ребенка занимаются детские неврологи и педиатры, а обращение к психиатру

происходит при установлении факта выраженной задержки развития, подозрения на нее, а также грубых расстройств поведения.

Стоит принять во внимание успехи отечественной перинатальной медицины, которые способствовали значительному снижению младенческой смертности и выживанию детей с тяжелой перинатальной патологией, прохождению дальнейших этапов выхаживания в перинатальных центрах и специализированных больницах. Однако, несмотря на достижения перинатальной службы, такие дети находятся в группе большего риска по развитию отклонений в нервно-психическом развитии по сравнению со здоровыми новорожденными.

Выхаживание детей с перинатальной патологией, создает предпосылки развития скрининговых методик для раннего выявления отклонений в нервно-психической сфере, создание методик раннего вмешательства с целью максимальной коррекции данных состояний. Внедрение данных методик является одинаково актуальным как для ребенка с патологией перинатального периода, так и для здорового ребенка.

Цель и задачи: изучить влияние возможных экзогенных вредностей, соматических, психических заболеваний, патологии беременности и родов на нарушение психического развития у ребенка. Выявить эффективность влияния раннего вмешательства на траекторию развития ребенка с психической патологией. Проследить особенности социального взаимодействия, его нарушения у обследуемых пациентов.

Материал исследования. Собран материал по 60 пациентам центра восстановительного лечения « Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, начата обработка данных по 18 пациентам.

Методы исследования. Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская, 2018). Шкала социально ориентированного и социального функционирования- PSP (усовершенствованная версия шкалы SOFAS -Social and Occupational Functioning Assessment Scale). Опросник «Исследование профиля развития психоневрологических функций у детей до 7 лет» (Скворцов И. А., 2002). Анамнестическая анкета о наследственности, течении беременности и родов.

Результаты и обсуждение. Средний возраст обследуемых пациентов составил 5 лет. С помощью анамнестической анкеты собраны данные о наследственности родителей и родственников ребенка, в том числе о психопатологически отягощенной. Собран анамнез о состоянии матери во время беременности: злоупотребление ПАВ, инфекционные и бактериальные заболевания, состояние здоровья до данной беременности, процедура ЭКО и другие. Проанализировано течение родового периода: нормальное, стремительное или затяжное, наличие эклампсии и преэклампсии,

лекарственная и механическая стимуляция в родах, экстренное и плановое Кесарево сечение и другие. Проанализированы данные состояния ребенка при рождении.

При работе со скрининговой анкетой для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (М. В. Иванов, Н. В. Симашкова, Г. В. Козловская, 2018), предполагающей заполнение в условиях детской поликлиники у врача-педиатра было выяснено, что ни одна из наблюдающих детей поликлиник не использует данную анкету в работе.

В ходе анализа полученного материала выявлена прямая взаимосвязь между наличием умственной отсталости у матери и диагнозами F 83 (Смешанные специфические расстройства развития) и F 70 (Легкая умственная отсталость) у ребенка ($r = 0,7$). Выявлена слабopоложительная корреляция между соматической патологией матери во время беременности и такими заболеваниями как смешанные специфические расстройства развития F 83, легкая, умеренная и тяжелая умственная отсталость ($r = 0,15$); и отрицательная корреляция между соматической патологией матери во время беременности и такими диагнозами ребенка как детский аутизм, атипичный аутизм с умственной отсталостью ($r = -0,16$). Сильная прямая взаимосвязь выявлена между наличием инфекционных заболеваний у матери и диагнозом смешанные специфические расстройства развития (F 83). Также выявлена прямая взаимосвязь между тяжелой асфиксией при рождении и диагнозами смешанные специфические расстройства развития, легкая, умеренная и тяжелая умственная отсталость, и отрицательная взаимосвязь между такими диагнозами как детский аутизм, атипичный аутизм с умственной отсталостью. Не получено сильной прямой корреляции между посещением ребенком компенсирующих дошкольных учреждений и диагнозом.

С помощью шкалы PSP выявлена прямая положительная корреляция между уровнем задержки развития, тяжестью диагноза ребенка и нарушением социального функционирования.

Отмечена эффективность анкеты для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (М. В. Иванов, Н. В. Симашкова, Г. В. Козловская, 2018), пункты анкеты имели прямую корреляцию с дальнейшей постановкой диагноза.

Выводы. Благодаря диагностическим методикам возможна ранняя квалифицированная оценка отклонений в нервно-психическом развитии ребенка как здорового, так и с перинатальной патологией. Дальнейшая перспектива исследования представляется в продолжении изучения эффективности раннего вмешательства для коррекции задержки психоречевого развития и эффективности данных мероприятий, а также оценки нарушения социального функционирования у данных пациентов.

Личностная ангедония как прогностический фактор длительно протекающего депрессивного эпизода

Козлов Б. Е., Степанов И. Л.

г. Москва

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»

Введение. Результаты свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных расстройств, которые в разных возрастных группах составляют 16–30 % (Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. 2006). В мире 7–12 % мужчин и 20–25 % женщин хотя бы раз в жизни перенесли депрессивный эпизод, при этом рецидивирующей депрессией страдает 3–4 % населения планеты. Средняя продолжительность эпизода составляет 16 недель, 90 % пациентов страдают депрессией средней тяжести и тяжелыми формами, вызывающими снижение уровня социального функционирования (Pshuk N. и соавторы 2008, Mikhailov B., Iakovtsova T. 2006, Lutova N., Bortsov A., Vuks A., Vid V. 2006).

По мнению Э. Крепелина (1916) «депрессивный темперамент характеризуется состоянием перманентной эмоциональной мрачности во всех жизненных ипостасях». К. Шнайдер (1950) отмечал, что депрессивные личности склонны к ипохондрии, а также гипогедонии (неспособности радоваться).

Остается малоизученным вопрос о влиянии ангедонии как особенности личности на прогноз течения депрессивного эпизода у больных аффективными расстройствами, учитывая введение ангедонических симптомов в порядок основных при диагностике депрессивных состояний (МКБ-10, DSM-IV). Утрата способности радоваться наряду с другими признаками является основным симптомом затяжной хронической депрессии – дистимии (Akiskal H. S., Weise R. E. 2006).

Под ангедонией в психиатрической литературе понимается снижение или утрата способности переживать чувство удовольствия и снижение или утрата активности в достижении его (Ribot T. 1897, Краепелин Е. 1919, Bleuler E. 1950, Rado S. 1956, Meehl P. 1962). Личностная ангедония (James W. 1902, Н. Еу 1954, Смулевич А. Б. и соавторы 1997, Степанов И. Л. 2004) связана с индивидуальными особенностями восприятия стимулов удовольствия и является наиболее постоянной по сравнению с транзиторной (депрессивной) ангедонией характеристикой личности. Akiskal и Weise (1992) сочли целесообразным включение категории дефицита удовольствия в базовые характеристики депрессивного темперамента наряду с пессимизмом, интроверсией, пассивностью и тревожностью.

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим методом было исследовано 100 пациентов. Обследуемые были разделены на 2 группы с длительностью депрессивного эпизода до 6 месяцев (1 группа) и более 6 месяцев (2 группа). В группе с длительностью депрессивного эпизода до 6 мес. было обследовано 42 пациента, в группе с продолжительностью депрессивного эпизода более 6 месяцев 59 пациента. В 1 группе распределение по полу: мужчины 11 (26,2 %) и женщин 31 (73,8 %), во 2 группе мужчины 15 (25,9 %), женщины 43 (74,1 %). В выборку были включены пациенты в возрасте от 18 до 65 лет. В среднем количество депрессивных эпизодов у пациентов 1 группы было равно $4,13 \pm 3,11$, а у пациентов 2 группы – $3,39 \pm 2,46$. В среднем количество госпитализаций у пациентов 1 группы было равно $2,08 \pm 1,75$, а у пациентов 2 группы – $3,28 \pm 2,58$. Длительность депрессивного эпизода у пациентов 1 группы было равно $3,20 \pm 2,21$ месяца, во второй группе $23,06 \pm 24,30$ месяцев. В ходе проведенного сравнительного анализа было выявлено, что длительность депрессивного эпизода была в 7 раз больше у пациентов 2 группы ($U = 131$ при $p < 0,0001$), а также у них значимо больше госпитализаций, чем у пациентов 1 группы ($U = 726$ при $p = 0,013$).

Критерием отбора больных являлось наличие депрессивной симптоматики в структуре аффективного расстройства. Из исследования исключались пациенты с органическими психическими расстройствами (F00-09), расстройствами шизофренического спектра (F20-29), психическими и поведенческими нарушениями вследствие употребления психоактивных веществ (F10-19), умственной отсталостью (F70-79) в соответствии с критериями МКБ -10. С учетом критериев отбора в исследование включались больные с выставленным диагнозом биполярное аффективное расстройство текущий депрессивный эпизод F31 ($n = 32$), депрессивный эпизод F32 ($n = 17$), рекуррентное депрессивное расстройство F33 ($n = 51$).

Для исследования применялась клинико-анамнестическая и клинико-психопатологическая карта, разработанная в Отделе клинико-патогенетических исследований расстройств аффективного спектра, структурированное интервью наличия общей и личностной ангедонии (Степанов И. Л. 2004), шкала ангедонии Снайта-Гамильтона (SHAPS), Шкала депрессии Бека 21 пункт (ШДБ 21). Пациенты обследовались при поступлении и выписке.

Результаты. При оценке тяжести депрессивного эпизода по ШДБ 21 на момент поступления в стационар у пациентов 1 группы балл в среднем составлял $27,15 \pm 12,86$, а у пациентов 2 группы $29,6 \pm 13,48$. При выписке показатель по ШДБ 21 у пациентов 1 группы был равен $10,11 \pm 8,3$, а у пациентов 2 группы $16,76 \pm 10,86$. У пациентов 2 группы показатель депрессии при выписке значимо выше, чем у пациентов 1 группы, при диагностировании с помощью ШДБ 21 ($U = 564,5$ при $p = 0,003$).

При использовании метода структурированного интервью общей и личностной ангедонии (Степанов И.Л. 2004) и SHAPS на момент поступления наблюдается практически сопоставимый уровень общей ангедонии у пациентов 1 и 2 групп. Используя метод структурированного интервью общей (транзиторной и личностной) ангедонии удалось определить, что уровень личностной ангедонии у пациентов 1 группы значимо ниже ($U = 659$ при $p = 0,01$), чем у пациентов 2 группы. Показатель SHAPS положительно связан с личностной ангедонией ($r = 0,259$ при $p = 0,013$), общей ангедонией ($r = 0,61$ при $p < 0,001$) и транзиторной ангедонией ($r = 0,547$ при $p < 0,001$). При выписке наблюдается значительное снижение в уровне ангедонии, однако достоверные различия выявлены только по уровню личностной ангедонии, при этом у пациентов 1 группы этот показатель значимо ниже ($U = 652,5$ при $p = 0,036$), чем у пациентов 2 группы. В результате проведенного простого регрессионного анализа было выявлено, что на длительность депрессивного состояния наибольшее значение оказывает выраженность личностной ангедонии ($\beta = 0,254$ при $p = 0,016$).

Таким образом определено, что большей длительности депрессивного эпизода соответствует большая выраженность личностной ангедонии с меньшей редукцией депрессивного состояния и общей ангедонии при выписке. Диагностика выраженности личностной ангедонии может служить фактором прогноза течения депрессивного эпизода.

Клинические особенности эндогенных депрессий со сверхценными образованиями

Коляго О. О.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Значительный интерес исследователей к проблеме эндогенных депрессий вызван их широкой распространённостью и высоким уровнем психосоциальных нарушений у больных, страдающих аффективной патологией (Иванец Н. Н., Кинкулькина М. А., Тихонова Ю. Г., Авдеева Т. И., 2016). На современном этапе развития психиатрии существуют лишь немногочисленные узко ориентированные исследования, направленные на установление соотношения и взаимовлияния сверхценных образований и депрессивных расстройств (Илюшина Е. А., Ткаченко А. А., 2015; Коляго О. О. 2016; Mountjoy R. L., Farhall J. F., Rossell S. L., 2014). Наиболее неопределёнными является вопросы клинических особенностей

эндогенных депрессий, протекающих с соучастием сверхценных образований (Вертоградова О. П., Целищев О. В., 2011).

Цель и задачи: определение клинических особенностей депрессий со сверхценными образованиями, оценка прогностической значимости выявленных параметров.

Материал и методы: настоящее исследование было выполнено на базе Научного Центра Психического Здоровья в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний в группе аффективной патологии (руководитель отдела – проф. А. Н. Бархатова, директор Научного Центра Психического Здоровья – проф. Т. П. Ключник) в период с 2019 по 2021 г. С использованием клинико-психопатологического, клинико-динамического методов было обследовано 45 больных – 26 мужчин (средний возраст $28,7 \pm 7,3$) и 19 женщин (средний возраст $34 \pm 8,6$) с манифестным или повторным депрессивным состоянием в рамках эндогенного заболевания (F32-34 по МКБ-10) с присутствием в клинической картине феномена сверхценных образований. Контрольная группа была представлена сходной по числу, сопоставимой по полу и возрасту когортой больных (45 больных) с депрессивным состоянием, формирующимся в рамках фазы эндогенного заболевания (F32-34 по МКБ-10) без сверхценных образований.

Результаты и обсуждение. Депрессии со сверхценными образованиями встречались нами в 7,7 % случаев от общего числа пациентов, госпитализированных в 5-ое многопрофильное клинико-диагностическое отделение в указанный период исследования, с депрессивным состоянием, формирующимся в рамках фазы аффективных заболеваний (F32-F34 по МКБ-10).

В контрольной группе в большинстве наблюдений (86,7 %) для депрессий была характерна простая структура, при которой расстройства ограничивались аффективным уровнем. В остальных случаях (13,3 %) депрессия характеризовалась структурным полиморфизмом, уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, наблюдались явления других психопатологических регистров. В основной группе прослеживалось следующее соотношение: депрессии простой структуры встречались в 35,6 % случаев, а депрессии с чертами атипичности, с дисгармонией аффективной триады, увеличением удельного веса невротическо- и психопатоподобной симптоматики, наблюдались в подавляющем большинстве случаев (64,4 %).

В основной группе изучаемые депрессии были представлены тревожно-меланхолическими (33,3 % наблюдений), сенесто-ипохондрическими (22,2 % случаев), тревожными (20 %), апато-динамическими (15,6 % случаев), анестетическими (8,9 % случаев) депрессиями.

В контрольной группе чаще встречались тревожные (31,1 % наблюдений), и меланхолические депрессии (22,2 %); в отдельных наблюдениях тревожные депрессии сочетались с меланхолическими (17,8 %). Также имели

место апато-адинамические (13,3 % случаев), дисфорические (11,1 % наблюдений) и анестетические (4,5 % случаев) депрессии.

В обеих группах для наблюдений, в которых имело место большое количество депрессивных состояний, в большинстве случаев была характерна следующая закономерность: манифестное состояние имело затяжной характер течения, последующие депрессии отличались меньшей длительностью, однако их продолжительность нарастала от фазы к фазе.

Формирование сверхценных расстройств могло происходить как в структуре манифестного, так и во втором/третьем аффективном состоянии (основная группа). Структура собственно сверхценных образований не претерпевала значительных изменений на протяжении аффективного заболевания. Все сверхценные расстройства, возникавшие в структуре депрессивных состояний, отличались между собой только глубиной, которая всегда находилась в прямой взаимосвязи с тяжестью депрессий в целом. В большинстве случаев (95,5 %) сверхценные образования гармонично редуцировались при угасании аффективных нарушений. Однако у 2-х пациентов (4,5 %) этой группы, не смотря на редукцию депрессивной симптоматики, феномен сверхценных образований оставался актуальным, лишь незначительно снижая свою интенсивность.

Тематика сверхценных образований отличалась многообразием и была представлена сверхценными идеями виновности (31,1 %), идеями ипохондрического (22,2 %) и дисморфофобического содержания (17,8 %), самоуничтожения (13,3 %), ревности (11,1 %), сексуальной неполноценности (4,5 %).

При этом в 8,9 % случаях у одного и того же больного тематика сверхценных образований могла изменяться в структуре одного состояния (4 пациента из 45-ти), а в 17,8 % (8 человек) наблюдений у пациента отмечалось одновременное сосуществование нескольких видов сверхценных расстройств, с определенным доминированием одного из них. В случаях изменения тематики сверхценных образований на протяжении одного депрессивного состояния, а также сосуществование двух и более вариантов сверхценных идей у одного больного, прослеживались более длительные с утяжелением глубины аффективные фазы в течение заболевания.

Выводы. Когорта больных эндогенной депрессией является неоднородной, при этом особенности течения заболевания коррелируют как с наличием или отсутствием сверхценных образований в картине депрессии, так и с особенностями видоизменения собственно сверхценных идей на протяжении заболевания.

Психопатологическая картина депрессий со сверхценными образованиями характеризуются в большинстве случаев атипией проявлений депрессивного синдрома по отношению к классической депрессии, диссоциацией признаков депрессивной триады и синдромальным полиморфизмом

депрессивных нарушений с усложнением психопатологическими расстройствами более глубокого уровня.

Наличие сверхценных образований в структуре депрессии, сосуществование двух и более видов сверхценных расстройств (а также их чередование) на протяжении одного депрессивного состояния определяет менее доброкачественное течение как самих депрессий, так и болезни в целом.

Особенности эмоциональной сферы пациентов с рассеянным склерозом различной степени тяжести

Конева А. В., Трегубенко И. А.

г. Калининград

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта

В настоящее время имеются исследования, которые отмечают достоверное снижение когнитивной функции у пациентов с РС, но многие авторы не относят изменения в эмоционально-личностной сфере к значительным и значимым нарушениям, хотя в свою очередь эти изменения тоже оказывают дезорганизирующее действие на пациента с РС.

Актуальность представленной работы обусловлена тем, что аффективные нарушения у пациентов с рассеянным склерозом снижают качество жизни данных пациентов, влияя не только на повседневное функционирование, но и на отношение к самому заболеванию.

Целью нашей работы стало выявление эмоциональных особенностей у пациентов с рассеянным склерозом.

Задачи: 1. Выявить уровень тревожности, беспокойство и страхи по поводу заболевания, у пациентов с рассеянным склерозом. 2. Проанализировать различия в эмоциональных особенностях у пациентов с рассеянным склерозом в зависимости от их группы инвалидности. 3. Определить тип отношения к болезни у пациентов с рассеянным склерозом. 4. Выявить особенности совладания с тревогой и беспокойством у пациентов с рассеянным склерозом. 5. Проанализировать взаимосвязь между качеством жизни и эмоциональными особенностями пациентов с рассеянным склерозом.

Гипотезы: 1. Нестабильность эмоционального состояния пациентов с рассеянным склерозом имеет взаимосвязь со снижением качества их жизни.

2. Пациенты РС с разной степенью инвалидности имеют различные эмоциональные и личностные характеристики.

Общее число пациентов с РС, принявших участие в нашем исследовании составило 64 человека. Пациенты были разделены на группы,

в зависимости от своего балла EDSS (расширенная шкала оценки степени инвалидизации). Первая группа – пациенты, которые имеют балл EDSS от 1 до 3 баллов: 16 человек – 3 мужчин и 13 женщин, в возрасте от 22 до 43 лет. Вторая группа – пациенты, которые имеют балл EDSS от 3,5 до 6 баллов: 27 человек – 10 мужчин и 17 женщин, в возрасте от 24 до 62 лет. Третья группа – пациенты, которые имеют балл EDSS от 6,5 до 7 баллов: 21 человек – 9 мужчин и 12 женщин, в возрасте от 32 до 66 лет.

Исследование проводилось в Санкт-Петербурге на базе городской клинической больницы № 31. В исследовании приняли участие пациенты поликлинического отделения № 2 для больных рассеянным склерозом и другими аутоиммунными заболеваниями, а также больные из реабилитационного отделения для пациентов с рассеянным склерозом и другими демиелинизирующими заболеваниями.

В исследовании были использованы следующие методики: Шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, «Я-структурный тест» Аммона, Методика «Тип отношения к болезни», Опросник SF-36, «Модель воспринимаемой угрозы прогрессирования болезни» (Н. А. Сирота, Д. В. Московченко).

Для математической обработки данных применялись следующие методы: дисперсионный и корреляционный анализ в программе Statistica. Нами был использован параметрический метод для независимых выборок – коэффициент корреляции Пирсона. Статистически значимыми считались различия данных и корреляция между данными при $p \leq 0,01$, $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,001$.

Полученные данные сравнительного анализа качества жизни показывают, что пациенты третьей группы, которые более инвалидизированы и имеют балл EDSS от 6,5, оценивают свое качество жизни ниже, нежели пациенты других групп. Однако высокая личностная тревожность отмечается у второй группы обследуемых с РС. Этим пациентам трудно справляться с жизненными трудностями из-за дефицита тревоги, труднее дается контакт с окружающими, а также отмечается негативное отношение к себе, отказ от собственных потребностей и желаний.

Выводы:

1. Подавляющее большинство пациентов с РС обладают повышенным уровнем личностной тревожности. У них отмечается высокий уровень беспокойства о прогрессировании заболевания. Все пациенты с РС отмечают следующие страхи: страх утраты автономии (утрата самостоятельности в обслуживании и реализация привычной деятельности), а также семейные страхи (беспокойство о развитии аналогичного заболевания у близких).

2. Различия между группами пациентов с РС отмечается в уровне тревожности: чем выше балл по EDSS, тем выше уровень личностной

и ситуативной тревожности. Пациенты первой группы избегают тревоги и агрессии, испытывают стыд в связи со своим заболеванием, нарушена коммуникация с окружающими и снижена самооценка. Для второй группы пациентов характерен высокий уровень тревоги, однако они открыты, настроены на общение. Участники первой и второй групп озабочены качеством своей жизни. У обследуемых третьей группы отмечается существенное снижение качества жизни, снижена критика к своему состоянию, выражены беспокойство и страхи по поводу заболевания.

3. Ведущими типами отношения к болезни являются сенситивный и эргопатический, также зачастую встречаются сочетания с этими типами. У пациентов в первой группе диагностируются типы отношений к болезни с нарушениями социальной адаптации. Они чаще испытывают стыд из-за своего заболевания. Во второй группе испытуемых с РС проявляется дезадаптивный тип отношения к болезни: реакции по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном состоянии. У обследуемых из третьей группы психическая и социальная адаптация существенно не нарушены. По типу отношения к болезни группы распределены следующим образом: для первой и второй группы характерен сенситивный тип, для третьей группы эргопатический тип.

4. Пациенты с РС контролируют свои негативные мысли, связанные с прогрессированием заболевания, путем их подавления и позитивного переформулирования, чтобы снизить тревогу и беспокойство о своем заболевании.

5. Эмоционально неблагополучные пациенты с РС ниже оценивают качество своей жизни. В результате корреляционного анализа отмечается наибольшая связь качества жизни и эмоционального неблагополучия в первой и второй группах с РС, в третьей группе таких связей не обнаружено.

Выдвинутые в данном исследовании гипотезы о том, что пациенты РС с разной степенью инвалидности имеют различные эмоциональные и личностные характеристики, а также связь нестабильного эмоционального состояния и снижения качества жизни у пациентов с РС, были доказаны. Было показано, что различия между группами пациентов с РС отмечаются в уровне тревожности, восприятии себя и других. Была продемонстрирована тенденция к оценке пациентами своего качества жизни ниже, при превалировании тревожных и депрессивных эмоциональных состояний.

Результаты исследования показывают мишени, которые необходимо учитывать при работе с данной группой пациентов. Результаты могут служить для разработки коррекционных программ, которые будут направлены на принятие своего заболевания и себя, а также снижения беспокойства и тревоги.

Особенности когнитивного функционирования женщин с пердменструальным синдромом

Коновалова В. Н., Орлов Г. В.

г. Казань

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Профессиональное функционирование женщин требует интенсивного использования когнитивных функций, однако особенности функционирования женского организма оказывают существенное влияние на когнитивную сферу, таким образом, на фоне болевого и дисфорического синдромов, а также общего астенического состояния у женщин во время предменструального синдрома имеет место тенденция к снижению когнитивного потенциала. Термин «предменструальное напряжение» впервые был предложен R. T. Frank в 1931 г., а «предменструальный синдром» – Greene и Dalton в 1953 г. Однако еще в 1847 г. врач F. Ernst Von Feuchtersleben писал: «менструации у чувствительных женщин почти всегда сопровождаются душевным беспокойством, раздражительностью и унынием». Вовлеченность гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы, нейротрансмиттеров в патогенезе предменструального синдрома обуславливает отсутствие единой концепции терапевтических подходов, несмотря на всестороннюю изученность данного состояния, а также множества перспектив лечения данных пациенток в будущем. К примеру, изучение генетических предикторов развития данного состояния: полиморфизм генов PROGINS/ER-1/ ACE/5-HTT/ DAT-1 как генетические предикторы развития ПМС являются перспективными точками приложения коррекции предменструального синдрома в дальнейшем (Аганезова Н. В., 2011 г.). Циклическая функциональная нестабильность, вызванная изменениями гормонального гомеостаза, приводит к колебаниям психоэмоционального фона, что безусловно, негативно сказывается на работоспособности женщин, ухудшает качество жизни в данный период. Ведущие клинические проявления предменструального синдрома очень сходны с симптомами депрессивных и тревожных расстройств, не связанных с менструальным циклом (МЦ), что создает основу для использования общих принципов лекарственной коррекции (S. Ozeren [et al], 1997; T. B. Pearlstein [et al], 1997; Steiner [et al] 1995). В связи с этим, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее СИОЗС) относятся к первой линии фармакологической негормональной терапии ПМС.

Цель исследования. Изучить уровень когнитивного функционирования женщин в разные периоды менструального цикла и выявить закономерности изменения когнитивного статуса в зависимости от наличия

синдрома предменструального напряжения, а также определить необходимость сочетания медикаментозной и психокоррекционной составляющих лечения данного синдрома.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе женской консультации № 8 г. Казани и гинекологического отделения ГБ № 2 г. Казань, являющимися клиническими базами кафедры акушерства и гинекологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России. Методами исследования стали клинико-психологический, экспериментально-психологический. Критерии включения: фертильный возраст от 18 до 40 лет, регулярный менструальный цикл, наличие симптомов ПМС. Критерии исключения: индекс массы тела более 30 кг/м², сахарный диабет, артериальная гипертензия (АД более 130/90 мм. рт. ст.), тяжелые сопутствующие заболевания ССС, печени, почек, гормонопродуцирующие опухоли, злокачественные новообразования или подозрения на них в настоящее время и наличие их в анамнезе, органическая патология цнс, психический заболевания, прием психотропных препаратов, прием диуретиков в настоящее время, применение гормональной терапии в течение последних 3 месяцев до включения в исследование, наличие органической патологии женских половых органов (вторичный предменструальный синдром). Нами была сформирована группа женщин (n = 121), в структуре которой были обозначены три подгруппы респонденток. 1 группа – принимали преимущественно нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС). 2 – принимали нестероидные противовоспалительные препараты в сочетании с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС), 3 – использовали препараты растительного происхождения (содержащие прутняка обыкновенного-Agnus castus). Для подтверждения имеющегося предменструального синдрома и предменструального дисфорического расстройства, исследуемые в течение 2-х месяцев (двух менструальных циклов) заполняли специализированные дневники. Для оценки актуального эмоционального состояния был использован тест М. Люшера. Для определения уровня тревожности – тест Спилбергера-Ханина с субшкалами реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ). Оценка уровня внимания проводилась при помощи таблиц Шульте. Когнитивное функционирование определялось набором субтестов из теста Векслера (тест WAIS – Wechsler Adult Intelligence Scale); дополнительно была использована методика «пиктограммы». Статистическая обработка результатов проводилась в операционной среде Windows с использованием статистической программы Statistica 6.0. Распределение количественных признаков оценивалось по критерию Колмогорова – Смирнова. В случае нормального распределения показателя применялись методы параметрической статистики (средняя арифметическая и ее стандартная ошибка,

критерий Стьюдента, коэффициент линейной корреляции Пирсона). Для показателей, не имеющих нормального распределения, вычислялась медиана. Достоверность различий количественных показателей оценивалась по критерию Манна–Уитни, а относительных показателей по χ^2 – критерию Пирсона.

Результаты и обсуждения. Средний возраст испытуемых составил $29 \pm 0,6$ лет. В структуре респонденток: принимали преимущественно НПВС 45 % исследуемых, принимали НПВС и СИОЗС 30 % респонденток, использовали фитопрепараты – 25 % опрошенных. Наиболее часто выявлялись такие симптомы как напряжение, тревога (45 %), лабильность настроения, слезливость (15 %), раздражительность, гневливость, конфликтность (15 %). Актуальное эмоциональное состояние по результатам теста М. Люшера говорит о наличии повышенной раздражительности и тревоги у лиц основной группы на 25 день менструального цикла. В группе контроля достоверных различий в выборе предпочтительного цвета не обнаружено. Уровень когнитивного функционирования у пациенток основной группы исследовался на 10-ый и 25-ый день менструального цикла на фоне приема препаратов. Полученные данные сравнивались с данными, полученными у респонденток группы контроля (исследование также проводилось на 10-ый и 25-ый день менструального цикла). По результатам таблиц Шульце (исследование стабильности внимания и динамических характеристик психических процессов), судя по показателям истощаемости, более высокие результаты показали участницы группы контроля (среднее время $35 \pm 2,5$ сек.) и пациентки основной группы, принимающие в качестве медикаментозной терапии НПВС + СИОЗС ($39 \pm 1,5$ сек). Наиболее низкие показатели выявлены у пациенток основной группы ($64 \pm 2,1$ сек), принимающих НПВС и фитопрепараты. Почти у половины всех пациенток (45,0 %) основной группы по опроснику Спилбергера–Ханина выявлен высокий уровень реактивной тревожности (РТ). Наиболее высокие показатели РТ показатели у лиц, принимавших в качестве терапии совладания с симптомами предменструального синдрома – НПВС+СИОЗС (низкие показатели тревожности) выявлены у 48,0 % респонденток. Уровень личностной тревожности значительно ниже у пациенток вне предменструального синдрома. Достоверных отличий в уровнях личностной тревожности при наличии признаков предменструального синдрома, в том числе в зависимости от способов купирования расстройств выявлено не было. В тесте Векслера, наилучшие показатели (IQ) получены у участниц контрольной группы (в среднем – IQ = 110), однако сопоставимые с показателями пациенток основной группы, принимающих НПВС+СИОЗС (в среднем – IQ = 98), $p = 0,07$.

Заключение и выводы. В основной группе на 25 день менструального цикла выявлено снижение когнитивных функций в сравнении

с индивидуальной нормой показателей на 10 день МЦ. Наиболее эффективным способом совладания с симптоматикой при ПМС была схема сочетания НПВС + СИОЗС. Дальнейшая разработка эффективных способов диагностики, лечения и иной коррекции психических расстройств при ПМС позволит повысить когнитивное и социальное функционирование женщин, тем самым еще более нивелируя гендерные различия.

Сравнительный анализ зарегистрированных случаев употребления психоактивных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса за период 2019–2020 гг.

Кратовский А. Ю., Стрелковский М. Д.

г. Кемерово

Кемеровский государственный медицинский университет

Актуальность. В последние годы в Российской Федерации распространность употребления психоактивных веществ среди населения продолжает оставаться одной из ведущих социально значимых проблем. В связи с этим одной из важных задач наркологической службы Российской Федерации является выявление среди населения лиц, регулярно, либо эпизодически, употребляющих наркотические средства. В мировом масштабе на фоне стабилизации потребления традиционных наркотиков (опиатов, препаратов каннабиса, психостимуляторов, включая стимуляторы амфетаминового ряда) наблюдается увеличение числа и уровня потребления новых психоактивных веществ (НПВ), большинство из которых не включены в списки веществ, находящихся под международным контролем. Среди других тенденций, вызывающих обеспокоенность специалистов системы общественного здравоохранения, эксперты УНП ООН называют рост полинаркомании. (Наркология; национальное руководство / Под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 944 с.)

Целью данного исследования является: сравнительный анализ распространенности новых психоактивных веществ (НПАВ) и полинаркомании на территории Кемеровской области – Кузбасса в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 и 01.01.2020 по 31.12.2020 г.

Материал и методы исследования.

Дизайн исследования: ретроспективное.

Изучались справки с результатами химико-токсикологического исследования лиц направленных на медицинское освидетельствование. В период

с 01.01.2019 по 31.01.2019 г. было обследовано 15809 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 855, медицинскими организациями – 606, медицинскими осмотрами – 14450.

В период с 01.01.2020 по 31.01.2020 г. было обследовано 15659 человек. Из них направлено: органами внутренних дел – 863, медицинскими организациями – 575, медицинскими осмотрами – 14246. Все обследуемые подписали добровольное информированное согласие. Биологический материал исследования – моча, вследствие низкого содержания белковых компонентов, она является наиболее простым биообъектом для определения наркотических средств.

Результаты и обсуждение. Число обследованных, у которых подтверждено наличие психоактивных веществ в период с 01.01.2019 по 31.12.2019 г. составляет 697 человек, из них: каннабиноиды 260 (37 %), комбинация наркотических средств и психотропных веществ 181 (26 %), синтетические катиноны 128 (18 %), опиаты 35 (5 %), синтетические каннабимиметики 32 (4,5 %), снотворные и седативные средства 24 (3,5 %), психотропные вещества 22 (3 %), другие наркотические средства 13 (2 %) амфетамин 2 (0,5 %), метадон 2 (0,5 %).

В 2019 году, среди потребителей наркотических средств и психотропных веществ на территории Кемеровской области – Кузбасса, наибольший процент составили лица употребляющие: каннабиноиды, несколько психоактивных веществ (ПАВ), синтетические катиноны.

Число обследованных, у которых подтверждено наличие психоактивных веществ в период с 01.01.2020 по 31.12.2020 г. составляет 725 человек, из них: каннабиноиды 259 (36 %), комбинация наркотических средств и психотропных веществ 187 (26 %), синтетические катиноны 138 (19 %), опиаты 42 (6 %), синтетические каннабимиметики 29 (4 %), снотворные и седативные средства 28 (3,5 %), психотропные вещества 26 (3 %), другие наркотические средства 12 (1,5 %) амфетамин 2 (0,5 %), метадон 2 (0,5 %).

У всех представленных в изученной выборке людей в моче были обнаружены либо лекарственные препараты, и/или наркотические средства и психотропные вещества.

Выводы:

1. В результате исследования была выявлена стабилизация рынка наркотических средств и психотропных веществ, но в то же время отмечается рост употребления новых ПАВ и комбинаций наркотических средств.

2. Установлено, что потребление таких наркотических средств, как растительные каннабиноиды и синтетические катиноны на территории Кемеровской области – Кузбасса преобладает над другими видами ПАВ.

Таким образом, проведенный сравнительный анализ и полученные результаты демонстрируют необходимость продолжать работу, направленную на диагностику наркологических расстройств, а также на улучшение межведомственного взаимодействия с внедрением новых форм сотрудничества, направленных на выявление среди населения лиц, употребляющих наркотические средства, психотропные вещества.

Гипергомоцистеинемия при шизофрении в российской выборке: биохимические механизмы и клинические особенности

Кудрявцева Е. С., Жилева Т. В., Мазо Г. Э.

*г. Нижний Новгород,
Клиническая психиатрическая больница № 1,
Приволжский исследовательский медицинский университет,
г. Санкт-Петербург
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. В ряде зарубежных исследований показано, что при шизофрении чаще, чем в общей популяции отмечается гипергомоцистеинемия (Regland B. et al., 1995; Muntjewerff J. W. et al., 2006; Petronijević N. D. et al., 2008). С одной стороны, она может быть интегральным маркером нарушений обмена фолатов (в результате дефицита витаминов и/или генетической предрасположенности), а с другой стороны может быть вовлечена в патогенез заболевания посредством нескольких возможных молекулярных механизмов. С одной стороны избыток гомоцистеина может участвовать в процессах оксидативного стресса, оказывать негативное воздействие на глутаматергическую систему (Boldyrev A. A., 2009.; Pratt C. W., Cornely K., 2018). При этом не исключено, что гомоцистеин является лишь маркером нарушений обмена фолатов (которые участвуют в процессах метилирования, в том числе катехоламинов), и не является патогенетическим фактором *per se* (Krebs MO et al., 2009).

В России аналогичных исследований не проводилось, кроме того, имеются противоречивые результаты исследований о генетических факторах, вовлеченных в обмен фолатов и гомоцистеина, при шизофрении.

Цель данного исследования: сравнить уровень гомоцистеина у пациентов с шизофренией в Европейской части России (Нижегородский регион) и здоровых добровольцев, оценить ассоциацию гомоцистеина с уровнем

фолатов, кобаламина и клиническими показателями у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. Случайным образом отобрано 50 пациентов с шизофренией и 36 здоровых добровольцев. Критериями включения пациентов являлись: диагноз шизофрении (F20), установленный с помощью «Международного нейропсихиатрического интервью» Диагностического и статистического руководства 5-й версии; способность пациента дать осознанное добровольное информированное согласие; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с воспалением, оксидативным стрессом, гипергомоцистеинемией, нарушениями обмена фолатов; отсутствие приема витаминов, противовоспалительных средств, антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование. Критериями включения здоровых добровольцев в исследование являлись: отсутствие зарегистрированных ранее на протяжении жизни психических расстройств (здоровый доброволец не наблюдается у психиатра и ранее не обращался к психиатрам по поводу проблем с психическим здоровьем), социальной дезадаптации, злоупотребления психоактивными веществами; соответствие по полу и возрасту пациентам, включенным в исследование; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с воспалением, оксидативным стрессом, гипергомоцистеинемией, нарушениями обмена фолатов, фенилаланина; отсутствие приема витаминов, противовоспалительных средств, антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование.

Выборки обследованных пациентов и здоровых добровольцев сопоставимы по полу и возрасту. Средняя длительность заболевания с момента манифестации у обследованных пациентов составила $21,5 \pm 2,8$ месяцев ($M \pm SE$), все они получали антипсихотическую терапию: 12 человек в отделениях дневного пребывания, 36 стационарно и 2 в амбулаторных условиях.

У всех участников проведено биохимическое исследование уровней гомоцистеина, фолатов и кобаламина (B12) сыворотки крови. Концентрацию гомоцистеина измеряли на анализаторе Cobas (Roche Diagnostics) с использованием ферментативного анализа. Определение содержания фолатов и витамина B12 проводили методом хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах (Architect, Abbott lab.S.A.).

Все пациенты обследованы с помощью шкалы для оценки позитивных и негативных синдромов при шизофрении (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale, S. Key et al., 1987).

Анализ данных осуществлялся на базе Statistica 6.0. Так как распределения полученных данных в изучаемых выборках отличались от нормального (W-тест Shapiro-Wilk), применялись непараметрические критерии:

Манна-Уитни U-тест (MWU); для оценки корреляций использовался критерий Спирмена (ρ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У пациентов уровень гомоцистеина достоверно выше, чем в группе контроля ($p = 0,0041$). При этом уровень гомоцистеина у пациентов имеет слабую отрицательную статистически значимую корреляцию как с уровнем фолатов ($\rho = -0,38$; $p = 0,0063$), так и с уровнем В12 ($\rho = -0,36$; $p = 0,0082$). Уровень фолатов у пациентов достоверно ниже, чем у здоровых добровольцев ($p = 0,0072$), поэтому не исключено, что именно их дефицит является фактором, влияющим на развитие гипергомоцистеинемии при шизофрении. Это может свидетельствовать о справедливости гипотезы о том, что гомоцистеин является лишь маркером нарушений обмена фолатов, что требует дальнейшего изучения.

Гомоцистеин значимо выше у мужчин, чем у женщин как во всей изученной выборке ($Z = -2,1068$, $p = 0,0351$), так и в подгруппах пациентов ($Z = -2,11$; $p = 0,035$) и здоровых ($z = 3,4$; $p = 0,00067$), причем, у здоровых различия между мужчинами и женщинами более выражены.

Анализ ассоциации уровня гомоцистеина с выраженностью клинических симптомов (PANSS) показал наличие статистически значимой прямой корреляции с аффективным уплощением (N1, $\rho = 0,28$; $p = 0,046$), моторной заторможенностью (G7, $\rho = 0,33$; $p = 0,019$), а также общим баллом продуктивных симптомов ($\rho = 0,29$; $p = 0,040$). При сравнении симптомов в подгруппах пациентов с нормальным (менее 10 мкмоль/л) и повышенным уровнем гомоцистеина (MWU) выявлено, что у пациентов с повышенным уровнем гомоцистеина статистически значимо более выражены нарушения абстрактного мышления (N5, $Z = 2,34$; $p = 0,019$), нарушения спонтанности и плавности общения (N6, $Z = 2,29$; $p = 0,021$), стереотипное мышление (N7, $Z = 2,49$; $p = 0,012$). Кроме того у пациентов с повышенным уровнем гомоцистеина более выражены, но не значимо возбуждение (P4), идеи веичия (P5), подозрительность (P6) и суммарный балл шкалы негативных синдромов.

Выводы. Полученные данные говорят о наличии гипергомоцистеинемии при шизофрении у пациентов в Российской популяции, ассоциации гипергомоцистеинемии у пациентов с дефицитом фолатов, кобаламина и выраженностью большого количества клинических симптомов шизофрении. Это говорит об актуальности изучения механизмов влияния гомоцистеина на клинические симптомы, разработки путей коррекции гипергомоцистеинемии для оптимизации лечения шизофрении.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках проектов № 19-015-00420 А, № 20-015-00301 А.

**Особенности психологических
адаптационно-компенсаторных механизмов (АКМ)
у больных с тяжелыми хроническими заболеваниями**

**Кудряшова В. Ю., Лутова Н. Б., Руденко Д. И., Вукс А. Я.,
Стучевская Т. Р., Егорова О. Д., Кулагина Н. К.,
Затаковенко С. М.**

г. Санкт-Петербург

*Санкт-Петербургский Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева
Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. И. П. Павлова*

Актуальность. При развитии хронических инвалидизирующих заболеваний адаптационные реакции позволяют приспосабливаться к новым условиям, вызванным патологическим процессом, а компенсаторные – призваны замещать сниженные или утраченные из-за болезни функции. Важно учитывать и биологический, и психологический адаптационно-компенсаторный потенциал больного. Для изучения этих особенностей были рассмотрены два тяжелых хронических инвалидизирующих заболевания: шизофрения – психическое расстройство, нарушающее когнитивную и поведенческую сферы и миастения – аутоиммунное заболевание, проявляющееся в патологической мышечной слабости.

Цель работы. Исследование особенностей саморегуляции поведения и ряда других психологических характеристик, как аспектов АКМ в группах больных параноидной шизофренией и больных миастенией в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 91 человек:

- Группа 1: пациенты с параноидной шизофренией, 30 человек (отделение биологической терапии психически больных ФГБУ НИИЦ ПН им. В.М. Бехтерева).
- Группа 2: больные миастенией средней и тяжелой степени (MGFA II, III, IV), 31 человек (отделении неврологии №3 СПб ГБУЗ «ГМПБ №2»).
- Группа 3: контрольная, здоровые испытуемые, 30 человек.

Использовались экспериментально-психологические методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения», тест смысложизненных ориентаций, опросник «Семантический дифференциал времени».

Обработка данных проводилась с помощью SPSS 17.0. Для множественного сравнения средних в трех группах использовался дисперсионный

анализ. Там, где дисперсии были равны, применялся критерий Тьюке, в случаях неравенства дисперсий – критерий Томхейна.

Результаты и обсуждение. При изучении показателей саморегуляции выявлены достоверные различия шкал «Моделирование» ($p < 0,016$), «Оценивание результатов» ($p < 0,004$), «Гибкость» ($p < 0,018$) и «Общий уровень саморегуляции» ($p < 0,010$) у группы 1 и группы 3. Не выявлено различий по этим показателям между группой 1 и группой 2, группой 2 и группой 3.

При исследовании смысложизненных ориентаций в группе 1 обнаружены достоверные отличия от группы 2 и группы 3 по шкалам «Цель» ($p < 0,008$ и $p < 0,00$, соответственно), «Процесс» ($p < 0,030$ и $p < 0,00$, соответственно), «Результат» ($p < 0,00$ и $p < 0,00$, соответственно) и «Локус-контроля Я» ($p < 0,002$ и $p < 0,00$, соответственно), при этом по данным параметрам не обнаружено различий между группой 2 и группой 3. По показателям «Локус-контроля Жизнь» наблюдаются различия у группы 3 с группами 1 и 2 ($p < 0,00$ и $p < 0,030$, соответственно), которые в свою очередь не выявляют различий между собой. По шкале «Общий показатель» группа 1 значительно отличается от группы 3 ($p < 0,00$), при этом не отличаются от группы 2, у которой так же не обнаружено значимых различий с группой 3.

Исследование субъективного ощущения психологических характеристик времени обнаружило, что группы 1 и 2 значительно отличаются от группы 3 по шкалам «Настоящее. Активность времени» ($p < 0,00$ и $p < 0,007$, соответственно) и «Настоящее. Величина времени» ($p < 0,005$ и $p < 0,039$, соответственно) при этом не различаясь между собой. Группа 1 выявляет различия с группой 3 по шкалам «Настоящее. Эмоциональная окраска времени» ($p < 0,003$) и «Настоящее. Структура времени» ($p < 0,002$), не отличаясь от группы 2, которые, в свою очередь, не демонстрируют различий по данным шкалам с группой 3. Группа 2 отличается от группы 3 по шкале «Будущее. Активность времени» ($p < 0,003$), при этом не различаясь по ней с группой 1, не выявляющей по этому показателю отличий с группой 3. Группа 1 отличается от группы 3 по шкале «Будущее. Ощущаемость времени» ($p < 0,035$), но не отличаются по ней от группы 2, не выявляющей различий по этому параметру с группой 3.

Полученные данные демонстрируют напряженность АКМ у больных хроническими инвалидизирующими заболеваниями. При изучении саморегуляции наибольшие нарушения наблюдались у больных шизофренией. Им свойственен сниженный контроль эмоциональной сферы и большая импульсивность по сравнению со здоровыми. Но и у больных миастений из-за постоянного стресса способность к саморегуляции поведения снижается, хотя ее ухудшение не столь тотально.

Для психологической устойчивости и направленности поведения необходима система ценностных ориентаций и смыслов, а их искажения

приводят к социальной дезадаптации. Низкие показатели осмысленности жизни у больных шизофренией – признако снижения АКМ. При этом, у них не выявлено значимых различий с больными миастенией, что объясняется физическим неблагополучием последних, подрывающим психологическую устойчивость. В то же время, больные миастенией существенно не отличаются по данному показателю от здоровых, т.к., не смотря сниженный аффективный фон им не свойственны нарушения мышления и другие шизофренические особенности. Пациенты с миастенией могут опираться на постановку целей, получать удовольствие от течения жизни, результатов деятельности и принятия ответственности за свой вклад в происходящее – в этом они не различаются с контрольной группой, а больные шизофренией выявляют низкие показатели по данным параметрам.

Психологические характеристики времени определяют пространственно-временную организацию психики, меняющуюся при разных психических состояниях. Больные шизофренией выявляют низкую удовлетворенность происходящим, растерянность, ритм жизни воспринимается разорванным, плохо поддающимся контролю. Больные миастенией значимо не отличаются в этих аспектах и от процессуальных больных, и от здоровых, т.е. им достаточно ресурсов для поддержания стабильного восприятия действительности. Так же у них нет специфических для больных шизофренией нарушений познавательных процессов, что обеспечивает неделимость структуры времени и лучшую психологическую устойчивость. По показателям будущего времени обнаружены различия в восприятии активности времени у пациентов с миастенией и здоровых лиц, а больные шизофренией не отличаются от них в этом, т.к. у больных миастений сохранна критичность и они осознают ограничения, связанные с болезнью. Пациенты с шизофренией постепенно теряют критичность, перестают адекватно воспринимать свои возможности, начиная оценивать будущее излишне оптимистично. В силу особенностей их восприятия, логики и познавательных процессов, временные перспективы оцениваются как нереальные, слабо ощущаемые, замкнутые на событиях частной жизни. Пациенты с миастенией, несмотря на наличие дистресса от ситуации хронического заболевания, все же открыты к участию в событиях, выходящих за пределы ситуации болезни.

Выводы. Выявленные нарушения АКМ требуют психологической помощи и позволяют предложить ряд мишеней психокоррекционных воздействий:

- для больных шизофренией важно развитие навыков дифференцировки и сдерживания импульсов, соотнесения результатов деятельности с изначальными целями, повышение поведенческой гибкости. Им актуальны интервенции, направленные на формирование устойчивых представлений

о себе, своих возможностях и путях их приемлемой реализации, при рациональном осмыслении своих ограничений;

- для больных миастенией фокусом должны стать опора на доступные занятия, связанные с познавательной и духовной сферами, приносящих удовлетворение, компенсирующих появление физических ограничений;

- общими для обеих нозологических категорий являются мероприятия по углублению и расширению осмысленности жизни, освещению сфер своего влияния на болезнь и рациональному принятию ответственности за происходящее, развитию навыков получения удовлетворения от повседневных дел.

ROC-кривые моделей бинарной классификации при мониторинге антипсихотической терапии

Кузьмин И. И.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Цель. Оценить взаимосвязь генотипов (G/A и A/A) изоформов цитохрома CYP2D6 с относительной концентрацией оланзапина (C/D) при терапевтическом лекарственном мониторинге пациентов с шизофренией с использованием метода ROC-анализа.

Материалы и методы исследования. Был проведен ТЛМ оланзапина (ОЛЗ) и генотипирование 40 некурящих пациентов для оптимизации терапии. Препарат вводили в разных дозах (2–25 мг).

В качестве независимой переменной выступает отношение концентрации ОЛЗ к его дозе (C/D), бинарный отклик которого в свою очередь зависит от генотипа (G/A и A/A) изоформы цитохрома CYP2D6.

Генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), концентрацию ОЛЗ в крови измеряли посредством тандемной хроматомасс-спектрометрии. Для оценки достоверности полученной зависимости строилась ROC-кривая, которая часто используется для представления результатов бинарной классификации. Использованы такие методы, как логистическая регрессия, линейный дискриминантный анализ и метод опорных векторов.

В качестве программного обеспечения использовались Stata и RStudio.

Результаты. По имеющимся данным была построена модель логистической регрессии и получена таблица сопряженности наблюдений и предсказаний. Исходя из полученной статистики, модель логистической

регрессии имеет высокую предсказательную способность, прогностическая способность которой составляет 95 %.

Помимо проверки коэффициентов и составления таблиц целесообразно увидеть эффективность той или иной модели с помощью кривой ROC и последующего ROC-анализа. По умолчанию в большинстве программ оптимальным порогом отсечения служит баланс между чувствительностью и специфичностью. Построенная ROC-кривая логистической регрессии имеет значение AUC = 0.984.

Значение оптимального порога отсечения так же представляется возможным наглядно продемонстрировать. Результат, полученный в данном случае и отличный от «середины» 0.5, свидетельствует о несбалансированности выборки, что не сильно критично в случае бинарной классификации.

Главной особенностью ROC-кривых является наглядное сравнение моделей бинарной классификации между собой. Помимо линейной регрессии были рассмотрены модели по методу линейного дискриминантного анализа и опорных векторов.

Соответствующие им значения AUC очень схожи между собой и близкие к «идеальной» единице (значения 0.984, 0.984 и 0.951 соответственно), что говорит об адекватном пороге отсечения, представленном в фактических данных. Идентичный AUC для логистической регрессии и дискриминантного анализа объясняется схожим методом выражения зависимой переменной через линейную комбинацию независимых переменных.

Заключение. Все три бинарных классификатора показали высокую надежность для выявления эффективности мониторинга лечения шизофрении в данном исследовании, т.к. значение AUC близко к единице. Общий AUC для логистической регрессии и дискриминантного анализа объясняется схожим методом выражения зависимой переменной через линейную комбинацию независимых переменных.

Выводы. ROC-кривые служат простым и наглядным примером оценки достоверности зависимости в имеющихся данных. Помимо этого, сравнение ROC-кривых различных методов оценки терапевтического диапазона служит эффективным способом не допускать снижения эффективности антипсихотической терапии.

Особенности поведенческих аддикций в динамике пограничного расстройств личности в юношеском возрасте

Кулешов А. А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Определение роли поведенческих аддикций (ПА) в динамике пограничного расстройства личности (ПРЛ) в юношеском возрасте является одной из приоритетных задач для научного изучения [Sacco P., et al., 2005; Black D.W., 2010; Jorgenson A.G., et al., 2016; Munno D., Saroldi M., et al., 2015]. По данным исследований именно в юношеском возрасте влечения приобретают целенаправленный характер, на основе чего формируется волевая сфера личности [Выготский Л.С., 1931; Jaspers K., 1913; Kernberg O. 1976]. Психопатологическая структура ПРЛ является благоприятной почвой для манифестации патологии влечений, где ПА в совокупности с явлениями аффективной нестабильности, нарушениями контроля над импульсами и расстройствами самоидентификации занимают одну из ключевых позиций [Coffey S. F., et al., 2011; Kienast T., et al., 2014; Jo Yung-Wei Wu, et al., 2016]. Поведенческие аддикции в рамках динамики ПРЛ обладают широкой распространенностью, мозаичностью и политематичностью клинических проявлений [Brown M., et al., 2015; Vaddiparti K., et al., 2017]. Особенно высокие показатели распространённости ПА были выявлены у обучающихся средних профессиональных и высших учебных заведений и достигали 67 % среди исследованных лиц с ПРЛ юношеского возраста [Munno D., et al., 2015; Northey L., et al., 2016; Chen T., et al., 2019]. Изучение пубертатной декомпенсации ПРЛ с преобладанием поведенческих аддикций (ПА) обусловлено не только их высокой распространенностью, но и тем, что данная патология является наиболее прогностически неблагоприятной в плане дальнейшей динамики ПРЛ. По данным современных исследований ПРЛ значительно утяжеляет течение поведенческих аддикций в юношеском возрасте, что нередко приводит к стойкому нарушению социального функционирования и повышению суицидального риска [Wei-Hsin Lu, et al., 2017; Jo Yung-Wei Wu, et al., 2016; Zadra S., Bishof G., et al., 2016; Dalbudak E., Evren C., Aldemir S., et al., 2014]. В ряде случаев обнаружена тенденция встраивания самоповреждающего поведения в структуру поведенческих аддикций, что обеспечивает последующую высокую частоту рецидивирования по сравнению с другими типами РЛ [Kaess M., et al., 2020]. Остается недостаточно изученным вопрос верификации

поведенческих аддикций в структуре ПРЛ юношеского возраста, их влияние на дальнейшую динамику, что ставит перед будущими исследователями дополнительные задачи.

Цель. Установление клинико-психопатологических особенностей поведенческих аддикций при динамике пограничного расстройства личности в юношеском возрасте.

Материал и методы. Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т. П. Ключник) в отделе юношеской психиатрии (руководитель – проф. В. Г. Каледа).

Критерии включения:

1. Поведенческие аддикции (F50X, F63X, F65X, F66X).
2. Юношеский возраст больных на момент первичного обследования (16–25 лет).
3. Диагноз «Пограничное расстройство личности» (F60.31) в соответствии с критериями МКБ-10.
4. Длительность катамнестического наблюдения не менее 5 лет.
5. Информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии не включения:

1. Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Материалом настоящей работы явились данные клинического обследования 67 больных (42 мужского и 25 женского пола), впервые обратившиеся в клинику ФГБНУ НЦПЗ, по поводу поведенческих аддикций, включающие игровые, пищевые и сексуальные, с установленным диагнозом пограничное расстройство личности. Из этой когорты 29 больных дополнительно обследованы катамнестически в 2015–2021 гг. Средний возраст больных к моменту первого обращения составлял $19,2 \pm 2,3$ лет. Основными методами были выбраны клинико–психопатологический, катамнестический, психометрический. Оценка импульсивности проводилась при помощи шкалы Баррата [Barratt E.S., 1993], уровень эмоциональных нарушений исследовался при помощи Торонтской шкалы Алекситимии [Taylor G.J., 1985].

Результаты и обсуждение. Детальный клинико-психопатологический анализ выявил, что поведенческие аддикции при динамике ПРЛ в юношеском возрасте сопровождались выраженным аффективным напряжением с чувством азарта, субъективной необходимостью снять «напряжение», с последующей потерей контроля и критики, что приводило к актуализации поведенческих расстройств. Пациентам было свойственно легкомысленное отношение к собственной жизни, обнаруживалась склонность к экстремальным увлечениям и виду деятельности. Одновременно наблюдался сверхценный интерес к неформальным и радикальным объединениям, с утрированным подражанием стилю различных субкультур. При этом обращала

на себя внимание поверхностность представлений о собственной деятельности, больные были ориентированы на «поиск драйва», нежели на смысловое содержание и реализацию убеждений. Антивитальная активность была обнаружена у 39 больных (58,2 %) с явлениями адреналиномании, характеризовалась наличием несуйцидальных самоповреждений (НССП) импульсивного и демонстративного характера. Выделенные специфические характеристики позволили обозначить данные состояния как «аддитивные адреналиномании» [Короленко Ц. П., Овчинников А. А., и др., 2019]. Дополнительные психометрические данные позволили подтвердить высокую роль аффекта и нарушений самоидентификации в формировании адреналиномании, были обнаружены высокие показатели импульсивности по шкале Баррата (88 ± 2) и значительный уровень алекситимии по Торонтской шкале TAS (75 ± 1).

Предварительный анализ катamnестического изучения ПА, показал следующие основные два варианта динамики ПРЛ. Относительно благоприятная динамика ($N = 11$, 37,9 %). Заключается в постепенном уменьшении психопатологических проявлений ПРЛ с улучшением контроля над эмоциями и импульсами, снижением антивитальной активности. Наблюдалась относительная редукция явлений адреналиномании и/или их трансформация в какую-либо деятельность у больных с ПРЛ, что сопровождалось повышением социальной адаптации и качеством жизни.

Относительно неблагоприятная динамика ($N = 18$, 62,1 %). Характеризовалась сохранением психопатологических проявлений ПРЛ на прежнем уровне, с усугублением проявлений адреналиномании. Было отмечено усиление поведенческих расстройств и повышение антивитальной активности с нанесением НССП. Обнаружена тенденция к встраиванию самоповреждающего поведения в структуру поведенческих аддикций, с возникновением суицидальных попыток, которым предшествовали рецидивирующие НССП. Нередко присоединялись химические аддикции, значительно ухудшающие их дальнейший прогноз.

Выводы. Таким образом проведенное исследование определило ведущей роль специфической патологической личностной структуры ПРЛ при участии возрастного фактора в клиническом оформлении поведенческих аддикций и их высокую сопряженность с аутоагрессивным поведением. Выделенные психопатологические характеристики значимы для прогностической оценки дальнейшей динамики ПРЛ, создания терапевтических мишеней для данного контингента больных и определяют актуальность их дальнейшего изучения.

Реабилитация пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство

Кулешова Е. О.

г. Барнаул

Алтайский государственный медицинский университет

Актуальность. Последние два десятилетия отмечены повышенным вниманием научного сообщества к проблеме медико-социальной реабилитации пациентов после перенесенного первого психотического эпизода (Гурович И. Я. и соавт. 2003; Vucadin M. et al., 2018). Целью психосоциальной реабилитации является возвращение пациентов в общество, восстановление профессионально-трудового статуса, а также профилактика рецидивов и хронизации заболевания на основе восстановления ослабленных болезнью ресурсов личности. Для этого с помощью комплекса психосоциальных воздействий создаются необходимые внешние условия, с учетом личностных особенности больного, в том числе вторичные, обусловленные перенесенным психотическим расстройством, оказывающие влияние на особенности компенсаторно-приспособительной защиты (Falkum E., et al. 2017). Реабилитационные рекомендации, предполагаемые для больших контингентов больных носят схематичный и приблизительный характер, при этом имеется необходимость конкретизации с учетом индивидуальных особенностей каждого случая (Логвинович Г.В. и соавт., 1992).

Цель работы – оценка эффективности предложенной авторами программы (платформы) реабилитации, основанной на типах компенсаторно-приспособительной защиты, для пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство (ОППР). Задачи работы: изучить варианты и уровни адаптации больных, перенесших ОППР в динамике и разработать платформу реабилитации пациентов, перенесших ОППР и оценить ее эффективность.

Материалы и методы. Исследование проводили на базе отделения первого психотического эпизода Алтайской краевой психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдмана. Выборку составили 128 пациентов, перенесших ОППР и нуждавшихся в психосоциальной реабилитации. Из них были сформированы две группы. В основную группу вошли 75 больных, 49 мужчин и 26 женщин, которые в дальнейшем проходили реабилитацию по предложенной нами схеме. Группа сравнения состояла из 53 пациентов, 23 мужчины и 30 женщин. Она была представлена пациентами, по ряду причин не принявшими участие в реабилитационных мероприятиях. Диагнозы больных относились к шизофрении с приступообразным

течением, их адаптационные возможности изучались в период ремиссии. Исследования проводили при помощи клинико-психопатологического, клинико-катамнестического и статистического методов. Для оценки социального функционирования использовали шкалу «Личного и социального функционирования» – PSP (Personal and Social Performance) (Mauzer K.T. et al, 1990).

Результаты и их обсуждение. В соответствии с типом индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты пациенты основной группы были разделены на 4 подгруппы, особенности которых отражали качество и уровень трудовой, семейной и социальной адаптации, а также степень выраженности негативных расстройств в постпсихотическом периоде и определяли направление психосоциальной терапии.

В 1-ю подгруппу вошли пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «гуттаперчевой капсулы» (43 человека). Данные пациенты характеризуются способностью к самостоятельной организации социальных функций и отношений на преморбидном или несколько сниженном уровне. Наблюдение осуществляли ежемесячно в течение первого полугодия после выписки и каждые 3–6 мес в течение последующих 5 лет. Применяли антипсихотическую монотерапию без предпочтений в отношении групп нейролептиков. Использовался комплексный подход с обязательным включением психотерапевтического вмешательства (групповая образовательная, семейная и индивидуальная рациональная психотерапия). Психосоциальную работу вели с ориентацией на учебу или профессиональное восстановление, чаще всего она была ограничена рациональными рекомендациями. Работа с родственниками пациентов была направлена на организацию и коррекцию семейных отношений, проводились образовательные программы.

Во 2-ю подгруппу включили пациентов с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «экологической ниши» (12 человек), для которой характерно снижение полезного социального функционирования. Наблюдение за этими больными также осуществляли ежемесячно в течение первого года после выписки, и каждые 3–6 мес. в последующие пять лет, как правило, при инициативном участии со стороны врача. Антипсихотическую монотерапию проводили в течение всего периода наблюдения. Психосоциальная терапия в рамках комплексной помощи пациентам основывалась на балансе между щадящей и стимулирующей тактикой. Социально-психологическая помощь включала решение проблем рационального трудоустройства. Проводилась направленная коррекция социальных установок, образовательные программы и работа с родственниками. Психотерапевтическую помощь осуществляли в рамках семейной психотерапии.

В 3-ю подгруппу вошли пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «социальной оппозиции» (7 человек). Адаптация и реабилитация происходят на сниженном уровне при активной социальной и медикаментозной поддержке. Такие пациенты нуждаются в систематическом и активном наблюдении с неперенным формированием доверительных отношений между больным и врачом. Наблюдение осуществляли активно и систематически ежемесячно в течение первого года после выписки и в дальнейшем каждые 3 мес. на протяжении 5 лет. Препаратами выбора явились атипичные нейролептики. Длительность их приема также составила 5 лет с соблюдением принципа монотерапии. В психосоциальной работе, проводившейся в виде индивидуальной психотерапии, основной акцент делался на коррекции межличностных отношений в микросоциуме. Важной задачей при решении проблемы трудоустройства было нивелирование гиперболизированного отношения больного к заболеванию и самому себе. Проводили активную систематическую психосоциальную работу с родственниками пациентов, с целью преодоления их стигматизации.

В 4-ю подгруппу включены пациенты с индивидуальной компенсаторно-приспособительной защитой по типу «укрытия под опекой» (13 человек). Данным пациентам необходима внешняя стимуляция и коррекция социально полезной деятельности. Возможность компенсации предоставляется лишь при наличии постоянной активной и систематической опеки врачей и родственников в учреждениях со специально созданными условиями социально-трудовой реабилитации. Для данного контингента больных немаловажен тесный и доверительный контакт. Пациентов этой подгруппы наблюдали ежемесячно в течение первого года после выписки и каждые 3 мес. в дальнейшем. Длительность приема нейролептиков в данной подгруппе составила 5 лет. Препаратами выбора являлись атипичные нейролептики. Психотерапевтические задачи реализовали посредством индивидуальной психотерапии. К работе привлекали клинических психологов. В ходе психосоциальной работы основной акцент делали на их социализацию при тесном содействии с компетентными органами. Необходимым было участие родственников при полном информировании последних о состоянии пациентов, особенностях заболевания и правилах поведения в новых условиях постпсихотического периода.

Оценку социального функционирования с применением шкалы PSP. Средний балл по шкале PSP к началу реабилитации в основной группе составил $58,63 \pm 10,54$, а в группе сравнения – $58,41 \pm 9$ ($p < 0,05$). Т.е. уровень социального функционирования в обеих подгруппах оказался одинаковым. Через 1 год значения общего балла оценки по шкале PSP в обеих группах колебались от 56 до 97: от полного отсутствия нарушений

функционирования во всех четырех основных областях до значительных затруднений в определенных областях. Средний общий балл по шкале PSP составил в основной группе $77,03 \pm 1,09$, что относится к интервалу 80–71 – небольшие затруднения в одной или более областях. Такой же результат был получен в 1, 3 и 4-й подгруппах, несмотря на наличие труднокурабельных больных и пациентов с обострением психотической симптоматики, утяжелением уже имеющихся или возникновением негативных расстройств (см. таблицу). Во 2-й подгруппе и в группе сравнения результат находился в интервале 70–61 (заметные, но не достигающие значительного уровня затруднения в одной или более областях небольшие проблемы в области). Анализ изменения данного показателя у пациентов обеих групп, выявил положительную динамику: средний балл в обеих группах по шкале социального функционирования вырос, но в основной группе на $18 \pm 14,15$, а в группе сравнения лишь на $5,9 \pm 1,76$ ($p < 0,01$).

Выводы. Уровень социального функционирования у пациентов, прошедших психосоциальную реабилитацию на основе разработанной нами платформы, оказался выше, чем в группе больных, которые такую реабилитацию не проходили. Полученные результаты дают основание предположить, что предложенная нами программа реабилитации, основанная на типах компенсаторно-приспособительной защиты пациентов, перенесших ОППР, может успешно использоваться в практической психиатрии как эффективная форма медикаментозной, психологической и социальной поддержки.

Кататонические расстройства при органическом аутизме у детей дошкольного возраста

Лазарина А. Л.

г. Москва

Научно-практический центр детской психоневрологии

Актуальность. На современном этапе вопросы, касающиеся клинической структуры расстройств аутистического спектра, остаются актуальными, так как объективное представление о ведущих звеньях клинической картины аутистических нарушений развития во многом определяет тактику лечения и реабилитации.

Многие ведущие исследователи предполагают, что различные степени кататонии есть у 12–18 % пациентов с аутистическими расстройствами (Wing 2000, Billstedt et al. 2005, Ghaziuddin et al. 2012). Есть мнение, что

кататония при РАС связана с хромосомными, генетическими нарушениями (Ghaziuddin et al 2020). К. Шнайдер считал, что кататония является неспецифическим синдромом и может встречаться при психических расстройствах различного генеза. Он отмечал, что при шизофрении чаще можно встретить гипокинетические формы, а при симптоматических психозах – гиперкинетические. Появлялось все больше свидетельств, что кататонические расстройства характерны и для неврологической патологии, метаболических, аутоиммунных заболеваниях (Wilcox J. et al 2015).

Кататонические расстройства при психотических формах расстройств аутистического спектра были описаны А.В. Куликовым. Было отмечено, что в данной группе пациентов выделялись следующие особенности: преобладание гиперкинетических форм кататонии; сочетание кататонических нарушений с регрессивной моторной симптоматикой; наличие выраженных речевых расстройств; высокая выраженность негативизма, импульсивности, аутоагрессии, у 63,3 % пациентов кататоническая симптоматика сочеталась с психопатоподобными расстройствами поведения и когнитивным дефицитом.

Цель данного исследования состояла в изучении кататонических расстройств и коморбидных нарушений у детей дошкольного возраста, страдающих РАС и имеющих органическое поражение ЦНС, и их отличие от психотических форм аутизма.

Материалы и методы. На базе дневного стационара № 4 Научно-практического центра детской психоневрологии были обследованы с использованием клиничко-психопатологических и клиничко-катамнестических методов 20 пациентов с органическими аутистическими расстройствами, в возрасте от 3 до 6 лет, из них 3 девочки и 17 мальчиков. У всех обследованных детей было верифицировано расстройство аутистического спектра, а также коморбидные резидуально-органические поражения ЦНС, что подтверждалось как данными анамнеза, особенностями неврологического статуса, а также наличием диффузных изменений БЭА.

Результаты и обсуждение. Психическое развитие у всех пациентов протекало с выраженной задержкой с раннего возраста. При оценке характера кататонической симптоматики были выделены две группы: со сниженной активностью и субступорозными явлениями (6 человек) и с повышенной активностью, возбуждением (14 человек). Из характерных для кататонического синдрома нарушений преимущественно выявлялись: негативизм и аверсия, амбитендентность, хватательный рефлекс, «блокировка» или «замирание», множественные разнообразные стереотипии, эхоталии.

Необходимо отметить, что проявления стереотипности моторики с однообразной ходьбой, кружением, атетозоподобными движениями

кистями рук, а также сочетание периодов нецеленаправленной активности с «замираниями» отмечались у 100 % обследованных пациентов, проявления негативизма, амбитендентности, эхолалии встречались значительно реже.

Из коморбидных нарушений можно отметить наличие когнитивного дефицита, имеющегося у 100 % пациентов, а психопатоподобных расстройств с гетеро- и аутоагрессией, расторможенностью влечений и т.д., которые отмечались у большинства детей с психотическими формами аутистических расстройств (А.В. Куликов 2020) в нашем исследовании не выявлялось.

Выводы.

1) При органическом аутизме у детей дошкольного возраста преобладают гиперкинетические формы кататонии;

2) Преимущественными симптомами являются двигательные нарушения;

3) Из коморбидных расстройств преобладают когнитивные дефицитарные нарушения, что отличает кататонический синдром при органическом аутизме от психотических форм.

Взаимосвязь различных показателей дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Лановая А. М.

г. Москва

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

Актуальность. Психологическая адаптация в младшем школьном возрасте тесно связана как с работой психических процессов, обучением и воспитанием, так и со становлением личности ребенка и его социализацией. Различные проявления детской дезадаптации могут образовывать целый комплекс поведенческих нарушений (Коробейников И. А., 2002; Nangle D. W. et al., 2009). Особого внимания требуют дети, социализация которых осложняется дисгармоничной семейной ситуацией, особенностями их развития (Иванова А.С., 2020). Ранняя качественная диагностика нарушений адаптации позволит составить вероятностный прогноз развития ребенка и составить психокоррекционную программу. Отсутствие же своевременного психолого-педагогического вмешательства

может привести к различным нарушениям поведения, снижению учебной мотивации и школьной успеваемости (Ералы М. Р., Касымова Г. М., 2018).

Цель исследования – выявить взаимосвязь признаков дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья, нуждающимися в психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи при освоении основных общеобразовательных программ (Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»).

Задачи исследования. изучить и выявить признаки дезадаптивного поведения у младших школьников с ограниченными возможностями здоровья; провести корреляционный анализ полученных данных.

Материалы и методы. Для исследования особенностей дезадаптивного поведения была использована субшкала дезадаптации из опросника адаптивного поведения Вайнленд (Vineland Adaptive Behavior Scales – VABS). Субшкала представляет собой полуструктурированное интервью, в ходе которого на вопросы отвечают родители ребенка, люди из его ближайшего окружения или специалисты образовательной организации. Для статистической обработки данных использовался критерий Спирмена в пакете SPSS (распределение баллов отличается от нормального согласно критерию Колмогорова-Смирнова, $p \leq 0,01$).

Описание выборки. Выборку составили 77 детей (57 мальчиков, 20 девочек), обучающихся в государственных образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей ($N = 27$), в коррекционных детских домах для детей-сирот и детей с ограниченными возможностями здоровья ($N = 27$), а также получающих социально-психологическую поддержку в центрах социальной помощи семье и детям ($N = 8$), в социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних ($N = 3$) и детей из средних общеобразовательных школ, находящихся на психологическом сопровождении ($N = 12$). В исследовании приняли участие дети от 7 до 10 лет (средний возраст – 8,5 лет).

Результаты. Согласно полученным результатам, средний балл субшкалы дезадаптации по выборке составил 14,2 ($SD = 7,87$), что превышает нормативные значения. У 13 % детей (4 девочки, 6 мальчиков) был выявлен низкий уровень дезадаптивного поведения, у 16 % детей (5 девочек, 7 мальчиков) – средний, что соответствует критериям нормы. Высокий уровень дезадаптации наблюдался у большинства детей (71 %, 11 девочек, 44 мальчика). Данные результаты, несомненно, связаны с особенностями выборки: ограниченные возможности здоровья сопряжены с различными нарушениями адаптации, многие дети оказались лишены значимых близких как модели поведения, либо имели негативный пример для подражания.

Наиболее часто были выявлены следующие проявлениями дезадаптивного поведения: слабая концентрация внимания (77 %), гиперактивность (60 %), онихофагия (привычка кусать, грызть ногти) (53 %), тревожность (52 %), негативизм и непослушание (47 %), резкие аффективные проявления (43 %), чрезмерная психологическая зависимость от значимых близких (38 %). Самые распространённые критические дезадаптивные поведенческие особенности, крайне редко встречающиеся при нормотипичном развитии у младших школьников (в 14–18 % случаев): яктация (покачивания взад и вперед), дезориентация в пространстве и непосредственном окружении, деструктивное поведение, проявляющееся в умышленном разрушении собственного или чужого имущества.

Выводы. Был проведен корреляционный анализ между наиболее часто встречающимися показателями дезадаптивного поведения и другими признаками нарушения адаптации.

1. Были выявлены корреляционные связи (все прямые, средней силы, на высоком уровне значимости $p \leq 0,001$) между детским энурезом и расстройствами сна ($r = 0,513^{**}$), онихофагией (привычкой грызть ногти) ($r = 0,500^{**}$) и тиками ($r = 0,498^{**}$). Можно предположить, что некоторые типы расстройства сна (например, гиперсомния, нарколепсия) снижают биологическую способность ребенка проснуться, чтобы удовлетворить физиологические потребности, а также связаны с другими неврологическими нарушениями. Данные корреляции объединяют описываемые признаки нарушений адаптации и могут подтверждать их общее происхождение и течение.

2. На высоком уровне статистической значимости ($p \leq 0,001$) были обнаружены связи между проявлением чрезмерной зависимости от значимых близких и следующими признаками: гипотимия (сниженное настроение, угнетенность) ($r = 0,457^{**}$, связь прямая, сила связи средняя), низкая концентрация внимания ($r = 0,587^{**}$, связь прямая, сила связи средняя) и отчуждение от актуальной ситуации ($r = 0,692^{**}$, связь прямая, сильная). Выявленные корреляции позволяют предположить, что чрезмерно зависимое поведение от значимых близких в младшем школьном возрасте тесно связано с нарушениями способности концентрироваться на определенных объектах, с пониженным эмоциональным фоном, а также с признаками отрешенности ребенка от окружающей обстановки. Данная особенность может быть объяснена тем, что при чрезмерной зависимости ребенка от значимых близких, в условиях одиночества, у него может меняться общий эмоциональный фон и снижаться функционирование определенных когнитивных процессов.

3. Несколько значимых связей было обнаружено между уклонением детей от занятий и подверженностью резким аффективным проявлениям

($r = 0,486^{**}$, связь прямая, сила связи средняя), непослушанием ($r = 0,578^{**}$, связь прямая, сила связи средняя), хулиганством ($r = 0,452^{**}$, связь прямая, сила связи средняя) и упрямством ($r = 0,621^{**}$, связь прямая, сила связи средняя). Данная группа характеристик дезадаптации в совокупности может служить показателем начала формирования девиантного поведения. Дети, у которых были выявлены подобные признаки социально-психологической дезадаптации, могут остро нуждаться в специализированном психолого-педагогическом сопровождении.

Также важными выступают корреляции признака «обманывает, совершает кражи» с желанием дразнить и задирать сверстников ($r = 0,767^{**}$, связь прямая, сильная) и с проявлениями физической агрессии ($r = 0,668^{**}$, связь прямая, сильная). Выявленные взаимосвязи являются показателями нарушений социальных норм, зачастую при возникновении одного из проявлений повышается вероятность возникновения других.

Таким образом, обе группы корреляций признаков раннего проблемного поведения имеют общие проявления, связанные с агрессивным поведением.

4. Отдельно стоит отметить достоверные корреляционные связи с критическими пунктами шкалы, не проявляющимися при нормотипичном развитии у детей.

Было выявлено, что самоповреждающее поведение взаимосвязано с манерностью в поведении ($r = 0,500^{**}$, связь прямая, средняя) и с бессмысленными высказываниями (нарушения логики высказываний, лишенная последовательности речь) ($r = 0,560^{**}$, связь прямая, сильная). Взаимосвязь была обнаружена и между теми же признаками, манерностью в поведении и логически бедной речью ($r = 0,705^{**}$, связь прямая, сильная). Самоповреждающее поведение также коррелирует с внешними проявлениями деструктивного поведения ($r = 0,444^{**}$, связь прямая, средняя). В свою очередь, внешнее деструктивное поведение статистически значимо связано с физической агрессией ($r = 0,664^{**}$, связь прямая, сильная). Мы можем предположить, что данные проявления в большинстве случаев являются сопутствующими и нуждаются в пристальном наблюдении даже при единичном проявлении в поведении ребенка. Таким образом, манерность в поведении, высказывания, не связанные по смыслу, и деструктивное поведение с умышленным уничтожением своего либо чужого имущества могут являться предикторами саморазрушающего поведения и на них нужно обращать внимание как специалистам, так и родителям.

5. Примечательно, что единственная обратная достоверная связь была выявлена между признаками расстройств пищевого поведения и систематическим непосещением учебных занятий ($r = -0,283^*$, $p \leq 0,05$, связь обратная, слабая). Можно предположить, что дети, страдающие от пищевых расстройств, не проявляют в образовательных учреждениях какого-либо

отклоняющегося от норм поведения, однако таким детям свойственно совладание со стрессом посредством нарушений пищевого поведения.

Заключение. Выявленные в ходе исследования корреляционные связи между проявлениями дезадаптивного поведения младших школьников с ограниченными возможностями здоровья могут быть использованы психологами на разных этапах профилактики. Также, некоторые взаимосвязи могут обладать прогностической функцией: при обнаружении одного из проявлений дезадаптации существует высокая вероятность выявления нарушений адаптации другого типа.

Нейрон-специфическая енолаза сыворотки крови больных с синдромом зависимости от алкоголя, депрессивными расстройствами и их коморбидности: корреляции с выраженностью психических нарушений

Левчук Л. А., Епимахова Е. В., Рощина О. В.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья
Томского национального исследовательского медицинского центра*

Психиатрические расстройства, в том числе аддиктивные и депрессивные, являются важной медико-социальной проблемой, часто встречаясь как в общей популяции населения, так и в общемедицинской практике. Сопряженность этих двух заболеваний относится к числу неблагоприятных факторов, усложняющих процесс диагностики, терапии и медицинской реабилитации таких пациентов, с одной стороны, и негативно влияющих на течение и прогноз каждого из заболеваний, с другой стороны. Клинические проявления при коморбидном течении аддиктивных и аффективных расстройств отличаются полиморфизмом, большей степенью выраженности и обусловлены сложными биологическими механизмами, связанными с дисрегуляцией различных нейромедиаторных систем (Анохина И. П. с соавт., 2018; Узбеков М. Г. с соавт., 2018; Christopher J. et al., 2014). Современные исследования в области патофизиологии психических расстройств свидетельствуют об участии нейробиологических процессов, включая нарушение структуры нервной ткани, повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера, включение аутоиммунных механизмов, нейрогенез, дегенерацию нейронов, выход в периферический кровоток нейроспецифических белков (Batalla A. et al., 2017; Gules E. et al., 2020). Трансляционный подход в исследовании белков, выполняющих специфические

для мозга функции и имеющих отношение к механизмам аддиктивных и психических расстройств, может выявить новые диагностические маркеры или терапевтические мишени для данных расстройств. Оценка нейроспецифических белков отражает степень повреждения гематоэнцефалического барьера и глубину патологических изменений в нервной системе (Karabulut S. et al., 2019; Vos P.E. et al., 2010). Целью данного исследования явилась оценка вклада нейрон-специфической енолазы (NSE) в развитие депрессивной симптоматики у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и / или депрессивными расстройствами.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В исследование включены 63 пациента с синдромом зависимости от алкоголя и / или депрессивными расстройствами, проходивших лечение в отделениях аддиктивных и аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Из них 22 пациента с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2, МКБ-10), 22 пациента с депрессивными расстройствами (F32, F33, МКБ-10) и 19 пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и аффективного расстройства: депрессивного эпизода, биполярного аффективного расстройства, рекуррентного депрессивного расстройства или дистимии.

Группу контроля составили 36 психически и соматически здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту обследуемым пациентам, не имеющих хронических заболеваний и не состоящих на диспансерном наблюдении, без признаков перенесенных острых инфекционных заболеваний на момент обследования.

Для психометрической оценки тяжести текущего депрессивного эпизода, а также оценки выраженности типичных и атипичных депрессивных симптомов использовалась шкала SIGH-SAD. Динамическая оценка тяжести состояния производилась по шкале общего клинического впечатления о тяжести заболевания CGI-S (до начала терапии и на 14-й и 28-й дни терапии).

У всех обследуемых лиц для биологических исследований брали кровь из локтевой вены утром натощак в пробирки фирмы BD Vacutainer с активатором свертывания для получения сыворотки. У пациентов забор крови проводился дважды: при поступлении в стационар и через 4 недели терапии.

Определение концентрации NSE в сыворотке крови обследуемых лиц осуществляли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов CanAg NSE EIA производства Fujirebio Diagnostics, Inc. (Швеция). Количественную оценку результатов анализа проводили

на анализаторе иммуноферментных реакций УНИПЛАН («Пикон», Россия). Конечные результаты выражали в мкг/л – единицах, рекомендованных фирмой-изготовителем для построения калибровочных графиков из стандартных навесок определяемого вещества.

Статистическую обработку результатов осуществили с помощью программы SPSS, версия 26,0. Проверку на нормальность распределения значений переменных проводили по критерию Колмогорова-Смирнова. Данные выражали в виде медианы, верхнего и нижнего квартилей. Для сравнения групп использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с расчетом коэффициента ранговой корреляции по Спирмену (r). Различия считались достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение. Содержание NSE у пациентов с депрессивными расстройствами на момент поступления в стационар было статистически значимо выше данного показателя группы здоровых лиц (3,8 (3,02–4,7) и 3 (2,52–3,67) мкг/л, $p = 0,004$), в процессе терапии содержание NSE незначительно увеличилось до 3,95 (2,91–4,72) мкг/л. У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя до начала терапии уровень NSE не отличался от контрольных значений (3,33 (2,63–4,23) и 3 (2,52–3,67) мкг/л, $p < 0,05$), в процессе терапии наблюдали повышение NSE до 3,76 (3,45–4,84) мкг/л ($p = 0,003$ по сравнению с уровнем показателя здоровых лиц). Содержание NSE у пациентов с коморбидным течением расстройств на момент поступления в стационар составило 3,62 (2,86–4,4) мкг/л, что статистически значимо выше данного показателя группы здоровых лиц ($p = 0,047$). В процессе терапии наблюдали дальнейшее повышение этого показателя до 4,26 (2,93–6,57) мкг/л ($p = 0,007$ по сравнению с контролем).

Многочисленными авторами показан вклад NSE в патогенез расстройств настроения, таких как депрессия и биполярное расстройство (Левчук Л. А. с соавт., 2021; Gules E. et al., 2020; Schmidt F. M. et al., 2015). В исследовании S. Karabulut с соавторами (2019) выявлена прямая зависимость уровня NSE в плазме крови пациентов с биполярным аффективным расстройством от продолжительности заболевания. Girard M. с соавторами (2019) показали, что у лиц с синдромом зависимости от алкоголя наблюдается активация воспалительных процессов с изменением уровней NSE и S100B.

При оценке по шкале CGI-S до начала фармакотерапии состояние пациентов с двойным диагнозом объективно оценивалось врачом как более тяжелое, по сравнению с группами с «чистой» нозологией ($p < 0,05$). После 4 недель терапии более худшая динамика состояния, оцененная по CGI-S, оказалась в группе с коморбидностью по сравнению с «чистой» алкогольной зависимостью ($p < 0,05$).

Корреляционный анализ средних суммарных баллов по шкалам SIGH-SAD и CGI-S и уровня NSE в сыворотке крови пациентов с депрессивными расстройствами выявил достоверную корреляцию между содержанием NSE через 4 недели терапии и баллом по шкале SIGH-SAD при поступлении пациента в стационар ($r = 0,421$; $p = 0,018$). В группе пациентов с коморбидным течением расстройств выявлена корреляционная связь между уровнем NSE и средним суммарным баллом по шкале CGI-S при поступлении в стационар ($r = -0,537$; $p = 0,001$).

Выявленные корреляции свидетельствуют о взаимосвязи между выраженностью депрессивных симптомов и степенью тяжести психического состояния пациентов при поступлении в стационар и уровнем NSE до начала терапии и при выписке из стационара.

Выводы. Изменения в секреции нейрон-специфической енолазы (NSE) характерны как для пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, так и депрессивными расстройствами, что, вероятно, указывает на неспецифическую нейробиологическую реакцию, медиаторный дисбаланс у всех пациентов. Однако, тенденция к нарушению баланса в секреции NSE у пациентов с коморбидным течением алкогольной зависимости и депрессивного расстройства усиливается, что, вероятно, свидетельствует о большем дефекте в нейробиологических процессах и нейродегенерации, а также подтверждается данными о более тяжёлой клинической симптоматике и худшей динамике состояния пациентов с коморбидным течением расстройств.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».

Динамика клинической картины эмоционально неустойчивого расстройства личности у призывников по результатам пятилетнего катамнестического обследования

Лисаускене О. В.

г. Ярославль

Ярославская Областная Психиатрическая больница

Актуальность. Расстройства личности занимают лидирующие места по распространенности среди призывного контингента и военнослужащих (П. В. Ситчихин, В. В. Беличенко, 2014; В. К. Шамрей, В. И. Евдокимов,

С. Г. Григорьев и др., 2017). В структуре пограничных психических расстройств, послуживших причиной освобождения от срочной службы в армии и комиссованных из ее рядов, эмоционально неустойчивое расстройство личности занимает, по мнению В. В. Куликова, 2007, К. О. Яценко, 2015, ведущее место.

Целью исследования являлось: проследить динамику эмоционально неустойчивого расстройства личности от момента призыва в течение 5 лет по прошествии призыва.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе анализировались данные медицинской документации: архивные истории болезни и амбулаторные карты призывников, проходивших медицинское освидетельствование в условиях подросткового отделения ГБУЗ ЯО ЯОКПБ, сведения от близких родственников, амбулаторные карты общесоматических поликлиник, школьные и производственные характеристики, анкеты.

На втором этапе проведено клинико-катамнестическое (в течение 5 лет) обследование больных, признанных ранее негодными или ограниченно годными к несению военной службы по призыву. Сведения заносились в «Анкету катамнестического исследования призывника» (В. В. Нечипоренко, Е. В. Шелепова, 1995). Проводилось клиническое сравнение первого и последующих (спустя 2, 3, 4, 5) исследований, а также результатов факторного анализа с целью выявления наиболее устойчивых связей формирующих устойчивое патологическое состояние – эмоционально неустойчивое расстройство личности.

Результаты исследования. Первый этап. В соответствии с психопатологической картиной расстройства, психологическим статусом пациенты с эмоционально неустойчивым расстройством личности разделены на две группы: импульсивный – 43 человека (64,18 %) и пограничный – 24 (35,82 %). Спустя пять лет, согласно клиническому анализу и «анкете катамнестического исследования призывника» в большинстве случаев выявлено продолжающееся снижение социальной адаптации, увеличение количества пациентов, употребляющих алкоголь и другие ПАВ. То есть периоды относительной компенсации сопровождались обострением психопатологической симптоматики в ответ на психотравмирующие ситуации или аутохтонно. Учитывая многофакторность эмоционально-неустойчивого расстройства личности, была сделана попытка методом главных компонент (факторов) с ротацией фактора выделить устойчивые патологические связи симптомов, на которые должно быть направлено терапевтическое воздействие (медикаментозное, психолого-коррекционное, реабилитационное и пр.), что должно приводить к улучшению клинического состояния и социальной адаптации.

Факторный анализ определил «жесткое звено» симптомов эмоционально неустойчивого расстройства личности призывников, которое стабильно проходит через все обследования (во время призыва, через 2, 3, 4, 5 лет катамнеза): невысокий интеллект, элементы инертности и импульсивности в способах действия, черты эмоционально-волевой неустойчивости, ослабление аффективно-волевой регуляции, трудности конструктивного взаимодействия при отсутствии незрелости, зависимости от окружающих, тревожности. Установлены «гибкие» звенья, воздействуя на которые устойчивое патологическое состояние можно устранить более постепенно, менее качественно, т.к. устраняя одну взаимосвязь симптомов, появляется другая зачастую с меньшим количеством наблюдений от полной дисперсии.

Выводы.

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

2. При катамнестическом исследовании в течение дальнейших пяти лет наблюдалось (без сглаживания типов) в большинстве случаев усложнение клинической картины заболевания с увеличением количества пациентов, употребляющих алкоголь и другие ПАВ, продолжающееся снижение социальной адаптации.

3. Факторный анализ позволил выявить «жесткое звено» системой организации клинических симптомов при эмоционально неустойчивом расстройстве личности, на которые в первую очередь должны быть направлены психофармакологические, психотерапевтические, реабилитационные мероприятия, чтобы избежать усложнения клинической картины заболевания и снижения социального статуса.

4. В «гибких звеньях» системной организации симптомов сочетания не имеют устойчивого характера, не включают в себя симптомы «жесткого звена», характеризуются меньшим процентом от полной дисперсии и способны расшатать устойчивые патологические состояния менее радикально.

Распространенность хронической боли и ее связь с аффективными расстройствами среди подростков Западно-Сибирского региона России

Лубеницкая А. Н.

г. Омск

*Омский государственный медицинский университет,
Омская клиническая психиатрическая больница
им. Н. Н. Солодниковой*

Актуальность. Проблема хронической боли является одной из ведущих в наши дни: ряд исследований показал, что ее распространенность составляет 10–80 % населения в целом (Abu-Saad Huijjer, 2010). Среди детей и подростков – от 20 до 40 %, причем 5 % приходится на боль, приводящую к инвалидизации (King et al., 2011; Huguet, Miro, 2008).

Наличие стойких болей и, зачастую, невозможность выявить их причину, значительно ухудшает физическое и психосоциальное функционирование, снижает качество жизни, нарушает повседневную деятельность пациентов.

Частыми коморбидными симптомами являются: нарушение сна, утомляемость и когнитивные проблемы, такие как трудности с концентрацией внимания (Harrison et al., 2014).

Состояние пациентов с хронической болью в 80 % случаев соответствует критериям тревожного расстройства (Campro et al, 2004). Также, вероятность развития депрессии коррелирует с частотой возникновения болевых ощущений, и, наоборот, депрессивные симптомы определяются, как фактор риска для утяжеления состояния со временем, еще больше снижая качество жизни. Психологический стресс – одновременно и потенциальный фактор, и результат жизни с болью.

Распространенность хронических болей (ХБ) среди детей и подростков растет, а лонгитюдные исследования показывают, что до 64 % молодых людей будут продолжать испытывать стойкую боль и в зрелом возрасте (King et al., 2011).

Цель и задачи. Целью данной работы является изучение распространенности и особенностей хронических болевых синдромов у подростков города Омска.

Задачи:

- оценить распространенность и особенности течения хронических болей среди лиц 14 – 18 лет,
- сравнить данные показатели в гендерных и возрастных группах,

- оценить распространенность тревожно-депрессивных расстройств среди лиц 14 – 18 лет,
- сравнить распространенность аффективной патологии среди лиц с хронической болью и без нее.

Материалы и методы. По данным Омкстата на 1 января 2020 г. в Омской области численность молодых людей 10–19 лет составляла 200 643 человек. В ноябре 2020 г. было проведено сплошное одномоментное тестирование, в котором приняло участие 5910 человек 14–18 лет, что составило 2,95 % от данной группы населения. Каждому из них было предложено заполнить оригинальный опросник посредством Google Forms, направленный на выявление болевых ощущений на протяжении не менее 6 месяцев, также описывались дополнительные симптомы и оценивались уровни тревоги и депрессии посредством шкалы HADS. Все полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу. Была рассчитана распространенность хронической боли для каждой возрастной группы. Социально-демографические и клинические особенности изучались с помощью расчета взвешенных процентов. Количественные переменные (общие баллы по шкале HADS) оценивались с помощью расчета средних значений и стандартных ошибок среднего, а также процентного соотношения качественных показателей.

Средний возраст участников составил 16,19 лет (SD 1,03), с преобладанием количества испытуемых 15-ти (29,37 %), 16-ти (24,04 %) и 17-ти (23,37 %) лет. Доля испытуемых женского пола составила 63,98 % (3781 человека), мужского – 36,02 % (2129 человек).

Результаты и обсуждение. О наличии боли длительностью свыше полугода сообщили 862 человека (14,59 % выборки), из них 665 – женского пола (17,59 % всех девушек, 75,45 % испытуемых, сообщивших о наличии боли, 193 – юноши (9,25 % юношей, 24,55 % испытуемых с ХБ).

Встречаемость синдромов хронической боли распределена по возрастным группам относительно равномерно (14,70 %, SD = 0,69), с наибольшими показателями в 17 (15,64 % испытуемых данного возраста) и 18 лет (15,68 %).

19,49 % испытуемых сообщают о наличии минимальной боли, 39,33 % случаев характеризуются умеренной интенсивностью, 29,12 % – средней степенью выраженности, на долю сильной и нестерпимой боли приходится 6,61 % и 1,62 % соответственно.

Юноши, как и девушки, чаще сообщают о болевых ощущениях умеренной интенсивности (38,58 % и 39,85 % соответственно), однако среди мужчин выше распространенность минимальной боли (23,86 % против 18,2 %, $p \leq 0,005$), тогда как среди девушек более распространены ощущения средней выраженности (31,73 % против 20,30 %, $p \leq 0,005$).

Во всех возрастных группах наиболее распространенными оказались ощущения умеренной степени (38,48 %, SD = 3,0).

При оценке длительности выяснилось – наиболее распространены периодически возникающие болевые ощущения (47,45 %), беспокоящие менее 5 дней в течение месяца (30,05 %).

При сравнении возрастных групп определяются те же закономерности: наиболее распространены периодические (46,09 %, SD = 4,35) боли. Чаще всего беспокоят менее 5 дней в месяц (31,73 %, SD = 3,95), однако, около трети испытуемых (25,69 %, SD = 4,80) сообщают о постоянных ощущениях.

Больше всего на нарушение взаимоотношений с окружающими, например из-за раздражительности, болевые ощущения влияют в группе 14, 16 и 17 лет (44,44 %, 37,61 % и 33,66 %). Наиболее частое влияние боли на способность к концентрации внимания наблюдается в группах 16 (42,57 %) и 17 лет (41,67 %).

Согласно результатам шкалы HADS, более половины (63,96 %) юношей с ХБ не обнаруживают выраженной тревоги. Среди девушек с хронической болью в 24,36 % случаев обнаруживается тревога субклинической, и в 33,98 % – клинической выраженности.

Результаты оценки уровня депрессии показали, что девушки с ХБ в 63,31 % случаев и юноши в 56,85 % не обнаруживают выраженной депрессии.

Сочетание клинически выраженной формы тревожно-депрессивного расстройства обнаруживается у десятой части обследуемых с синдромами хронической боли.

Оценка возрастных различий выраженности аффективных расстройств у лиц с болевыми синдромами: наибольшая встречаемость клинически выраженной тревоги в группах 17 (37,04 %) и 16 лет (36,14 %). В группе 18 лет большинство (56,36 %) опрошенных, имеющих хроническую боль, имеют незначительно выраженный уровень тревоги.

Во всех исследуемых возрастных группах более половины опрошенных со стойким болевым синдромом (61,44 %, SD = 4,79) не обнаруживают значительно выраженной депрессии. В группе пятнадцатилетних испытуемых чаще остальных (19,66 %) выявляется клинически выраженная депрессия, а также наблюдается наибольшее количество респондентов (11,97 %) с сочетанием клинически выраженных тревоги и депрессии.

Средний уровень показателя выраженности тревоги по шкале HADS в группе исследуемых с ХБ составил 8,40, SD = 3,68, в группе исследуемых без боли – 4,79, SD = 2,90. Среди обследуемых с ХБ уровень аффективных расстройств достоверно выше, чем среди лиц без них ($p \leq 0,001$), частота клинически выраженной тревоги составляет 31,44 %, депрессии –

15,55 %, тогда как у здоровых лиц – 7,79 % и 5,13 % соответственно. Распространенность сочетания тревоги и депрессии в группе лиц с ХБ достоверно выше ($p \leq 0,001$), и составляет 9,63 % против 1,60 %.

Выводы. По результатам исследования распространенность хронической боли у подростков соответствует оценкам, представленным в существующей литературе.

Среди всех испытуемых процент девушек составил немногим больше половины, однако, их доля значительно возросла среди лиц, страдающих хронической болью.

Треть исследуемой группы с ХБ замечают влияние боли на свои когнитивные функции и эмоциональную сферу.

Также выявлена значительно большая выраженность и распространенность тревоги и депрессии среди лиц с ХБ, чем в здоровой группе.

Хроническая боль – сложное явление, создающее дополнительный стресс во многих сферах жизни, негативно влияя на физическое, эмоциональное и социальное функционирование.

Сложность взаимодействия биопсихосоциальных факторов, влияющих на болевое восприятие, требует столь же сложного подхода к профилактике, диагностике и лечению боли. Понимание индивидуальных различий, способствующих ее формированию, может послужить основой для индивидуального обезболивания, соответствующего потребностям каждого пациента.

Результаты настоящего исследования демонстрируют острую необходимость в мультидисциплинарных исследованиях, позволяющих определить механизмы возникновения и закрепления болевых синдромов, для совершенствования программ диагностики и терапии, которые смогут эти механизмы прервать.

К проблеме гиподиагностики психотических состояний у подростков

Лукьянова М. С.

г. Москва

Научный центр психического здоровья Москва

Актуальность. Общеизвестно, что психотические состояния, несмотря на длительную историю их изучения, нуждаются в дифференциальной диагностике с другими проявлениями психических заболеваний, особенно в подростковом возрасте. Возникновение психоза может быть как быстрым и развернутым, так и постепенным, поначалу незаметным для

окружающих, в том числе в периоде adolescence, когда наиболее вероятны проявления субклинических психотических состояний (A.S. David, O. Ajnakina, 2016).

Цель и задачи. Выявление причин гиподиагностики психотических состояний у подростков.

Материалы и методы. Клинически и математико-статистически проанализированы данные подростков, госпитализированных в течение 2019 г. в НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Критериями включения являлись возраст пациентов на момент поступления от 14 до 17 лет включительно, отсутствие очерченной развернутой психотической симптоматики при поступлении, информированное добровольное согласие. Критериями невключения являлись наличие умеренных и тяжелых форм умственной отсталости, препятствующих адекватной диагностике психотического состояния.

Результаты и обсуждение. В настоящей работе анализируются данные, полученные в ходе исследования подростков, состояние которых при поступлении было расценено как непсихотическое, в дальнейшем же при обследовании и наблюдении оказалось соответствующим критериям психоза, что заставило специалистов квалифицировать состояние как относящееся к психотическому регистру. Так, по полу и возрасту пациенты распределились следующим образом: из 82 подростков с первоначально ошибочно выставленным расстройством непсихотического круга при поступлении 28 человек составили юноши, а 54 – девушки. Очевидно, что девушек, состояние которых при поступлении было ошибочно отнесено к расстройствам непсихотического уровня, оказалось почти в 2 раза больше, чем юношей. Это может свидетельствовать о том, что психотические симптомы в структуре их общей психопатологической картины оказывались менее ярко очерченными, также, возможно, это определялось и более нестабильным эмоциональным состоянием, затенявшим психотические проявления. По мере приближения возраста пациентов к 18-летнему рубежу сложности диагностики и, соответственно, нечеткость картины психоза постепенно снижаются: так, в 14 лет таких пациентов было выявлено 23 (9 юношей, 14 девушек), в 15 лет – 25 (4 юноши, 21 девушка), в 16 лет – 18 (6 юношей, 12 девушек), в 17 лет – 16 (9 юношей, 7 девушек). Пик трудностей диагностики психотических расстройств приходился на возраст 14–15 лет у девушек (по сравнению с юношами и по сравнению с девушками в возрасте 17 лет), что дает основание предполагать наличие полиморфизма картины психических расстройств, большей «маскированности», например, аффективными расстройствами, а по мере приближения их ко взрослому возрасту симптомы психоза становятся более очерченными и доступными для более раннего выявления. Что касается, диагностических категорий, то, оказалось, что большая часть состояний была ошибочно

отнесена к аффективным расстройствам – 47,5 %, нарушениям поведения – 22 %, шизотипическим расстройствам и непсихотическим вариантам шизофрении в стадии ремиссии – 19,5 %, умственной отсталости – 6 % и расстройствам аутистического спектра – 5 %.

Данные результаты показывают, что далеко не всегда психотические расстройства у детей и подростков легко диагностируются, а это, в свою очередь, определяет необходимость проанализировать состояния, приводящие к гиподиагностике психотических расстройств в подростковом возрасте. Согласно данным зарубежных авторов (А. Riecher-Rössler, E. Studerus, 2016), психотический опыт может быть ; трансдиагностическим ; феноменом, когда пациентам при первичном обращении выставляется диагноз, соответствующий иным критериям (например, депрессивные или тревожные расстройства), этому способствует и короткий период времени, в течение которого врач должен оценить состояние пациента в ситуации первичного осмотра и направить его на госпитализацию. Однако, за данными диагностическими категориями могут «скрываться» психотические феномены. Необходимо отметить, что часто для оценки расстройства, наиболее соответствующей реальности, требуется получение анамнестических сведений от родителей или иных лиц (родственников, педагогов и др.), которые неодинаково подробно могут описать состояние ребенка/подростка (преднамеренно или неосознанно преуменьшая или преувеличивая имеющиеся у него симптомы). Таким образом, представляется значимым обсуждение того, что подростковый период имеет ряд особенностей в течении, в частности, психотических состояний.

Какие же клинические феномены оказались способными «маскировать» психоз? Рассмотрим некоторые состояния, в связи с которыми первоначально состояние было расценено как непсихотическое ввиду отсутствия достаточного количества симптомов/симптомокомплексов, позволяющих диагностировать психотическое состояние, или ввиду их клинической неразвернутости.

Во-первых, это состояния, сопряженные с интеллектуальной недостаточностью, в связи с чем пациентам становятся недоступны возможности оценки и вербализации собственных симптомов. К таким состояниям можно отнести варианты расстройств аутистического спектра и органические расстройства, сопровождающиеся дефицитом интеллекта, а также умственную отсталость.

Во-вторых, отклонения в поведении (от легких проявлений до выраженных девиаций), возникшие у подростка незадолго до обращения к психиатру и нехарактерные для него или же недавно усилившиеся проявления девиантного поведения, были расценены как вызванные изменениями гормонального фона периода adolescence, возможно, на фоне расстройств адаптации.

Также, употребление психоактивных веществ (ПАВ) рассматривалось как токсичное и провоцирующее изменения психического состояния пациента, способствующее возникновению состояний, напоминающих психотические, симптоматика которых наблюдалась с момента начала приема ПАВ и сохранялась в течение нескольких дней или недель. Позже оказывалось, что именно прием таких ПАВ, как алкоголь и бензодиазепины, и вызывало у обсуждаемых подростков развернутую картину психоза при постоянном приеме и в состоянии их отмены. К тому же, доказано, что злоупотребление ПАВ лицами, генетически предрасположенными к психозу, многократно увеличивает риск его возникновения (M. S. Keshavan, Y. Kaneko, 2013).

Состояния, проявляющиеся сниженным настроением, замкнутостью, моторной и идеаторной заторможенностью, на начальных этапах расценивались как депрессивный эпизод различной длительности и степени выраженности, но при дальнейшем наблюдении демонстрировали в своей структуре психотические феномены, что позволяло диагностировать психотическую депрессию или психотический эпизод, развившийся на депрессивном фоне.

Реактивные состояния, в основе которых лежат психогении, также способны «маскировать» психотические проявления. Так, временная и сюжетная связь с психотравмирующим событием заставляли врача первоначально заподозрить, что состояния, в связи с которыми пациенты госпитализировались в психиатрическую больницу, развились в структуре острой реакции на стресс, посттравматического стрессового расстройства или расстройства адаптации.

Выводы. Ввиду трудностей определения психотических состояний в подростковом возрасте окончательная и достоверная их диагностика возможна только в условиях стационара или при наблюдении и обследовании в динамике. Однако, осведомленность о расстройствах, способных «маскировать» психотические состояния, позволит специалисту учитывать возможные диагностические «подводные камни», быстрее выявлять более серьезные психические расстройства при первичном осмотре, и, соответственно, иметь возможность более раннего оказания необходимой пациентам психиатрической помощи.

Проблемы семьи больных с эндогенными психозами: семейная стигма и состояние здоровья родственников

Макаревич О. В.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева*

Актуальность. Развитие эндогенного психического расстройства у одного из членов семьи является тяжёлым стрессом для родственников. Близкие сталкиваются с целым рядом сложностей, которые приходится решать – это и необходимость контакта с психиатрическими службами, и организация помощи и поддержки пациенту, и реорганизация собственной жизни с перераспределением нагрузки и обязанностей внутри семьи. Процесс адаптации довольно часто сопровождается целым рядом негативных феноменов: развитием эмоционального выгорания, формированием семейной стигмы (Shi Y. et al., 2019), ростом семейной обременённости (Саqueo-Urizar A. et al., 2014), что приводит к ухудшению общего качества жизни, соматического и психологического благополучия здоровых членов семьи психотических пациентов (Boyer L. et al. 2012). Совокупность этих проблем делает родственников больного уязвимой группой, нуждающейся в помощи специалистов.

Целью работы являлось изучение интенсивности и взаимосвязей семейной стигмы и психопатологической симптоматики у родственников больных с эндогенными психозами.

Материалы и методы. В исследование включались родственники пациентов с психотическими расстройствами, получавшими добровольное стационарное лечение в клинике ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» МЗ РФ, проживавших в Санкт-Петербурге. Опрос проводился на этапе формирования медикаментозной ремиссии. Диагнозы опекаемых больных соответствовали рубрикам F2 «шизофрения, шизотипическое расстройство, бредовое расстройство», и F3 «аффективные расстройства» по МКБ-10.

Участники исследования были обследованы с использованием: шкалы оценки семейной самостигматизации SSI-F (Self-Stigma Inventory for Family) и опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Шкала оценки самостигматизации семьи SSI-F (Self-Stigma Inventory for Family), состоит из 14 вопросов, каждый из которых оценивается по 5-бальной шкале Лайкерта от 1 – совершенно не согласен, до 5 – абсолютно согласен (Yildiza M. et al., 2018). Эти вопросы подразделяются

на 3 субшкалы: социальную самоизоляцию, сокрытие факта болезни, воспринимаемое обесценивание. Общую интенсивность самостигматизации выражает суммарный балл. Альфа Кронбаха по шкале составила 0,88, по субшкалам – 0,84, 0,82 и 0,84 соответственно. Значительным повышением внутренней стигмы по субшкалам и общему баллу являются значения $M(x) \geq 2,5$.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) применяется для оценки психологического симптоматического статуса широкого спектра индивидов, в том числе и здоровых лиц (Derogatis et. al., 1974, a, b). Методика содержит 90 утверждений, оценивающих по пятибалльной системе от 0 – «совсем нет» до 4 – «очень сильно». Утверждения группируются в 9 основных шкал, описывающих симптоматические расстройства: соматизацию (SOM); обсессивность-компульсивность (O-C); межличностную сензитивность (INT); депрессию (DEP); тревожность (ANX); враждебность (HOS); фобию (PHOB); паранойяльные тенденции (PAR); психотизм (PSY). Помимо этого, для гибкой оценки психопатологического статуса используются индексы второго порядка: индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI); общий индекс тяжести (GSI); общее число утвердительных ответов (PST) и GSI – индикатор текущего состояния и глубины расстройства. Описанные шкалы и индексы имеют нормативные значения для разных групп (здоровых, амбулаторных и стационарных психиатрических больных), указанные в таблицах.

Собранные данные обрабатывались с помощью программы SPSS 17.0. Для проверки нормальности распределения в выборке использовался критерий Колмогорова-Смирнова. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Спирмена (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая). Определение различий при анализе порядковых шкал осуществлялось с применением U-критерия Манна-Уитни. Уровень значимости статистических данных – 95 %.

Результаты:

Всего было обследовано 64 родственника психотических пациентов, которые в 91 % случаев опекали больных с диагнозом в рамках рубрики F2, а в 9 % – F3 по МКБ-10, при средней длительности заболевания 11 ± 7 лет и среднем количестве госпитализаций – 4 ± 3 . Среди респондентов были мужчины (23 %) и женщины (77 %), средний возраст которых составлял 56 ± 11 лет. Обследованные респонденты в 75 % были родителями пациентов, в 15 % – супругами, в 5 % – сиблингами (сёстрами) и в 5 % – детьми. Среди них – 69 % работали, в 52 % были лицами пенсионного возраста, у 5 % была установлена группа инвалидности.

Анализ данных, полученных по методике SSI-F показал низкий, не превышающий пороговые 2,5 балла, уровень внутренней стигмы у респондентов по всем субшкалам ($1,18 \pm 0,27$; $1,54 \pm 0,61$; $1,62 \pm 0,61$ соответственно) и суммарному баллу ($1,41 \pm 0,4$), что может быть отражением достаточно высокого уровня социальной поддержки и низкого давления внешней стигмы в окружении семьи больного.

Результаты по опроснику SCL-90-R показали достоверное ($p \leq 0,05$) превышение значений, полученных среди респондентов по субшкалам соматизации (0,53), обсессивности-компульсивности (0,59), межличностной сензитивности (0,59), депрессии (0,56) и индексу GSI (0,45) в сравнении с нормативными значениями (0,36, 0,39, 0,29, 0,36, 0,31 соответственно). Полученные данные говорят о том, что близкие пациентов с эндогенными психотическими расстройствами более склонны соматизировать переживания, испытывать ощущение собственной уязвимости и неполноценности в межличностном контакте. Также, они более подвержены формированию контрастных навязчивостей, депрессивных переживаний.

Корреляционный анализ выявил наличие: прямой корреляции между субшкалой самостигматизации семьи «Социальной самоизоляции» и шкалой депрессии SCL-90-R ($r = 0,314$; $p = 0,05$); прямых связей между субшкалой SSI-F «Сокрытие факта болезни» и шкалой межличностной сензитивности ($r = 0,221$; $p = 0,05$), а также шкалой фобии ($r = 0,343$; $p = 0,05$); обратной корреляции между «Воспринимаемым обесцениванием» и индексом симптоматического дистресса PSDI ($r = -0,233$; $p = 0,05$). Достоверных корреляций между суммарным баллом внутренней стигмы и показателями опросника SCL-90-R выявлено не было. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что социальная самоизоляция приводит к усилению переживаний депрессивного спектра, а потребность в сокрытии факта заболевания способствует формированию навязчивостей и ощущению собственной неполноценности и недостаточной компетентности при взаимодействии с окружающим социумом. Усиление переживания воспринимаемого обесценивания приводит к снижению восприятия описанного выше симптоматического дистресса.

Выводы. Полученные результаты показывают низкий уровень самостигматизации у родственников психотических больных, что может быть обусловлено проживанием в крупном мегаполисе и добровольной формой получения лечения.

Выраженность психопатологических симптомов у близкого окружения пациентов с эндогенными психозами превышает нормативные значения, что говорит о их уязвимости и нуждаемости в профессиональной помощи и поддержке.

Влияние компонентов семейной стигмы на выраженность и переживание психопатологической симптоматики неоднозначно. Отдельные составляющие семейной стигмы взаимосвязаны только с определёнными симптоматическими расстройствами и способны усиливать их интенсивность. Однако, фокусирование внимания родственников эндогенных больных на обесценивании со стороны общества способно снижать выраженность психопатологического неблагополучия.

Таким образом, переживание семейной стигмы является частью динамического процесса саморегуляции психологического состояния, что необходимо учитывать при планировании психокоррекционных интервенций в семья психотических больных.

Анамнестические особенности расстройств пищевого поведения у женщин молодого возраста в структуре различных психических расстройств

Макимова И. В., Купенко Е. Е.

г. Красноярск

*Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого*

Актуальность. Проблема нервной анорексии в последние годы приобретает все большую актуальность в связи с ростом числа случаев заболевания, а также недостаточной эффективностью лечения. По приблизительным оценкам, хотя бы раз в жизни последствия расстройств пищевого поведения отмечались у 0,9–4,3 % женщин и у 0,2–0,3 % мужчин (В. П. Медведев, Т. Д. Лоскучерявая «Нервная анорексия и нервная булимия у детей и подростков: диагностика и лечение», 2013).

В последние годы отмечается патоморфоз заболевания: начало во все более молодом возрасте, ускорение темпа развития аноректической симптоматики. Все это делает особенно актуальным раннюю диагностику заболевания, на основе изучения анамнеза пациентов, своевременное лечение и профилактику.

Целью исследования явилось изучение анамнестических данных пациенток, проходивших стационарное лечение в условиях КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1».

Материалы и методы. Анализ проводился на основании данных историй болезни 15 пациенток, проходивших лечение на базе стационара КГБУЗ ККПНД №1 в период с апреля 2018 по январь 2020 года.

В общей сложности за указанный интервал времени с клиническими признаками расстройств пищевого поведения было госпитализировано 15 девушек в возрасте от 15 до 32 лет. Средний возраст обследуемых 20, 27 лет (стандартное отклонение 4,73). На момент госпитализации у пациенток отмечались нарушения пищевого поведения не менее 4-х лет.

В чистом виде диагноз, связанный с расстройствами пищевого поведения, был выставлен троим девушкам, у двух (13,33 %) из них – «Нервная анорексия» (F50.0), у одной (6,67 %) – «Нервная булимия» (F50.2).

Преобладающему количеству пациенток, имевших в структуре нарушения культуры приема пищи, был поставлен диагноз «Смешанное расстройство личности» (F61.0) – 5 человек (33,3 %). На втором месте – «Смешанное расстройство поведения и эмоций» (F92.1) 3 девушки (20 %), данный диагноз был установлен в силу юного возраста пациенток и не исключается вероятность, что к моменту достижения совершеннолетия патохарактерологические черты останутся, и произойдет переход в рубрику «Расстройство личности» (F61). Одной пациентке (6,67 %) было выставлен диагноз «Биполярное аффективное расстройство» (F31). На «Обсессивно-компульсивное расстройство» (F42), «Расстройство адаптации» (F43) и «Депрессивное расстройство» (F33) также приходилось по 1 пациентке.

При изучении анамнестических данных в первую очередь обращает на себя внимание проживание в неполной семье: больше половины обследуемых – 8 девушек (53,33 %) воспитывались одним родителем, из них 7 девушек в силу различных причин выросли без отца, одна – без матери. Также имеет значение характер внутрисемейных отношений – в 6 семьях (40 %) отмечались частые конфликты, родители характеризовались как «своеобразные» – три девушки характеризуют родителя как «истеричного» (в двух случаях это отцы), одна описывает мать, как «тревожную с паническими атаками», двое как «депрессивных».

У 5 (33,3 %) пациенток прослеживается отягощенная наследственность по алкогольной зависимости: у троих девушек алкоголем злоупотреблял отец, у двух – дедушка. Отягощенная наследственность по суицидальному поведению прослеживается в четырех (26,7 %) семьях, в одном случае завершенные суициды совершались дважды.

В перинатальном периоде имели различные повреждающие факторы 4 (26,7 %) девушки: у 2-х отмечалось «Перинатальное поражение центральной нервной системы», у одной было неправильное предлежание и обвитие пуповиной, одна родилась на фоне перенесенной беременности.

Отдельное внимание хотелось бы обратить на вопрос сексуального подтекста в развитии расстройств пищевого поведения. Из обследуемой группы у 6 (40 %) девушек прослеживается четкая связь изменения режима питания с какими-либо аспектами сексуальных отношений. Жертвами сексуального

домогательства становились 2 пациентки, одна начала усиленно худеть на фоне «несчастной любви», другая девушка перестала принимать свое тело после осознания своей гомосексуальности, еще две пациентки не хотели мириться с развитием вторичных половых признаков.

Выводы. Подводя итог исследования, можно сделать вывод, что в наибольшей степени на развитие расстройств пищевого поведения влияет воспитание в неполной семье, либо в семьях, где родители сами имеют заостренные личностные черты. Существенное влияние также оказывают сексуальные моменты. Аддиктивное поведение и суицидальные наклонности у близких родственников, перинатальные факторы влияют в меньшей степени, но также являются значимыми. На основании приведенных выше данных открывается широкое поле для научного поиска методов ранней диагностики и первичной профилактики развития расстройств пищевого поведения.

Изучение психического статуса при инфекционных заболеваниях, на примере коронавирусной инфекции COVID-19

Малышко Л. В.

г. Санкт-Петербург,

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Человечество и ранее сталкивалось с эпидемиями инфекционных болезней – холеры, чумы, гриппа. Психические последствия глобальных эпидемий могут проявляться в виде острой реакции на стресс или посттравматического стрессового расстройства (Gorbalenya AE 2020). Пандемия коронавирусной инфекции (КВИ) – первое в новейшей истории столь крупномасштабное явление, затронувшее все сферы жизни современного человека. Имеющиеся инструменты для оценки психического состояния человека, переносящего КВИ может помочь по-новому взглянуть на психические расстройства, возникшие в результате нее, а также разработать мероприятия для их предупреждения (Heitzman J. 2020).

Цель и задачи. Целью данного исследования было изучение психического статуса у пациентов с коронавирусной инфекцией COVID-19.

Задачи: 1. Оценить взаимосвязь между психическим статусом и течением коронавирусной инфекции,

2. Оценить взаимосвязь между лабораторно-инструментальными методами обследования при коронавирусной инфекции COVID-19 и психическим статусом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на основании одобрения этического комитета при Национальном медицинском исследовательском центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева. Все участники дали согласие на обработку персональных данных.

Данные исследования были получены в результате сбора анамнеза (соматический статус, неврологический статус, психический статус, лабораторно-инструментальными методами исследования). Респондентами являлись пациенты стационара для больных Covid. Врач проводил оценку состояния пациентов, а также заполнял форму.

Критерии включения: возраст участников старше 18 лет; умение читать и понимать текст на русском языке; согласие на обработку персональных данных, факт которого учтен при заполнении всех предложенных анкет. Критериями невключения было отсутствие данных по отдельным пунктам анкеты.

Результаты и обсуждение. Было опрошено 55 пациентов. Респонденты были разделены на 3 кластера. Данные группы были сформированы на основании описания психического статуса, оцениваемых, в зависимости от наличия симптоматики, от 0 до 1 балла. Для таких факторов, как «сознание», «ориентировка», «наличие продуктивного контакта», «внимание», «память», «мышление», «фон настроения», «двигательно-волевая сфера», «наличие критики к своему состоянию», наличие нарушений соответствовало 1 баллу, отсутствие – 0. Для таких факторов, как «агрессивные тенденции», «аутоагрессивные тенденции», «суицидальные тенденции», наличие соответствующего симптома соответствовало 1 баллу, отсутствие – 0. Фактор «планы на будущее» оценивался следующим образом: оптимистичные/реалистичные планы – 0 баллов, пессимистичные – 1 балл.

Далее на основании полученных переменных по психическому статусу была произведена кластеризация выборки.

1 кластер (n = 11) представлял из себя пациентов с нарушениями настроения и тревогой, а также с нарушениями внимания, плавности и темпа мышления, двигательной-волевой сферы, сниженной критикой к своему состоянию и пессимистичными планами на будущее.

Ко 2 кластеру (n = 37) относились пациенты без каких-либо психопатологических симптомов.

Ко 3 кластеру (n = 7) относились пациенты с нарушениями ориентировки, нарушениями памяти, внимания, плавности и темпа мышления, со сниженной критикой к своему состоянию.

Между пациентами из разных кластеров не было обнаружено различий по отягощенности соматическими и психическими заболеваниями, половой структуре и региону проживания.

Было обнаружено, что пациенты из кластера 3 значимо старше таковых из кластера 2 (M (SD): 76,86 (14,72) vs. 45,43 (17,64), $p = 0,001$) и кластера 1 (76,86 (14,72) vs. 55,64 (22,28), $p = 0,027$). При этом статистически значимых различий в возрасте между пациентами из кластера 1 и кластера 2 обнаружено не было.

Кластер 3 по сравнению с кластером 2 также характеризовался более тяжелым течением заболевания на основании результатов лабораторно-инструментальных методов обследования: более высоким процентом поражения легких КТ (Me (min-max): 31 (21–80) vs. 15 (0–60), $p < 0,001$); более высоким уровнем С-реактивного белка (С-РБ) (126 (36–298) vs. 10 (1,20–91), $p < 0,001$); более низкой сатурацией (89 (80–96) vs. 97 (84–99), $p < 0,001$), более высокой частотой дыхательных движений (ЧДД) (21 (20–28) vs. 17 (14–25), $p < 0,001$). Кроме того, у этих пациентов на уровне тенденции был ниже уровень тромбоцитов в крови (139 (91–249) vs. 207,5 (30,4–489), $p = 0,054$).

Для пациентов из кластера 1 по сравнению с кластером 2 характерен более высокий процент поражения по КТ (20 (6–65) vs. 15 (0–60), $p = 0,018$, а также, на уровне тенденции, более высокий уровень С-РБ (16 (10–221) vs. 10 (1,2–9), $p = 0,064$). Кроме того, уровень тромбоцитов среди пациентов из кластера 1 значимо выше по сравнению с пациентами из кластера 3 (322 (153–360) vs. 207,5 (30,40–489)). Статистически значимых различий в сатурации, ЧДД и других показателях обнаружено не было.

Пациенты из кластера 3 также отличались от пациентов из кластера 1 более тяжелым течением по данным лабораторно-инструментальных методов обследования: более высоким процентом поражения легких КТ (Me (min-max): 31 (21–80) vs. 20 (6–65), $p = 0,029$); более высоким уровнем С-реактивного белка (С-РБ) (126 (36–298) vs. 16 (10–221), $p < 0,001$); более низкой сатурацией (89 (80–96) vs. 96,5 (91–98), $p = 0,005$), более высокой частотой дыхательных движений (ЧДД) (21 (20–28) vs. 19 (13–25), $p = 0,035$), а также более низким уровнем тромбоцитов 139 (91–249) vs. 322 (153–360), $p = 0,006$).

Выводы. Впервые был проведен анализ психического статуса пациентов при коронавирусной инфекции Covid-19.

Пациенты с нарушениями ориентировки, нарушениями памяти, внимания, плавности и темпа мышления, со сниженной критикой к своему состоянию (3 кластер), имели больший процент поражения легких по данным КТ, высокий уровень С-РБ и низкий уровень тромбоцитов, по сравнению с группами пациентов, у которых превалировала аффективная сфера или вовсе отсутствовали психопатологические симптомы. Таким образом, более

тяжелое течение КВИ ассоциировано с более выраженными нарушениями психических функций.

У респондентов с нарушением аффективной сферы (1 кластер) и респондентов, у которых отсутствовала психопатологическая симптоматика (2 кластер) статистически значимых различий в сатурации, ЧДД и других показателях обнаружено не было, что может свидетельствовать о том, что аффективные нарушения обусловлены не соматической тяжестью состояния, а самим фактом заражения КВИ, который влияет на множество сфер жизнедеятельности (социальную, экономическую и др.).

Среди пациентов, у которых отсутствовали психопатологические симптомы наблюдалось более легкое течение Covid-19.

Выражаю благодарность при проведении данной работы ординаторам ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, Кибитову А. А, Сорокину М. Ю., Пальчиковой Е. И.

Нейровизуализация терапевтических эффектов повторной транскраниальной магнитной стимуляции у пациентов с мигренью. фМРТ-исследование + МР-трактография

Маркин К. В., Фрунза Д. Н., Тарумов Д. А., Труфанов А. Г.

г. Санкт-Петербург

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

Актуальность. В связи с малой эффективностью имеющихся методов купирующей и отсутствия превентивной терапии мигрени, предпринимаются попытки внедрения новых методов лечения, как биологических (моноклональные антитела), так и нейростимуляционных. Одним из перспективных – является повторная транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). К наиболее объективным методам оценки эффективности проводимой терапии относится функциональная магнитно-резонансная томография покоя (фМРТ), позволяющая выявить изменения функциональной связности (ФК) основных нейросетей головного мозга. В свою очередь, диффузионно-тензорная визуализация позволяет оценить целостность проводящих путей центральной нервной системы в рамках качественного и количественного анализов.

Цель: оценить эффективность повторной ТМС в качестве метода терапии мигрени.

Задачи:

сравнить ФК основных нейросетей головного мозга у пациентов с мигренью до и после курса ТМС;

оценить структуру и влияние коморбидного статуса у пациентов с мигренью;

выявить основные паттерны эффективности проведенной терапии.

Материалы и методы. В рамках исследования каждому пациенту было проведено фМРТ исследование в состоянии покоя в межприступный период до (не более чем за неделю) и после (не позже, чем через неделю) 5-дневного курса повторной ТМС. 5-дневный курс ТМС в области проекции вентrolатеральной префронтальной коры и ветвей тройничного нерва билатерально включал в себя ежедневное проведение протокола с частотой 10 Гц (60 % от порогового моторного ответа), состоящего из 15 трейнов (каждый по 60 стимулов) с 20-секундным перерывом между ними (в сумме – 6,5 минут с каждой стороны). В период проведения фМРТ-исследования пациентам предлагалось заполнить батарею тестов, включающую в себя: Числовую рейтинговую шкалу для боли, Шкалу оценки влияния мигрени на повседневную активность и трудоспособность, Госпитальную шкалу тревоги и депрессии, Лидский опросник зависимости. Критерии включения: добровольное информированное согласие на участие в исследовании, диагноз «Мигрень без ауры», соответствующий критериям Международной Классификации Головной Боли 3-го пересмотра, возраст от 18 до 65 лет. Критерии исключения: противопоказания к проведению МРТ и/или ТМС, наличие тяжелых психических расстройств, беременность. Обработка полученных фМРТ данных проводилась в пакете инструментов «CONN.ToolBox 20.b» на базе программного обеспечения «MATLAB_R19B» и включала в себя проведение 10-факторного анализа независимых компонент с последующим проведением дисперсионного анализа для сравнения ФК до и после курса ТМС на основе параметрической статистики теории случайных полей с поправкой Бенджамина-Хохберга. МР-трактография выполнялась в программе «DSI_Studio» с вычислением фракционной и количественной анизотропии белового вещества головного мозга до и после курса ТМС.

Результаты и обсуждение. Первичное фМРТ-сканирование было проведено 27 пациентам; 22 пациента завершили 5-дневный курс ТМС; по результатам препроцессинга нативные данные 3-х пациентов были исключены из последующей обработки. Таким образом, результаты обработки фМРТ-сканирований до и после 5-ти дневного курса ТМС были получены от 19 пациентов. Проведенный анализ независимых компонент позволил выявить ФК, соответствующую 4 основным нейросетям головного мозга: ICA-3 – сеть наиболее поведенчески значимого стимула (Salience Network), ICA-5 – основная сеть покоя (Default Mode Network), ICA-7 – зрительная

сеть (Visual Network), ICA-10 – сенсомоторная сеть (SensoriMotor Network). После курса ТМС были выявлены следующие значимые изменения ФК ($p\text{-FDR} < 0,05$):

1) повышение ФК основной сети покоя: латеральная затылочная кора справа (3 %; 53 вокселя) и червеобразная извилина справа (7 %; 62 вокселя) и слева (4 %; 26 вокселей), кора предклинья справа (1 %, 84 вокселя), левая прецентральная извилина (2 %; 71 воксель), кора около шпорной борозды справа (7 %; 55 вокселей). Предыдущие исследования активно свидетельствуют о снижении ФК в основной сети покоя у пациентов с мигренью, в то время как результаты, полученные нами после ТМС-терапии отражают повышение ФК данной нейросети со многими областями головного мозга. Это позволяет предположить о частичной нормализации патологических процессов;

2) снижение ФК сети наиболее поведенчески значимого стимула: правая постцентральная извилина (4 %; 138 вокселей), латеральная затылочная кора справа (2 %; 40 вокселей). Schwedt, 2015 и Wei, 2020 пишут о повышении ФК между постцентральной извилиной и сетью наиболее поведенчески значимого стимула у пациентов с мигренью в сравнении со здоровыми, а значит, можно предположить, что снижение ФК между данной нейросетью и постцентральной извилиной свидетельствует о редукции значимости болевого стимула для пациентов с мигренью после ТМС;

3) изменения ФК зрительной сети: повышение с левой латеральной затылочной корой (4 %; 223 вокселя) и снижение с передней поясной извилиной (5 %, 124 вокселя). Латеральная затылочная кора, изменение ФК с которой встречалось и у предыдущих нейросетей, предполагаемо является маркером хронизации мигрени по данным Imai, 2019. Таким образом, мы можем предположить, что полученные нами результаты могут свидетельствовать об обратном хронизации процессе, возможно полученном по итогам ТМС-терапии.

Кроме того, была обнаружена положительная корреляция между повышением ФК в зрительной нейросети после ТМС: кора предклинья (3 %; 144 вокселя, $p\text{-FDR} = 0,0047$) и результатами Лидского опросника зависимости. Изменения ФК предклинья часто упоминается среди пациентов с различными аддикциями, что может частично объяснять полученные данные.

Пациенты, обратившиеся за повторным курсом ТМС в течение месяца после первого ($n = 4$) расценивались нами, как «не ответившие на терапию». Основным различием в ФК между ответившими и не ответившими на терапию пациентами была степень изменения ФК медиальной префронтальной коры – одного из компонентов основной сети покоя (3 %; 95 вокселей, $p\text{-FDR} = 0,019$). Снижение ФК медиальной префронтальной

коры наблюдается у пациентов с депрессией. Следовательно, описанные изменения могут быть основаны на наличии у пациентов сопутствующей депрессивной симптоматики (изменение среднего значения показателя депрессии по Госпитальной шкале тревоги и депрессии после ТМС у ответивших на терапию – с 4,8 до 3,8; у не ответивших – с 5 до 5,25). По итогам трактографического анализа не было выявлено достоверных изменений белого вещества.

Выводы. По результатам проведенного нами исследования можно предположить, что повышение ФК в основной сети покоя, снижение ФК между сетью наиболее поведенчески значимого стимула и сенсомоторной сетью, а также изменения в зрительной нейросети могут свидетельствовать об эффективности проведения ТМС-терапии у пациентов с мигренью без ауры. Однако, стоит обращать особое внимание на возможное наличие у пациентов коморбидной аффективной патологии, которая может являться причиной неэффективности терапии и устранять её заблаговременно. Трактография не позволяет оценить эффективность терапии ТМС при мигрени.

**Прогностическая модель формирования
нежелательных лекарственных реакций
при назначении антипсихотических
лекарственных средств у пациентов с аутизмом
с учетом полиморфизма гена MDR1 (rs1045642)**

*Мартыненко А. И., Емельянцева Т. А.,
Захаревич О. Ю., Лакутин А. А.*

*г. Минск, Республика Беларусь
Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации*

Актуальность. Аутизм по праву относится к числу наиболее тяжелых, инвалидизирующих и социально значимых психических заболеваний детского возраста. При лечении аутизма в 70–80 % случаев отмечаются нежелательные лекарственные реакции (далее НЛР), в частности, на антипсихотические лекарственные средства (далее – АП-ЛС), которые наиболее часто используются для купирования клинической симптоматики. Развитие НЛР приводят к отказу от лечения. Данный факт требует уточнения причин НЛР, что позволит персонализировать назначение АП-ЛС. Выполнение фармакогенетического тестирования (далее – ФГТ) позволяет установить полиморфизм гена множественной лекарственной устойчивости 1 (Multidrug

resistance 1, далее – MDR1), который определяет степень экспрессии белка гликопротеина-P, отвечающего за проникновения ЛС через тканевые барьеры, в том числе гематоэнцефалический. Установлена взаимосвязь генотипов С/С и С/Т MDR1 (rs1045642) со снижением проникновения АП-ЛС в головной мозг, что способствует снижению эффективности АП-ЛС. Наличие генотипа Т/Т MDR1 (rs1045642) обуславливает повышенное проникновение АП-ЛС в головной мозг, что приводит к чрезмерному эффекту и развитию НЛР.

Цель исследования: оценить роль генетического полиморфизма гена MDR1 в возникновении НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом.

Задачи исследования:

1. Провести ФГТ с определением полиморфизма гена MDR1 у пациентов с аутизмом.
2. Оценить роль полиморфизма гена MDR1 в возникновении НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом с учетом пола и возраста.
3. Разработать прогностическую модель вероятности развития НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом.

Материалы и методы. В клиническую группу вошли 137 детей с аутизмом (М/Д = 107/30 (78,1%/21,9%)), средний возраст составил 8,55±3,02 лет. Пациентам был произведен забор биологического материала (слюна/буккальный эпителий). Все образцы были подвергнуты молекулярно-генетическому анализу для выявления однонуклеотидных замен rs1045642 гена MDR1 на основе полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (далее – ПЦР) и полимеразной цепной реакции полиморфизма длин рестрикционных фрагментов.

Произведена оптимизация ПЦР для наработки целевых фрагментов гена MDR1 человека, содержащих однонуклеотидные замены rs1045642. В качестве стандарта длин ДНК фрагментов использовали ДНК-стандарт 100 bp DNA Ladder (#N3231L, NEB). В качестве параметров для оптимизации были выбраны концентрация Mg²⁺, состав ПЦР-буфера, температура отжига праймеров.

Аmplификацию проводили в приборе CFX96 (BioRad, США), анализ результатов ПЦР в реальном времени проводили в программе Maestro (BioRad, США). Считывание флуоресценции проводили по всем каналам, а анализ осуществляли по флуоресценции FAM и ROX. Олигонуклеотидные флуоресцентно-меченные зонды TaqMan подбирались таким образом, чтобы зонд с меткой FAM соответствовал дикому аллелю (rs1045642 С), а зонд с меткой ROX – мутантному аллелю (rs1045642 Т).

Развитие НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом оценивалось по факту возникновения побочных реакций и отказов от лечения.

Результаты и обсуждение. По результатам исследования, прием АП-ЛС показал положительный клинический эффект у 31 (22,6 %) пациента с аутизмом, у 25 (18,3 %) пациентов с аутизмом не отмечался клинический эффект; развитие НЛР и отказ от приема АП-ЛС наблюдались у 81 (59,1 %) пациента с аутизмом.

В клинической группе пациентов с аутизмом выявлена следующая частота полиморфизма гена MDR1 (rs1045642): C/C – 25 (18,2 %), C/T – 75 (54,7 %), T/T – 37 (27,1 %) ($\chi^2 = 11,13$, $p = 0,004$).

Для оценки влияния полиморфизма гена MDR1 на развитие НЛР был использован метод логистической бинарной регрессии. Качество приближения прогностической модели оценивали на основе метода максимального правдоподобия, показателями которого являются отрицательный удвоенный логарифм функции правдоподобия – 2LL, меры определенности R2 (Nadelkerkes). По результатам исследования установлено, что полиморфизм гена MDR1 (rs1045642) достоверно значимо влияет на развитие НЛР ($p = 0,000$), а пол и возраст не оказывают статистически значимого влияния ($p < 0,05$) на развитие НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом.

По результатам исследования, процент верно предсказанных значений развития НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом составил 92,9 %.

С целью оценки качества разработанной прогностической модели был использован график ROC-кривой. Площадь под кривой составила $A = 0,87$, что оценивается как очень высокий прогностический показатель развития НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом.

Выводы:

1. Полиморфизм гена MDR1 (rs1045642) достоверно значимо влияет на развитие НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом ($p = 0,000$), пол и возраст не оказывают статистически значимого влияния ($p < 0,05$).

2. Разработана прогностическая модель с высокой статистической оценкой ($\chi^2 = 37,55$, $p = 0,000$) для определения степени вероятности развития НЛР при назначении АП-ЛС у пациентов с аутизмом в зависимости от полиморфизма гена MDR1 ($A = 0,87$).

3. При выявлении генотипа C/C и C/T гена MDR1 (rs1045642) рекомендовано назначение АП-ЛС, не являющихся субстратами Р-гликопротеина; при генотипе T/T – необходимо медленное титрование дозы АП-ЛС у пациентов с аутизмом для предупреждения развития НЛР.

Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского Республиканского фонда фундаментальных исследований.

Спектр ацилкарнитинов у больных шизофренией с антипсихотик-индуцированным метаболическим синдромом и у психически здоровых лиц с метаболическим синдромом

Меднова И. А., Хамина В. В., Чалова П.

г. Томск

*Научно-исследовательский институт психического здоровья,
Томский национальный исследовательский медицинский центр,
Институт химической биологии и фундаментальной медицины*

Актуальность. Распространенность метаболического синдрома (МС) при шизофрении в 2–3 раза выше, чем в популяции лиц, не страдающих психическими заболеваниями, и составляет около 33 % (Mitchell A. J. et al., 2013). Особый вклад в развитие метаболических нарушений вносят применение нейролептиков: так лекарственно индуцированные метаболические нарушения наблюдались у 39 % пациентов, принимающих галоперидол, у 44 % – клозапин, у 22 % – арипипразол, у 33,3 % – амисульпирид, у 34 % – оланзапин, у 35 % – рисперидон (Jung Sun Lee et al., 2017). Патогенез МС при шизофрении изучен недостаточно, однако есть основания полагать, что длительное применение антипсихотической терапии может приводить к возникновению и прогрессированию МС по механизмам отличным от таковых в популяции людей, не страдающих психическими расстройствами. В условиях *in vitro* продемонстрирована способность антипсихотиков усиливать экспрессию генов провоспалительных цитокинов, а также генов, отвечающих за пролиферацию и дифференцировку адипоцитов и адипокинов (Sárvári A. K. et al., 2014; Stapel B. et al., 2018), а также ухудшать процессы энергетического метаболизма (Takami G. et al., 2010; Scaini G. et al., 2018). При оценке проявлений МС между больными шизофренией и психически-здоровыми лицами выявлена более высокая частота встречаемости абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии и снижения уровня липопротеинов высокой плотности на фоне некоторого снижения частоты гипергликемии у пациентов с шизофренией (Незнован Н. Г., 2013). Липидный метаболизм, тесно связан с процессами биоэнергетики, важную роль в которой играют ацилкарнитины – являющиеся интермедиатами β -окисления жирных кислот – и участвующие в транспорте жирных кислот в митохондриальный матрикс (Reuter S. E., Evans A. M., 2012). В исследованиях последних лет продемонстрировали изменение концентрации ряда ацилкарнитинов у больных хронической шизофренией с МС по сравнению с больными без проявления МС (Cao B. et al., 2020), а также у психически здоровых лиц

с МС и сахарным диабетом (Vene J. et al., 2013). При этом исследований, посвященных сравнению содержания ацилкарнитинов при МС, у пациентов с шизофренией и психически здоровых лиц не проводилось.

Цель и задачи. Провести сравнительное исследование содержания ацилкарнитинов между больными шизофренией с антипсихотик-индуцированным МС и психически здоровыми лицами с МС.

Материалы и методы. Для проведения исследования была сформирована основная группа из 55 больных шизофренией с МС, поступивших на стационарное лечение в отделение эндогенных расстройств НИИ Психического здоровья Томского НИМЦ. Группу сравнения составили психически здоровые лица с МС. МС устанавливали на основании соответствия критериям IDF, 2005. Средний возраст пациентов из основной группы составил $40,6 \pm 1,5$ лет, а пациентов из группы сравнения – $55,9 \pm 1,5$ лет ($p < 0,001$). Доля мужчин и женщин была сопоставима в обеих группах. Медиана длительности шизофрении составляла 15,5 (8; 20) лет. У пациентов утром натощак после 12-часового голодания отбирали образцы крови для определения концентрации ацилкарнитинов в сухих пятнах диагностическим набором MassChrom® 55000 (Chromsystems, Германия) методом тандемной масс-спектрометрии (Agilent 6410QQQ, Agilent Technologies, США) с предварительным хроматографическим разделением образцов (аналитическая колонка EcoNova, Россия). Исследование проводили на базе Объединенного центра геномных, протеомных и метаболомных исследований Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН. Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS Statistic 23 для Windows и с помощью скриптового языка программирования R 3.6.1 в среде RStudio 1.2.5001. На первом этапе был проведен мультивариантный дискриминантный анализ методом частичных наименьших квадратов (PLS-DA). Распределение выборки оценивали с использованием критерия Шапиро-Уилка, а статистическую значимость различий – с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. На первом этапе проводилась классификация исследуемых параметров в координатах первой и второй компонент у больных шизофренией с МС и у психически здоровых лиц с МС, путем проведения PLS-DA анализа, одного из наиболее часто применяемых в метаболомных исследованиях. Значение AUC для выбранного классификатора проверяли путем построения ROC-кривой.

После проведения однофакторного анализа, мы обнаружили, что у психически здоровых лиц с МС наблюдалось повышение общего карнитина ($p < 0,001$), числа этерифицированных карнитинов ($p < 0,001$) и соотношения этерифицированный/ свободный карнитин ($p = 0,001$) при сравнении

с показателями у больных шизофренией с антипсихотик-индуцированным МС. По результатам сравнительного анализа специфических ацилкарнитинов мы обнаружили, что уровень короткоцепочечных ацилкарнитинов C4DC ($p = 0,001$) и C5 ($p = 0,003$) был выше у лиц с МС, не страдающих шизофренией. Также у психически здоровых лиц с МС мы выявили повышение концентрации ацилкарнитинов со средней и длинной длиной цепи: C8 ($p = 0,038$), C12 ($p = 0,019$), C14:2 ($p = 0,002$), C16:1 ($p = 0,0001$), C16OH ($p = 0,0001$), C18:1OH ($p = 0,0001$), на фоне снижения уровня C18:1 ($p = 0,0001$) по сравнению с данными у больных шизофренией с МС.

Наблюдаемое повышение содержания большинства длинноцепочечных ацилкарнитинов и ацилкарнитинов с нечетной длиной цепи у психически здоровых лиц с МС согласно литературным данным рассматривается в качестве предикторов инсулинорезистентности и сахарного диабета (Sun L. et al., 2016). Дисбаланс в пуле ацилкарнитинов связан с несоответствием между активностью β -окисления и цикла трикарбоновых кислот в условиях избыточной доступности липидов, что приводит к перегрузке митохондрий избытком жирных кислот и неполному β -окислению, и соответственно накоплению жирных кислот и ацилкарнитинов (Noland R.C. et al., 2009). Данные патогенетические процессы наблюдались у психически здоровых лиц и у больных с первым эпизодом шизофренией, не получающих антипсихотики (Noland R.C. et al., 2009; Rutkowsky J.M. et al., 2014; Kriisa et al., 2019). В свою очередь после семи месяцев лечения антипсихотическими препаратами выявлено снижение уровня длинноцепочечных ацилкарнитинов, однако масса тела, показатели липидного спектра и глюкозы ухудшались (Kriisa et al., 2019). Мы предполагаем, что задействованы разные механизмы, по которым реализуются изменения ацилкарнитинов при психических заболеваниях и нет, и важную роль в этом играет терапия антипсихотиками. Так, по нашему мнению, и, основываясь на литературных данных, у больных шизофренией прием антипсихотиков сопровождается ингибированием фермента карнитин-пальмитоилтрансферазы I (Takami G. et al., 2010; Oh K.J. et al., 2011; Scaini G. et al., 2018), что приводит к снижению концентрации ацилкарнитинов со средней и длинной длиной цепи, и, соответственно, нарушению энергетического метаболизма, проявляющегося в нарушении процессов β -окисления жирных кислот.

Выводы. В результате проведенного сравнительного исследования были выявлены изменения уровня ацилкарнитинов у больных шизофренией с антипсихотик-индуцированным метаболическим синдромом и у психически здоровых лиц с метаболическим синдромом

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФ № 18-15-00011 «Шизофрения, сочетанная с метаболическим синдромом: клинико-конституциональные факторы и молекулярные маркеры».

Психопатологические особенности и закономерности течения юношеских хронических эндогенных депрессий

Мигалина В. В.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Юношеская хроническая эндогенная депрессия (ЮХЭД) представляет собой патологически сниженное настроение длительностью более 2 лет, при анализе которого выявляются определённые диагностические и прогностические трудности. Кроме того, она ассоциирована с большой распространенностью (до 20 %) и высоким риском аутоагрессивного и суицидального поведения [Бебуришвили А.А., 2018; Крылова Е.С. с соавт., 2019; Murphy J.A. et al, 2012; Isometsa E., 2014; Dong M., 2018]. С учетом нейropsychосоциальных особенностей юношеского возраста развитие длительного депрессивного состояния может привести к выраженному нарушению развития поведенческих, эмоциональных, а также когнитивных навыков и, как следствие, к стойким, неблагоприятным последствиям в будущем [Олейчик И.В., 2011; Thapar A. et al., 2012; Weersing V.R. et al., 2017]. Также данные особенности этого возрастного периода обуславливают полиморфизм и атипичность клинической картины с незавершенностью и изменчивостью психопатологических симптомов, рудиментарностью тимического компонента депрессивной триады [Олейчик И.В., 2011; Jinnin R. et al., 2016]. Отмечается также и большой удельный вес дополнительной симптоматики, отличной от аффективного регистра, которая может рассматриваться в рамках широкого спектра эндогенных психических расстройств аффективного и шизофренического спектра [Смулевич А.Б. с соавт., 2012; Мазаева Н.А. с соавт., 2018; Румянцев А.О. с соавт., 2018; Омельченко М.А., 2020; Asiri W. et al., 2018].

Цель исследования: выявление психопатологических особенностей, динамики, закономерностей течения и прогноза юношеских хронических эндогенных депрессий.

Материалы и методы: в настоящем исследовании катamnестическим методом было обследовано 64 пациента юношеского возраста (средний возраст $19,3 \pm 2,2$ лет), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ с 2008 по 2010 гг. с депрессивным состоянием длительностью более 2 лет.

Критериями включения были: депрессивное состояние длительностью более 2-х лет; депрессии умеренной и тяжелой степени выраженности, юношеский возраст (16–25 лет), длительность катamnеза не менее 10 лет, наличие добровольного информированного согласия.

Критериями невключения были: наличие психотических эпизодов, выраженной дефицитарной симптоматики, клинически значимые соматические, неврологические и психической патологии, затрудняющие исследование.

Для психометрической оценки применялись шкалы HDRS, SOPS, PSP.

Согласно систематике МКБ-10, пациенты относились к следующим диагностическим рубрикам: аффективное расстройство настроения (F31.3, F31.4, F32, F33, F34, F34.0, F34.1) – 44 больных (68,8 %); шизотипическое расстройство (F21, F21.1) – 19 больных (35,9 %). Не включались рубрики F32.3 и F33.3.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием программы STATISTICA 12.

Результаты и обсуждение. Результаты настоящего исследования выявили полиморфизм и атипичию юношеских хронических депрессий, в структуре которых основным компонентом являлась негативная аффективность с апатией, ангедонией, физической и психической астенией, ощущением болезненного бесчувствия, явления моральной анестезии [Смулевич А.Б. с соавт., 2012; Watson D. et al., 1984]. Типологическая классификация ЮХЭД была основана на выделении ведущего синдрома: I тип – унитарные депрессии (39,1 %, 25 больных), для которых было характерно практически полное отсутствие симптомов не аффективного уровня и превалирование симптомов негативной аффективности; II тип – саплементарные депрессии (60,9 %, 39 больных), при которых кроме симптомов негативной аффективности имела место аффективная гиперестезия, а также симптомы не аффективного регистра. Среди II типа было выделено два подтипа: 1 – с неврозоподобными расстройствами (28,1 %, 18 больных) с присоединением деперсонализационно-дереализационных, обсессивно-фобических, дисморфобических, и сенестопихондрических расстройств, 2 – с психопатоподобными расстройствами (32,8 %, 21 больных) характеризующийся поведенческими нарушениями, оппозиционным отношением к окружающим с конфликтностью, агрессией, раздражительностью, unlust аффектом, злоупотреблением ПАВ, склонностью к противоправному (делинквентному) поведению.

При ретроспективной оценке течения ЮХЭД после минования юношеского возраста было установлено, что в дальнейшем течение эндогенного заболевания имело персистирующий характер с колебанием интенсивности аффективных расстройств. В результате исследования было выделено 3 варианта течения ЮХЭД: 1) персистирующие с монотонным течением (32,81 %, 21 больных), характеризующиеся малой изменчивостью и незначительной динамикой отдельных проявлений на всем протяжении болезни, стабильность психопатологической картины на протяжении многих лет. 2) персистирующие с регрессирующим течением симптоматики (26,56 %, 17 больных), характеризующиеся постепенным нарастанием симптоматики с периодами ремиссии.

17 больных), характеризующиеся редукцией психопатологических расстройств не аффективного регистра и последующим постепенным ослаблением дистимических проявлений; 3) персистирующие с усложнением симптоматики (40,63 %, 26 больных) с постепенным присоединением новых психопатологических расстройств, либо утяжелением уже имеющихся, усложнением структуры депрессии за счет присоединения расстройств неаффективного уровня. В 2 случаях (3,13 % от всей группы больных) имели место завершённые суициды. У 7 больных (10,93 %) течение заболевания характеризовалось развитием манифестного психотического приступа (в ср. на $3,25 \pm 2,0$ году болезни).

При унитарном типе ЮХЭД чаще встречались прогрессивное (44,0 %, 11 больных) и монотонное течение (36,0 %, 9 больных). Невроподобный подтип саплиментарных ЮХЭД продемонстрировал преобладание персистирующего регрессивного течения (50,0 %, 9 пациентов). А при психопатоподобном подтипе саплиментарных ЮХЭД превалировало персистирующее прогрессивное течение (44,00 %, 11 больных) (57,14 %, 15 больных) ($p < 0,05$).

Для обобщенной интегративной оценки исхода юношеской хронической эндогенной депрессии на этапе 10-ти летнего катамнеза были использованы четыре степени тяжести (Каледа В.Г., 2008), включающие следующие степени: «благоприятный» (19,64 %, 11 больных), баллы 81-100 по шкале PSP с высоким уровнем социально-трудового статуса и адаптацией во всех сферах жизни; «относительно благоприятный» (23,21 %, 13 больных) баллы 61–80 по шкале PSP, с некоторым понижением или сохранением прежнего уровня социально-трудовой, учебной адаптации и довольно высоким качеством жизни; «относительно неблагоприятный» (35,71 %, 20 больных) баллы 41–60 по шкале PSP, со значительным снижением социально-трудовой адаптации, низкой устойчивостью к стрессовым факторам, ухудшением качества жизни; «неблагоприятный» (21,43 %, 12 больных) (баллы 1–40 по шкале PSP), со стойкой дезадаптацией в социально-трудовых сферах, зачастую, с формированием инвалидности.

Проведенный анализ социально-трудовых характеристик пациентов с юношеской хронической эндогенной депрессией и показателей шкал SOPS и HDRS продемонстрировал положительную корреляцию показателей подшкалы негативных симптомов шкалы SOPS, подшкалы позитивных симптомов шкалы SOPS, суммарного балла шкалы SOPS, суммарного балла шкалы HDRS с наиболее плохим исходом (по результатам шкалы PSP) ($p < 0,05$).

Выводы. Полученные в результате катамнестического исследования данные демонстрируют, что течение ЮХЭД по минованию юношеского возраста характеризуется персистированием симптоматики с сохранением

полиморфизма клинической картины и одновременной нивелировкой свойственных юношескому возрасту синдромокомплексов, таких, как дисморфофобические, гебоидные и метафизические расстройства. Также результаты исследования показывают, что пациенты с неврозоподобным подтипом саплементарных юношеских хронических эндогенных депрессий продемонстрировали наиболее благоприятное течение с наилучшими исходами на момент катамнестического исследования, а пациенты с психопатодобным подтипом саплементарных ЮХЭД наименее благоприятное течение, что подтверждается интегративной оценкой исходов.

Тревожно-депрессивные психические расстройства у больных туберкулезом легких

Миночкин Д. А.

г. Москва

ПКБ № 1 им. Н. А. Алексеева

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 тревожно-депрессивных психических расстройств у пациентов с туберкулезом легких в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе терапевтических отделений ФГБНУ ЦНИИТ. В скрининговое исследование было включено 63 пациента в возрасте от 22 до 57 лет (средний возраст 35+/-11,7), из них женщин 28, мужчин 35. На этапе скринингового исследования пациенты были обследованы при помощи анкеты, включающую госпитальную шкалу депрессии и тревоги (HADS). На втором этапе квалификация выявляемых психических расстройств производилась на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях

психопатологических синдромов и состояний. Психическое состояние пациентов оценивалось с помощью клинического интервью и изучения медицинской документации. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, клинико-психологический, статистико-математический.

Результаты. При анализе данных, полученных на первом этапе в результате скринингового исследования, нормальные значения по обеим субшкалам HADS имели 16 пациентов (25,4 %), у 28 пациентов (44,4 %) по шкале HADS установлены субклинически выраженные тревога и депрессия, у 19 пациентов (30,2 %) установлены клинически выраженная депрессия и тревога по результатам шкалы HADS. На втором этапе проведено комплексное обследование 19 пациентов (30,2 %) страдающих туберкулезом легких, имеющих клинически выраженную депрессию и тревогу по результатам шкалы HADS. Среди пациентов с расстройствами тревожно-депрессивного спектра распределение по нозологическим единицам произошло следующим образом: смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) – 42,1 %, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) – 21 %, расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23) – 10,6 %, смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2) – 5,3 %, текущий депрессивный эпизод (F32) – 21 %.

Выводы. Более чем у 75 % пациентов с туберкулезом легких в условиях фтизиатрического стационара терапевтического профиля были установлены расстройства тревожно-депрессивного спектра различной степени выраженности. Своевременное 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.

Развитие самопонимания у будущих психотерапевтов

Моисеева А. А.

г. Самара

Самарский государственный медицинский университет

Актуальность. Формирование врача-психотерапевта требует длительного времени и определенных условий. Они включают в себя требования к освоению необходимых знаний, умений и навыков в рамках формирования профессиональных компетенций специалиста, а также требования

к личности будущего врача-психотерапевта (Романов Д.В., Стрельник С.Н., Яшихина А.А., 2015). В качестве желательных профессионально важных личностных качеств выделяют: высокий уровень интеллекта, фокус внимания (концентрация) на клиенте, внутреннее желание помочь клиенту, открытость к отличным от собственных взглядам и суждениям, гибкость и терпимость, эмпатичность, восприимчивость, способность создавать атмосферу эмоционального комфорта и поддержки, аутентичность поведения, то есть способность предъявлять подлинные эмоции и переживания, энтузиазм и оптимизм, вера в способности к изменению и развитию, уравновешенность, терпимость к фрустрации и неопределенности, уверенность в себе, позитивное самоотношение, адекватная самооценка, осознание собственных конфликтных областей, потребностей, мотивов, богатое воображение, развитая интуиция, доброжелательность, ответственность, любознательность, наблюдательность, тактичность, чуткость, отзывчивость, рефлексивность, сензитивность, умение слушать, креативность, умелое владение невербальными средствами общения и др. (Вачков И.В., Верняева Т.А., 1998 г.). В связи с этим возникает необходимость в разработке и внедрения обучающих программ специалитета, направленных не только на формирования профессиональных знаний, навыков и умений, но и направленные на развитие профессионально-важных личностных качеств. На наш взгляд одним из центральных личностных качеств, способствующих развитию необходимых, является «самопонимание», которое рассматривается как своеобразный «фильтр», через который человек пропускает оценочные суждения.

Цель исследования: разработка и оценка эффективности обучающей практико-ориентированной программы обучения будущих психотерапевтов, направленной на развитие самопонимания. Практико-ориентированная программа «Психотерапевтическая Мастерская» разработана на базе Самарского Государственного Медицинского Университета, в которой участвуют студенты старших курсов лечебного и педиатрического факультетов, ординаторов по специальности «психиатрия» и «психотерапия». Она базируется на самостоятельной работе обучающихся и диалогической технологии совместного творческого обучения (Минияров В.М., 2014), а особая организация занятий в виде тренингов позволяет каждому участнику проявить активность, освоить коммуникативные навыки «внутри» психотерапевтического процесса, получить личный опыт, сформировать интерес к внутреннему миру человека и мотивацию для дальнейшего обучения. Образовательный проект имеет несколько этапов: на первом этапе в рамках самостоятельной работы студент выбирает тему и форму проведения занятия, производит поиск и отбор источников информации, подвергает ее логическому анализу и всесторонней обработке, составляет сообщение на выбранную тему

и подбирает необходимые упражнения для проведения практической части. Участник самостоятельно устанавливает ритм работы и бюджет времени на изучение выдвинутых вопросов и поставленных задач. Преподаватель в данном случае выступает как консультант и помогает в выборе источников информации, уточняет те или иные теоретические положения, помогает в вопросах организации тренинговой работы. В данном случае обучающийся выступает не пассивным участником образовательного процесса, а активным создателем образовательной среды и организатором «психотерапевтического взаимодействия».

Материалы и методы. Исследование проводилось на начальном этапе предложенной образовательной практико-ориентированной программы, в котором приняли участие 19 студентов старших курсов. Для исследования «самопонимания» использовался тест-опросник самоотношения (ОСО) (Столин В.В., Пантилеев С.Р, 1985), в структуру которого входит оценка «самопонимания».

Результаты. Были выявлены следующие особенности самоотношения: среднестатистическая норма выявляется по шкалам «глобальное самоотношение» (среднее значение – $56,2 \pm 21$) – отражает недифференцированное уравновешенное чувство «за» и «против»; «ожидаемое отношение от других» (46 ± 18) – ожидание нейтрального отношения к себе, «самоинтерес» ($53,6 \pm 31,2$), указывающее на достаточную меру близости к себе, в частности интерес к собственным чувствам и мыслям, готовность общаться с собой «на равных». Заниженные показатели были выявлены по шкалам: «аутосимпатия» ($42,8 \pm 29,8$) и «отношение других» ($40,2 \pm 31,8$), восприятие строится с акцентом на негативных сторонах. Завышенные показатели были выявлены по шкалам «самоуважение» ($73,6 \pm 24$), «самоуверенность» ($64,6 \pm 21,4$) и «самопринятие» ($71,2 \pm 24,9$), что указывает на завышенную самооценку и восприятие себя с позитивной стороны. В отношении интересующего нас параметра была выявлена значительно завышенная оценка – «самопонимание» ($82,1 \pm 12,7$), указывающая на снижение адекватности восприятия данного свойства у себя.

Выводы. В результате исследования было выявлено, что «самопонимание» будущими психотерапевтами оценивается в значительной мере завышенно-искаженно, что указывает на необходимость разработки и внедрения образовательных программ, направленных на формирование адекватного восприятия себя и повышение качества самопонимания. А также оценка эффективности предложенной программы.

О способе оценки влияния формы окружающего открытого пространства на психическую деятельность человека

Москвитина У. С.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Значительная часть населения современных городов находится в условиях крайне высокого информационного воздействия и возрастающего противоречия антропогенного и естественного природного ландшафта. Возникает актуальный вопрос о влиянии открытого окружающего пространства на психическое здоровье человека, в том числе антропогенно формируемого рельефа городов (Reichert M. et all., 2019; J. A. Costa E. Silva, 2019). При анализе доступных нам литературных данных мы не обнаружили описания объективных способов оценки таких влияний.

Целью данного исследования стала разработка нового способа макроэнцефалометрии полушарий большого мозга с учетом их аккомодации в условиях конечной области открытого окружающего человека пространства. Такой способ позволил бы оценить влияние формы открытого пространства на психическое состояние человека для терапии и реабилитации лиц с психическими расстройствами, с помощью последующего создания программ прецизионной виртуальной реальности.

Задачами исследования были: 1) выявление общих закономерностей морфометрических и нейрофизиологических измерений анатомических и функциональных структур головного мозга и формы открытого окружающего человека пространства; 2) определение структурного аттрактора мозга и пространства, позволяющего проводить сравнительный анализ и измерения с использованием одноименных индикаторов; 3) разработка метода оценки влияния формы открытого окружающего человека пространства на функционирование мозга и психическое состояние, позволяющего использовать единую измерительную базу для оценки открытого пространства и мозга с получением аналогичных расчетных показателей.

Инструменты и методы: 1) МРТ-исследование мозга проводилось на аппарате GE Optima 450w с индукцией магнитного поля 1,5 Тл. Применяли радиочастотную катушку для головы. Получали T1-взвешенные изображения с полем зрения (FOV) 24,4x14,8 см и толщиной среза 0,5 мм. Позже изображения строились в трех стандартных взаимно перпендикулярных плоскостях. Измерения проводились стандартными средствами на рабочей

станции eFilm 4.0 WorkStation. Для расчета площади поверхности полушарий головного мозга использовали FreeSurfer 4.5.0. 2) Измерения поверхности открытого пространства проводили в геоинформационном программном продукте ArcGIS 10.5. В работе использовали наборы инструментов Spatial Analyst и 3D Analyst, предназначенного для пространственного анализа как для растровых (на основе ячеек) так и для векторных данных. Были использованы инструменты анализа Surface Volume (объем для поверхности). Источником сведений о рельефе являются данные радарного сканирования земной поверхности SRTM (Shuttle Radar Topography Mission) разрешением 3 угловые секунды. Также для измерений высот зданий и построения профиля ландшафта городской агломерации использовали приложение Google Earth Pro.

Результаты. Предложен новый способ оценки влияния конечной области окружающего открытого пространства на функционирование мозга и психическую деятельность человека. Он основан на использовании свойств односвязного пространства, гомеоморфного сфере, и позволяет получить характеристики структурных аттракторов конечной области открытого пространства и полушарий при использовании единой измерительной базы и одноименных оценочных показателей (патент на изобретение № RU 2 725 965 C1). Способ включает макроэнцефалометрию полушарий с получением отношений площадей их свободных поверхностей и площади поверхности минимальной мнимой сферы описанной вокруг них (патент на изобретение № RU 2668697 C1). Указанный способ содержит определение отношения площади световой поверхности конечной области открытого пространства, с учетом зданий и сооружений к проекции этой поверхности на минимальную мнимую сферу, описанную вокруг Земли по наибольшей высоте над уровнем океана. Способ реализуют с помощью компьютерно-диагностического аппаратного комплекса позитронно-эмиссионной и/или функциональной магнитно-резонансной томографии, а также средств космического наблюдения и позиционирования и компьютерного моделирования пространств. Установлена связь между параметрами конечных областей открытых пространств (на примере всхолмленной пологоволнистой равнины (Россия), горного массива Альп (Швейцария), рельефа современных городов (Нью-Йорк, США) и смешанного рельефа (район мертвого моря (Израиль)) и морфо-функциональными характеристиками полушарий большого мозга.

Выводы. Предлагаемый способ позволяет повысить информативность диагностики, проведение кластерной оценки индивидуальных морфологических и функциональных особенностей мозга при нахождении в условиях открытых пространств различного рельефа. Способ дает возможность дистанционно проводить оценку открытых пространств, по возможности

влиянию их на психическое здоровье человека. А также позволяет разработать программы прецизионной виртуальной реальности для терапии и реабилитации лиц с психическими расстройствами.

Помимо этого, позволяет оптимизировать рельеф современных городов с учетом индивидуальных потребностей мозга человека, обеспечивающих максимальную адаптацию и оптимум функционирования.

Клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS) – новые возможности оценки негативной симптоматики у пациентов с шизофренией

Мунин А. О. Акулова А. А.

г. Москва,

*Российский университет дружбы народов,
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «П*

Актуальность. Актуальность данной статьи обусловлена рассмотрением и переводом новой для отечественного пространства методики оценки негативной симптоматики – Клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS). CAINS представляет собой структурированное интервью, результаты которого позволяют оценить негативную симптоматику в рамках современного ее понимания. Изучение шкал второго поколения является перспективным для исследования и выбора дальнейшей тактики лечения у пациентов с шизофренией.

Цель и задачи: предоставить актуальную информацию о клиническом интервью оценки негативных симптомов, перевод методики для ее последующей валидации. Негативная симптоматика при шизофрении является ключевым фактором, влияющим на качество жизни, социальную и профессиональную активность, а также прогноз заболевания. (Ho В.С. et al, 1998, Rabinowitz J et al, 2012, Jordan G. et al, 2014) Существующие методы лечения не полностью удовлетворяют терапевтическую потребность пациентов и врачей. Корректная оценка негативных симптомов имеет решающее значение для дальнейшей тактики лечения. Согласно современным зарубежным представлениям негативные симптомы представляют собой двухфакторную модель и делятся на два субдомена: снижение экспрессии и мотивации. Снижение экспрессии включает в себя притупленный аффект и алогию, а домен мотивационных (апат-абулических) нарушений включает в себя асоциальность, абулию и ангедонию. (Mitra S et al, 2016, Kaiser S et al, 2017). Распознавание негативных симптомов является сложной задачей, поскольку

пациенты с шизофренией могут не осознавать наличие у себя негативных симптомов и редко обращаются из-за них за медицинской помощью. Шкалы для оценки негативных симптомов делятся на шкалы первого и второго поколения. Шкалы первого поколения не включают все негативные симптомы, которые, по современным взглядам, составляют негативный синдром шизофрении, с другой стороны, они, напротив, включают в себя некоторые аспекты, не относящиеся к данному понятию, например, невнимательность больного или небрежное отношение к своей внешности и гигиене, что является только косвенным показателем негативного синдрома шизофрении. Шкалы второго поколения были разработаны с учетом нынешнего понимания негативной симптоматики, которые исключают недостатки шкал первого поколения. Новые инструменты оценки, такие как CAINS, решили ряд проблем и соответствуют современному пониманию негативной симптоматики. (Ассанович М.В., 2017) Клиническое интервью оценки негативных симптомов (CAINS) было разработано для измерения текущего уровня тяжести негативных симптомов у людей с шизофренией. В теоретические основы CAINS легли достижения психиатрии и нейробиологии за последние 30 лет. CAINS представляет собой полуструктурированное интервью для оценки негативной симптоматики и содержит 13 пунктов, которые делятся на подшкалы: шкала мотивации и удовольствия и шкала экспрессии.

К шкале экспрессии относят 4 пункта (миимику, голосовую экспрессию, жестикуляцию, количество речи). Шкала мотивации и удовольствия делится на 3 раздела: социальный аспект (пункты мотивация к отношениям с семьей/с супругом/супругой/партнерами, мотивация к близким дружеским и романтическим отношениям, частота приятной социальной деятельности на прошлой неделе, частота ожидаемого удовольствия от социальной деятельности на следующей неделе), работу и учебу (пункты мотивация к работе и учебной деятельности, частота ожидаемого удовольствия от работы и учебной деятельности на следующей неделе), отдых (мотивация к развлекательной деятельности, частота приятных развлечений на прошлой неделе, частота ожидаемого удовольствия от развлечений на следующей неделе). Каждый пункт оценивается по шкале от 0 до 4, где чем больше показатель, тем больше выражен данный симптом. (Forbes et al., 2010; Blanchard et al., 2011; Horan et al., 2011; Kring et al, 2013). К возможным ограничениям CAINS относится длительность времени проведения, что не всегда соответствует условиям реальной клинической практики. Проведение интервью может занимать минимум 50 минут. Последующие клинические исследования, целью которых является изучение лечения негативной симптоматики могли бы оценивать домены и компоненты негативной симптоматики по отдельности и как следствие, дифференцировать

ответ на лечение. В будущем еще предстоит оценить основные психометрические свойства русскоязычной версии и валидизировать данную методику.

Выводы: Современные зарубежные представления о негативной симптоматике разделяют ее на два домена: снижение экспрессии и мотивационные нарушения. Изучение инструментов, созданных для оценки негативной симптоматики, показало, что шкалы второго поколения (такие как CAINS) соответствуют современным взглядам на негативную симптоматику. Проведен анализ структуры интервью. Выполнен перевод методики на русский язык.

Распространенность и клиническая значимость антител к NMDA рецепторам при расстройствах психотического спектра

Мурашко А. А.

Г. Москва

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского

Актуальность. Антитела к NR1 субъединице N-метил-D-аспаратных рецепторов (NMDAR) являются одним из ключевых элементов патогенеза анти-NMDA рецепторного энцефалита. Анти-NMDA рецепторный энцефалит – это аутоиммунное заболевание, для которого характерна комплексная нейропсихиатрическая симптоматика. Заболевание манифестирует с непродолжительного гриппоподобного продрома с присоединением различной психопатологической (часто аффективной, психотической) симптоматики. В дальнейшем развиваются дискинезии и другие неврологические нарушения, частым симптомом являются судорожные припадки. Без надлежащего лечения могут развиваться вегетативные нарушения с угнетением дыхания, что требует госпитализации в реанимационные отделения (Dalmau J. с соавт., 2011). Психопатологическая симптоматика при анти-NMDA рецепторном энцефалите наблюдается у 95 % пациентов, и в 67 % случаев представлена психотическими явлениями. Психические нарушения развиваются остро и могут не сопровождаться другими расстройствами (Al-Diwani A. с соавт., 2019). В связи со схожестью клинической картины анти-NMDA рецепторного энцефалита, особенно на ранних стадиях, с таковой при расстройствах шизофренического спектра до 18–75 % пациентов

изначально попадают в психиатрические учреждения. Выявление случаев анти-NMDA рецепторного энцефалита имеет критическое значение, так как таким пациентам необходимо проведение патогенетической (иммуносупрессивной) терапии, а антипсихотическая терапия может быть неэффективной и сопряжена с большими рисками развития побочных эффектов, включая злокачественный нейролептический синдром (Dalmau J. с соавт., 2019). Это определило интерес к поиску антител к NMDAR среди пациентов с психотическими расстройствами, однако имеющиеся результаты противоречивы. Проведенные ранее систематические обзоры либо не включают большую часть современных исследований, либо посвящены различным антинейрональным антителам и уделяют меньше внимания гетерогенности данных в отношении антител к NMDAR.

Целью обзора являлось определение распространенности и клинической значимости антител к NMDAR у пациентов с расстройствами психотического спектра и выявление факторов, обуславливающих гетерогенность результатов.

Материалы и методы. Поиск осуществлялся по базам PubMed, Scopus и Web of Science. Были проанализированы заголовки и резюме найденных 1704 статей на соответствие критериям включения/исключения. Основным из критериев было наличие исследуемой группы пациентов с психотическими расстройствами, которым проводилось тестирование на наличие антител к NMDAR. Было отобрано 132 статьи, по результатам изучения полного текста которых в исследование было включено 47 оригинальных исследований.

Результаты и обсуждение. Включенные исследования были разделены на 2 группы – качественные исследования, в которых для определения антител использовались культуры клеток (cell-based assay – CBA), и количественные, в которых антитела к NMDAR определялись методами иммуноферментного анализа (ИФА). Качественные исследования (CBA). В первую группу вошло 41 исследование, в 26 из них было выявлено некоторое число (от 0,5 до 27 %) положительных результатов в группе пациентов. В 19 исследованиях также были набраны группы контроля; в 9 из них сообщалось о хотя бы одном выявленном участнике с положительным результатом (от 0,6 до 2,9 %). В некоторых исследованиях распространенность антител к NMDAR в исследуемой и контрольной группах была примерно одинаковой. Также распространенность антител оставалась сравнимой между исследованиями при попытке разделить их в соответствии с диагнозами или специфическими состояниями, как резистентная шизофрения или послеродовой психоз, пациентов. Несмотря на небольшое количество клинических данных в исследованиях, можно отметить, что процент положительных результатов выше в исследованиях, включавших пациентов в остром состоянии. Частота выявления «положительных» пациентов также

была выше в исследованиях, использовавших живые СВА для обнаружения антител к NR1/NR2 субъединицам NMDAR, нежели чем в работах, где применялись фиксированные СВА, которые связываются исключительно с NR1 субъединицей NMDAR. С одной стороны при использовании живых СВА нельзя исключить связывание с NR2 субъединицей NMDAR, антитела к которой более характерны для таких заболеваний как, например, системная красная волчанка. С другой стороны в ряде исследований, кроме живых СВА, использовались подтверждающие методы, и было показано, что антитела, выявленные таким методом у пациентов, вызывали гипофункцию NMDAR. Интересно, что аналогичные антитела, выявленные у участников группы контроля, патологических процессов в NMDAR не запускали (Jezequel J. с соавт., 2017). В любом случае, проведение подтверждающих методов необходимо в будущих исследованиях для исключения ложноположительных результатов.

На самом деле, развернутая картина энцефалопатии отмечалась лишь у небольшого числа «положительных» пациентов. Случаев анти-NMDA рецепторного энцефалита среди «положительных» участников групп контроля не было. Предполагается, что эффекты антител к NMDAR зависят от проницаемости гематоэнцефалического барьера, что подтверждается в исследованиях на животных: только у мышей с поврежденным ГЭБ развивались подобные психотическим симптомам при введении сыворотки, содержащей антитела к NMDAR (Pan H. с соавт., 2019). К сожалению, клинические характеристики выборки пациентов, а также данные о дальнейшем течении расстройств были редко представлены в исследованиях. Различий по баллам рейтинговых шкал между «положительными» и «отрицательными» пациентами практически нет. Более интересно, что с изменением состояния «положительных» пациентов менялся результат теста на антитела. Так, у пациентов, чье состояние улучшилось, антитела в крови не выявлялись, а у тех, чье состояние оставалось нестабильным, результаты тестов оставались положительными. Большинство «положительных» пациентов без признаков энцефалита проводилась антипсихотическая терапия, однако в некоторых случаях резистентности к антипсихотикам назначалась иммуносупрессивная терапия, что приводило к улучшению состояния (Scott J.G. с соавт., 2018).

Количественные исследования (ИФА). В 6 исследованиях использовались количественные методы для выявления антител к NMDAR. В 4 из них уровни антител были значимо выше в группе пациентов в сравнении с контрольной группой, однако случаев развернутой энцефалопатии отмечено не было. При этом, были выявлены корреляции между уровнем антител и выраженностью симптоматики. Однако, данные исследования имели небольшие выборки, что обуславливает необходимость подтверждения таких связей.

В целом, проведение ИФА считается недостаточным для выявления антител из-за риска ложноположительных результатов, но подходит для динамической оценки зависимостей иммунологических и клинических показателей.

Выводы. Антитела к NMDAR присутствуют у небольшого числа пациентов с психотическими расстройствами вне зависимости от точного диагноза. Для определения распространенности требуется улучшение методов выявления антител, так как живые СВА обладают большей чувствительностью, но требуют обязательного подтверждения результатов. У некоторых «положительных» пациентов был диагностирован анти-NMDA рецепторный энцефалит, однако у большинства таких пациентов признаков энцефалита нет. Несмотря на скудость клинических данных в изученных исследованиях предполагается связь между уровнем антител и острой состоянием, выраженностью симптоматики. Эффективность иммунотерапии в отдельных случаях «положительных» пациентов без признаков энцефалита позволяет аккуратно рассматривать ее в качестве возможной тактики лечения у резистентных пациентов и требует дальнейшего изучения. В будущих исследованиях необходимо уделить большее внимание как методикам выявления антител, так и клиническим особенностям, динамическому наблюдению за состоянием пациентов.

COVID-19 у лиц с психическими расстройствами

Некрасов Д. А.

г. Волгоград

Волгоградский государственный медицинский университет

Актуальность. Пациенты с психическими расстройствами более уязвимы к развитию острых эпидемических инфекционных заболеваний, в частности, известно, что психические нарушения повышают риск развития пневмонии. В силу особенностей психического состояния и недостаточной критичности эти пациенты не всегда комплаентны, могут нарушать режим самоизоляции и не соблюдать санитарные правила, что повышает риск их заражения, а в случае заболевания COVID-19 риск его более тяжелого течения и развития осложнений у них представляется более высоким.

Цель и задачи. Исследовать особенности течения новой коронавирусной инфекции у лиц с психическими расстройствами.

Задачами исследования являются: изучение сроков нахождения в стационарных условиях, лабораторных и клинических показателей.

Материалы и методы. Материалами для исследования послужили 60 историй болезни пациентов проходивших лечение в инфекционном стационаре. Критерии включения: пациенты проходили лечение в ковидном инфекционном стационаре, старше 18 лет, имели нарушения психиатрического спектра.

Результаты и обсуждение. Анализируя половозрастную структуру стоит отметить, более частое появление лиц мужского пола (53 %), а также возрастные особенности лиц, заболевших COVID-19: средний возраст у женщин 59 лет, у мужчин 56 лет, при этом пациентов в возрасте от 18 до 40 лет – 20 %, от 41 до 64 лет – 50 %, от 65 до 79 лет – 20 %, от 80 лет и старше – 10 %. Среднее количество койко-дней составило 38 и 33 койко-дней у женщин и мужчин соответственно. Большинство пациентов (63 %) находились на лечении от 31 дня и более, от 15 до 30 дней 25 %. Чаще всего у пациентов психиатрического профиля с симптомами коронавируса был выставлен диагноз COVID-19, вирус идентифицирован (75 %). У остальных пациентов основными диагнозами были COVID-19, вирус не идентифицирован (12 %). Острые инфекции верхних дыхательных путей множественной и неуточненной локализации J06.9 (13 %). Коронавирусная инфекция осложнялась пневмонией у 72 % процентов пациентов, при этом среди мужчин неосложненная коронавирусная инфекция встречалась у 37 %, а среди женщин лишь у 15 %. Большинство пациентов (36 %) поступило на лечение в стационар из социальных учреждений: психоневрологические интернаты (ПНИ), домов-престарелых (ДПИ), социальных коек при центральных районных больниц (ЦРБ) и психиатрических стационаров (27 %), что говорит о высоком распространении респираторных вирусных инфекций в условиях близкодистантного проживания/прохождения лечения. Данное утверждение также подтверждает меньший процент госпитализаций из дома (18 %). Коронавирусная инфекция характеризуется особым влиянием на свертывающую систему крови. Ввиду этого были проанализированы уровни тромбоцитов, подсчитывались средние уровни максимальных и минимальных тромбоцитов (в процессе терапии антикоагулянтами). Так, средний уровень максимальных тромбоцитов среди мужчин составил 290 (против 313 у женщин), а средний уровень минимальных тромбоцитов среди мужчин 179 (против 212 у женщин).

Выводы. Таким образом, проанализировав случаи COVID-19 у пациентов с психическими расстройствами, стоит отметить следующее: продолжительность госпитализации у данных пациентов большая, чем среди пациентов без психопатологии, она частократно превышает рекомендуемые сроки лечения, ввиду наличия коморбидности и приема психотропных препаратов. К факторам риска протекания коронавирусной инфекции с осложнениями среди лиц с психическими нарушениями, можно отнести: женский пол,

пожилой возраст, повышенный уровень тромбоцитов. Значительная часть пациентов, проходившая лечение в условиях инфекционного стационара поступала из социальных учреждений (ПНИ, ДПИ) отсюда можно сделать вывод, что тенденция последнего времени на перевод пациентов из интернатов на самостоятельное проживание правильна и необходима в современных условиях.

Клинические аспекты детского дизонтогенетического аутизма

Никитина С. Г., Симашикова Н. В., Коваль-Зайцев А. А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. В спектре аутистических расстройств отдельное место занимают случаи заболевания с доминирующими в клинической картине нарушениями сенсорной сферы, которые выделены в отдельную подгруппу детского дизонтогенетического аутизма. Предполагается, что данная форма заболевания имеет особенности дизонтогенеза, отличные от таковых при инфантильном психозе и атипичном аутизме. В связи с малой изученностью данных расстройств остается актуальной разработка диагностических критериев.

Цель и задачи. Разработать клинко-психопатологические, патопсихологические подходы к диагностике детского аутизма с преобладанием в клинической картине сенсомоторных расстройств.

Материалы и методы. В данную группу вошли 19 больных с диагнозом по МКБ-10 «Детский аутизм F84.0», в группе преобладали девочки (15 чел, 79 %). Мальчики составляли 21 % – 4 чел. Средний возраст обследуемых составлял 6 ± 3 лет. Все больные в связи с отсутствием выраженных поведенческих, двигательных нарушений наблюдались амбулаторно. Период динамического наблюдения составлял в среднем 3 ± 1 года.

Результаты и обсуждение. Заболевание развивалось аутохтонно на первом году жизни ребенка, когда появилась отрешенность с приостановкой в развитии речи, нарастала диссоциация сенсорной сферы в виде переслаивания гипер- и гипостезий в зрительной (феномен «псевдослепоты»), слуховой (феномен «псевдоглухоты» с непереносимостью громких и ритмичных шумов), тактильной (непереносимость прикосновений, толерантность к боли), проприоцептивной (неустойчивость при ходьбе), вкусовой (непереносимость ряда пищевых продуктов), обонятельной

(непереносимость ярких запахов) сфер. Диссоциация сенсорных систем у аутистов являлась проявлением утраты гармонического уровневого соподчинения функционирующих систем высшим корковым структурам с сохранением возможности их частичного восстановления (по В.М. Башиной, 2013). Клинически это проявлялось в особой чувствительности при прикосновении к телу, больные плакали, когда им делали массаж, вырывались и кричали при попытках помыть и причесать голову, не терпели объятий, поглаживаний, вырывались из рук матери. При этом были равнодушны при падениях, порезах, спокойно реагировали на врачебные и диагностические манипуляции. Родителями отмечалась вялость реакции на звуковые и зрительные стимулы. Больные не поворачивали голову в ответ на зов, не фиксировали взгляд на лицах людей, при этом громких и внезапных звуков не переносили, не любили музыку, плакали, закрывали руками уши. В течение первых 2-3 лет жизни испытывали трудности удержания тела прямо, нуждались в поддержке, были неуклюжими, словно «не чувствовали твердость пола», при ходьбе опирались на невысокие мыски. Отмечалась непереносимость ярких запахов, духов, отдушек от косметики, однако присутствовало выборочное обнюхивание понравившихся предметов и еды. Формировалось нарушенное пищевое поведение, которое отличалось избирательностью. Пациенты облизывали и обсасывали еду с «ярким», кислым или соленым вкусом. Не ели пищу определенной текстуры (желе, каши, твердые, волокнистые кусочки), вкуса (мяса, рыбы, овощей), запаха (лука, рыбы), вида (куски мяса или овощей в супе, в гарнире), марки производителя или купленного не в привычном месте. Больные наталкивались на окружающих, опрокидывали предметы, находящиеся у них на пути, не фокусировали взгляд на лицах людей. Во время нахождения вне дома людей избегали, путали матерей или отцов в толпе, но при этом шли на руки к незнакомым. Позже, к 3-4 годам, присоединились субкататонические нарушения в виде гиперактивности, переменчивого мышечного тонуса, атетоза в пальцах рук, негативизма. К двигательному оживлению присоединялись аффективные расстройства с отчетливым суточным циклом. Смягчались сенсорные нарушения: больные позволяли тактильный контакт, острее реагировали на боль, легче переносили шумы, «яркие» запахи, расширялся пищевой рацион. На высоте состояния аутизм достигал 35–41 баллов по шкале CARS, что соответствовало среднему/тяжелому аутизму. К 5–7 годам, на фоне онтогенеза и уменьшения выраженности сенсомоторной диссоциации быстро развивалась аграмматичная фразовая речь, носящая коммуникативный характер. Появилась познавательная активность с пресыщаемостью. Однако сохранялась неусидчивость с дефицитом внимания, эпизодами нелепого поведения. При высокой сенсорной нагрузке усиливалась раздражительность, аффективная неустойчивость.

При создании комфортной среды обучения пациенты успешно осваивали общеобразовательную программу обучения.

Большая часть больных (94,7 %, 18 чел.) наблюдалась неврологами с 1,5–2 лет в связи с задержкой развития речи. При своевременном осмотре психиатром, ранней диагностике и фармакотерапии отмечалась значительная положительная динамика состояния.

Проведение патопсихологического обследования с преимущественной опорой на качественный клинико-психологический анализ выявил у пациентов данной группы искаженный вид когнитивного дизонтогенеза. Отмечалось асинхронное развитие, негрубая дезинтеграция когнитивных представлений и вербальной сферы при достаточно высоком уровне их развития, предметно-содержательный компонент зрительного восприятия был развит по возрасту, тогда как операционный компонент зрительного восприятия немного отставал от возрастной нормы. Выявлялось своеобразие развития всех компонентов мышления, асинхрония в развитии зрительно-двигательной координации, отставание от возрастной нормы в развитии эмпатии и социальной перцепции, достаточное развитие мотивационной сферы. На фоне лечения аутизм смягчался до 25–30 баллов по шкале CARS – «нет аутизма». По шкале социального функционирования (The Personal and Social Performance scale (PSP) Morosini, Magliano, 2000) отмечалось улучшение показателей до 60–51 баллов. Пациенты из данной подгруппы имели благоприятный прогноз дальнейшего течения процесса.

Выводы. Детский дизонтогенетический аутизм отличается преобладанием сенсорных нарушений и малой выраженностью кататонических и психопатоподобных расстройств, искаженным вариантом когнитивного дизонтогенеза, а также благоприятным прогнозом течения болезни.

Долговременное положительное влияние курса ЭЭГ-адаптивной саморегуляции на клинические признаки тревоги и депрессии у пациентов со смешанным тревожно-депрессивным расстройством

Ободовская Т. Ф.

г. Санкт-Петербург

*Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет*

Актуальность. Распространенность депрессивных и тревожных расстройств очень высока и с каждым годом становится все более тяжким бременем для службы общественного здравоохранения.

При верифицировании диагноза резистивной депрессии тревожные расстройства занимают главное место среди сопутствующих психических заболеваний и наблюдаются у 43 % депрессивных больных (Huang S. et al., 2020). Кроме того, исследования показали, что коморбидные депрессивные расстройства с выраженным компонентом тревоги связаны с худшим антидепрессивным ответом на селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) или анксиолитики бензодиазепинового ряда (Dold, M. et al. 2017). Соответственно поиск дополнительных методов лечения в комплексе с медикаментозной терапией может ускорить процессы реабилитации пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами. Одним из таких методов, признанных эффективным в сфере психиатрии, является метод ЭЭГ-адаптивной саморегуляции, также известный как метод биологической обратной связи по ЭЭГ (ЭЭГ-БОС). Получение ежесекундной информации о биоэлектрической активности головного мозга, предъявляемой пациенту в виде слуховой или зрительной обратной связи, позволяет ему научиться саморегулировать свои ЭЭГ-показатели.

Однако по данным ассоциации прикладной психофизиологии и биологической обратной связи ЭЭГ-БОС тренинги при лечении депрессии считаются «возможно эффективными», что обусловлено систематической оценкой эффективности предложенного метода в контролируемых клинических исследованиях. Вариации различных параметров амплитудно-частотных спектральных характеристик ЭЭГ, локализация электродов, а также проведение тренингов в покое при открытых или закрытых глазах дают огромные возможности индивидуального применения метода ЭЭГ-адаптивной саморегуляции в клинической практике. С другой стороны это затрудняет формирование гомогенной выборки и единого протокола ЭЭГ-БОС сеансов для научных психофизиологических исследований, не говоря уже о сложностях исключения плацебо-эффекта. Кроме того, длительность положительного влияния ЭЭГ-БОС терапии после завершения курса лечения практически не исследована.

Цель исследования. Изучить долговременную динамику клинических признаков тревоги и депрессии у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством после комплексного применения фармакотерапии с курсом ЭЭГ-адаптивной саморегуляции, а также, получавших только фармакотерапию.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 41 пациент со смешанным тревожно-депрессивным расстройством в возрасте от 18 до 66 лет. Пациенты были случайно разделены на исследовательскую и контрольную группы. В исследовательской группе (21 человек, средний возраст 34 ± 2.8 лет, 6 мужчин, 15 женщин) больные получали комбинированную терапию: 10–15 сеансов ЭЭГ-адаптивной саморегуляции и медикаментозное

лечение, в контрольной группе (20 человек, средний возраст 32 ± 3.1 лет, 6 мужчин, 14 женщин) больные получали только курс фармакотерапии. Сеансы ЭЭГ-адаптивной саморегуляции проводились в состоянии покоя при закрытых глазах и были направлены на увеличение мощности альфа-ритма и одновременное снижение мощности бета-ритма в центрально-затылочных отведениях. Перед сеансами проводился расчет пороговых амплитудно-частотных характеристик в бета- и альфа-диапазонах для каждого пациента. Стимул обратной связи отображался пациенту в виде изменения громкости проигрываемой музыки. У больных исследовательской группы психодиагностика проводилась до комбинированного лечения, сразу после и еще через 6–12 месяцев после окончания ЭЭГ-БОС-тренингов. У больных контрольной группы динамику клинических признаков тревоги и депрессии оценивали до и после четырех-пяти недель курса медикаментозного лечения. Для оценки выраженности симптомов тревоги и депрессии и их изменений до и после лечения были выбраны рейтинговые психометрические шкалы Монтгомери-Асберг (MADRS) и Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, а также госпитальная шкала тревоги и депрессии (самоопросник HADS).

Результаты. Для статистического анализа исследуемых параметров использовался однофакторный дисперсионный анализ для повторных измерений с помощью пакета Statistica 10.0. Показатели клинических шкал и самоопросника между исследовательской и контрольной группами значимо не различались при первичной психодиагностике: шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг ($F = 0.00$, $p < 0.97$); шкала тревоги Гамильтона ($F = 0.17$, $p < 0.68$); госпитальная шкала (HADS) депрессии ($F = 0.00$, $p < 1.00$) и тревоги ($F = 0.45$, $p < 0.51$). При сравнении психодиагностических показателей у больных исследовательской группы до и после проведения тренингов ЭЭГ-адаптивной саморегуляции были выявлены достоверные различия в виде значимого снижения баллов в 2–2,5 раза по всем шкалам: шкала депрессии Монтгомери-Асберг ($F = 71.1$, $p < 0.01$); шкала тревоги Гамильтона ($F = 49.6$, $p < 0.01$); самоопросник HADS для оценки уровня депрессии ($F = 63.1$, $p < 0.01$) и самоопросник HADS для оценки уровня тревоги ($F = 36.2$, $p < 0.01$).

У больных контрольной группы, которые находились только на фармакологическом лечении, показатели также имеют тенденцию к снижению при повторном обследовании, однако изменения статистически не значимы: шкала депрессии Монтгомери-Асберг ($F = 2.43$, $p < 0.12$); шкала тревоги Гамильтона ($F = 0.13$, $p < 0.71$); самоопросник HADS для оценки уровня депрессии ($F = 1.53$, $p < 0.22$) и самоопросник HADS для оценки уровня тревоги ($F = 3.08$, $p < 0.09$). Следует отметить, что средний балл уровня депрессии снизился только на 9 %, а уровень тревоги даже

увеличился на 10 % после 4–5-недельной фармакотерапии. Также у больных исследовательской группы была проведена повторная психодиагностика для оценки изменений и длительности полученного эффекта после курса адаптивной саморегуляции через 6–12 месяцев. Анализ полученных данных показал, что сохраняется положительная динамика редукции симптомов депрессии и тревоги. По средним показателям уровень депрессии не увеличился ($F = 2.13$, $p \leq 0.29$), в то время как уровень тревоги снизился еще на 10–15 % ($F = 2.56$, $p \leq 0.17$).

Выводы. В представленном исследовании было показано, что комплексное лечение методом ЭЭГ-адаптивной саморегуляции с фармакотерапией эффективнее только курса фармакотерапии. Кроме того, получены данные, подтверждающие долговременное купирование симптомов тревоги и депрессии у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством после тренировок ЭЭГ-БОС. Важно отметить, что у всех повторно диагностированных больных отмечалась стадия медикаментозной ремиссии, то есть в течение 6–12 месяцев повторных эпизодов депрессии или переходов в противоположное аффективное состояние не зафиксировано, а около 25 % пациентов вовсе не принимали антидепрессанты. Комбинированное лечение фармакотерапией с применением метода адаптивной саморегуляции у больных со смешанным тревожно-депрессивным расстройством способствует ускорению достижения ремиссии при коморбидных расстройствах тревоги и депрессии, а также нормализации психического состояния с долговременным эффектом.

Развитие ингибции доминантного ответа у детей 6–8 лет с ограниченными возможностями здоровья

Ординарцева Е. В., Сергиенко А. А.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Работа посвящена анализу особенностей нарушения ингибции доминантного ответа у трех нозологически различных групп детей дошкольного и младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также поиску путей развития у них ингибиторного контроля, как части исполнительных функций. Специфика нарушения ингибции доминантного ответа рассмотрена у детей в возрасте от 6-ти до 8-ми лет мужского и женского пола с такими диагнозами как

синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройства аутистического спектра (РАС), тяжёлые нарушения речи (ТНР). Исследование этих категорий детей было обусловлено особой актуальностью проблемы и широкой представленностью детей с такими диагнозами по результатам диагностики психолого-медико-педагогическими комиссиями общеобразовательных учреждений. А также недостаточной разработанностью проблемы развития ингибиции доминантного ответа в дошкольном и младшем школьном возрасте (Macdonald et al., 2014). По нашему мнению, одной из причин такого положения дел является отсутствие оптимальных инструментальных методов для диагностики ингибиторного контроля без задействования других исполнительных функций.

Цель: изучение особенностей развития и специфики коррекции ингибиции доминантного ответа у дошкольников и младших школьников с СДВГ, РАС и ТНР.

Задачи:

1. Выявление особенностей в выполнении заданий на оценку ингибиции доминантного ответа у детей с ТНР, РАС, СДВГ – констатирующий эксперимент.

2. Разработка и проведение программы коррекции ингибиции доминантного ответа у дошкольников и младших школьников с ОВЗ – формирующий эксперимент.

3. Выявление изменений в ингибиции доминантного ответа у детей с ОВЗ после проведения коррекционных мероприятий – контрольный эксперимент.

Материалы и методы. Исследование было выполнено на базе трех государственных бюджетных общеобразовательных учреждений города Москвы. В программу были включены 23 ребенка в возрасте от 6 до 8 лет мужского и женского пола. Экспериментальную группу составили 15 детей с ОВЗ (1 девочка и 14 мальчиков), а в группу контроля вошли 8 детей с ОВЗ (1 девочка и 7 мальчиков). Для диагностики уровня сформированности ингибиции доминантного ответа был подобран комплекс нейропсихологических проб и компьютерных психодиагностических методик: пробы на серийную организацию движений и действий – Реакция выбора (Кулак-палец и Стук-рука), Кулак-ребро-ладонь, Проба Озерецкого, Заборчик (Цветкова Л.С., 1998), компьютерные методики психодиагностики, направленные на оценку исполнительных функций – Simon task тест (Proctor, 2011), Тест Струпа (Gerstadt et al., 1994), Висконсинский тест сортировки карточек (Полунина А.Г., 2004), пробы на оценку внимания (Тест на асимметрию зрительного внимания) (Сергиенко А.А., 2016). Формирующий эксперимент, в рамках проведенного исследования по развитию ингибиции доминантного ответа у детей с ОВЗ, базировался на использовании

специально подобранных методов нейропсихологической коррекции (разработанного комплекса ИДО).

Результаты исследования и их обсуждение. На констатирующем этапе исследования были получены следующие результаты.

1. Пробы на серийную организацию движений и действий. Дети с ОВЗ испытывают сложности при выполнении проб данной группы, особенно в варианте задания Кулак-палец, так как он предполагает сенсублизирванный вариант пробы реакция выбора. Графическая проба Заборчик продемонстрировала схожие результаты. Было выявлено, что нарушение ингибиторного контроля может иметь разные причины и формы проявления, при этом существенно снижая продуктивность деятельности, связанной с серийной организацией движений и действий.

2. Компьютерные методики психодиагностики, направленные на оценку исполнительных функций. Более чем для двух третей детей с ОВЗ тест Струпа оказался либо сложным, либо крайне сложным, что свидетельствует о наличии выраженных сложностей с ингибцией доминантного ответа у данной выборки детей с ОВЗ. Было выявлено, что эти нарушения у детей с ОВЗ могут быть связаны с нарушениями мотивационного компонента произвольной деятельности. При выполнении Висконсинского теста и Simon task тест часть детей с РАС не справились с выполнением задания, не завершив его. Вероятной причиной такого результата для данной категории детей, явилось истощение, неспособность удерживать инструкцию и дефицит когнитивной гибкости. В целом, результаты указывают на то, что детям с ОВЗ сложно выполнять задания данной группы даже при отсутствии необходимости тормозить нерелевантную реакцию. 3. Оценка селективного внимания. В выборке более половины детей продемонстрировали низкие результаты по коэффициенту скорости в тесте на асимметрию зрительного внимания, что говорит о том, что некоторые дети с ОВЗ имеют сложности селективного внимания, что, в частности, может быть связано с нарушением ингибиторного контроля.

Далее были рассмотрены специфические особенности ингибции доминантного ответа у детей с разными типами ОВЗ на констатирующем этапе исследования. При оценке успешности выполнения проб на динамический праксис и реципрокную координацию детьми с ОВЗ разных нозологических подгрупп, были выявлены некоторые достоверные отличия. Хуже всех ингибция доминантного ответа выражена у детей с РАС, чуть лучше у детей с СДВГ, еще лучше у детей с ТНР. Статистические методы подтвердили эти различия. Достоверные различия выявлены по регуляторному фактору и фактору межполушарного взаимодействия. В целом, результаты констатирующего этапа исследования говорят о том, что большинству детей с ОВЗ сложно оттормаживать усвоенный ранее

тип реакции, либо спонтанно возникающую импульсивную реакцию на заданный стимул для выбора адекватной формы реагирования. Вторичная диагностика детей (контрольный эксперимент) с использованием методик для определения уровня ингибиции доминантного ответа была проведена в экспериментальной и контрольной группах для оценки эффективности формирующего воздействия по методике ИДО. В экспериментальной группе произошло достоверное улучшение в пробах на серийную организацию движений и действий, по всем электронным методикам диагностики. Можно предположить, что положительная динамика обусловлена эффектом коррекционно-развивающих занятий. Достоверность различий в выполнении проб в контрольной группе до и после эксперимента не подтверждена. То есть улучшения в экспериментальной группе не могли быть связаны исключительно с фактором повторной диагностики или имплицитным обучением (Воронин, 2010). Достоверность различий в выполнении проб между экспериментальной и контрольной группой по итогам эксперимента была частично подтверждена. Близкие к достоверным отличия обнаружены для проб на серийную организацию движений и действий и пробы на реципрокную координацию на уровне тенденции ($p < 0.1$). Данный факт вполне предсказуем, так как занятия по программе ИДО предполагали многократную тренировку упражнений на отработку и автоматизацию разных двигательных программ, в том числе на межполушарное взаимодействие.

Выводы.

1. В условиях специально организованных занятий, с помощью комплекса ИДО, возможно эффективное развитие функции ингибиторного контроля у детей с ОВЗ (6–8 лет).
2. У детей с ОВЗ 6–8 лет выявляются особенности ингибиции доминантного ответа специфичные для разных групп ОВЗ и сниженные в различной степени, но поддающиеся коррекции с помощью комплексной программы с возможностью её осуществления в смешанных группах.
3. Включение заданий на игровое взаимодействие способствует созданию адекватной мотивации к участию в занятиях и развитию ингибиции доминантного ответа на ряду с другими упражнениями.
4. Внедрение аналогичных коррекционно-развивающих занятий целесообразно при подготовке к школе и в младших классах особенно для детей с ОВЗ.

Взаимосвязь уровня альфа-синуклеина на поверхности лимфоцитов CD45+ с клиническими проявлениями поздней шизофрении

Пальчикова Е. И.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Введение и актуальность. Прогрессивное увеличение доли лиц старших возрастных групп детерминирует закономерное возрастание удельного веса специфических для позднего возраста заболеваний. Психозы с дебютом в позднем возрасте несколько отличаются от таковых в молодом, ассоциированы с более высокой смертностью (Talaslahti 2015), преобладанием вторичных причин психоза (Howard R 2000) и большей частотой побочных эффектов от антипсихотиков (Gareri 2014, Rajesh 2019). При этом, персекуторная фабула бреда является наиболее часто встречаемой среди пациентов с деменцией с психотическими симптомами (Legoi 2003), а пациенты с шизофренией имеют значительно больший риск развития деменции, чем пациенты без нее (Cai 2018), что усложняет клиническую картину заболевания в позднем возрасте. Дебют шизофрении традиционно приходится на ранний молодой возраст, около 24 % пациентов с этим диагнозом первые проявления обнаруживали в возрасте от 40 лет (Harris MJ, 1988). Ни в одной классификации болезней в настоящий момент поздняя шизофрения не выделяется в отдельную рубрику, и предполагается, что при наличии критериев, должен быть выставлен диагноз шизофрении. В действительности, в отечественной психиатрии, шизофрения, дебютировавшая после 40 лет классифицируется в рамках органического расстройства, подразумевая накопление влияния вторичных факторов к этому возрасту, что искажает эпидемиологические данные и может влиять на выбор терапии. Патогенетические механизмы заболевания мало исследованы, относительно терапевтических подходов не разработано четких указаний, а в имеющихся руководствах экстраполируются данные результатов исследований шизофрении с ранним дебютом. Одним из вероятных патогенетических механизмов ПШ может являться дисбаланс протеостаза. В патоморфологических исследованиях больных ПШ было обнаружено гиперфосфорилирование тау-протеина. Аллель аполипопротеина E-ε4 является предиктором психотических симптомов в позднем взрослом возрасте, при этом ассоциация между APOE-ε4 и шизофренией не обнаруживалась у молодых людей. 32-bp делеционный аллель хемокинового

рецептора типа 5 (CCR 5) специфически связан с поздно манифестирующей шизофренией. Таким образом, можно предположить феноменологическую гетерогенность ПШ и шизофрении с ранним дебютом, однако это требует дальнейшего изучения.

Задачи исследования. Выявление взаимосвязи уровня альфа-синуклеина в периферической крови и клинических проявлений шизофрении с поздним дебютом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 41 человек, из них: 20 пациентов (ср. возр. 62,4 года; медиана 66,5 лет), соответствующих диагнозу F20 МКБ-10 с дебютом заболевания от 45 лет и отсутствием синдрома деменции на момент включения в исследование и 21 участником контрольной группы (ср.возр. 63,3 года; медиана 64 года). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. У пациентов обеих групп исследовался уровень альфа-синуклеина в периферической крови на поверхности лимфоцитов CD45+. Пациентам основной группы проводилось клиничко-психопатологическое обследование, включавшее оценку психического статуса, шкалы PANSS, MoCA и GAF, а также анализ документации (амбулаторные карты, истории болезни). Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS-20. Проверка на нормальность распределения осуществлена по методу Шапиро-Уилка с коррекцией значимости Лильефорса. Применялся аналог дисперсионного анализа критерий Краскала-Уоллиса для данных с порядковыми шкалами с последующим применением критерия U Манна-Уитни для попарного сравнения и учётом поправок Бонферрони. Высчитывались корреляционные коэффициенты R Спирмена.

Результаты и обсуждение. 1. 50 % пациентов основной группы имели диагноз органического бредового шизофреноподобного расстройства (F06.2), 30 % – шизофрении (F20), 20 % – бредовых расстройств (F22, F 23). Преобладание «органической» природы расстройства при отсутствии значимой и связанной с дебютом заболевания (критерий не включения в исследование) говорит о сложностях концептуализации и нозологическом перекосе в сторону органических расстройств по возрастному критерию пациентов. 2. Статистически значимых различий в концентрации альфа-синуклеина между пациентами с шизофренией (ср. знач. 9,5) и группой контроля (ср. знач. 5,7) обнаружено не было. Среди мужчин не обнаружено значимых различий между основной группой и группой контроля по уровню альфа-синуклеина, однако среди женщин есть различия на уровне тенденции – уровень синуклеина ниже у пациенток с шизофренией (Me (min-max): 8,52 (1,28–27,055) vs. 5,17 (1,59–12,205), $p = 0,086$), что определяет наличие перспектив для дальнейшего изучения темы. 3. Не было обнаружено корреляций между уровнем альфа-синуклеина

и возрастом как в группе пациентов, так и в контрольной группе. Корреляции между уровнем альфа-синуклеина и возрастом не обнаружены при разделении по полу. 4. Уровень альфа-синуклеина положительно коррелирует с давностью заболевания ($r = 0,512$; $p = 0,021$). 5. Возраст пациента отрицательно коррелирует с баллом по MoCa ($r = -0,662$; $p = 0,001$), что соотносится с данными литературы, и с баллом по подшкале позитивной симптоматики PANSS ($r = -0,694$, $p = 0,001$). 6. Возраст начала заболевания отрицательно коррелирует с общим баллом по GAF ($r = -0,598$, $p = 0,005$), что подтверждает более выраженную социальную дезадаптацию у пожилых пациентов по сравнению с молодыми. Также была выявлена отрицательная корреляция между возрастом начала заболевания и баллом по подшкале позитивной симптоматики PANSS ($r = -0,648$, $p = 0,002$), что говорит о меньшей остроте психотических переживаний у более высокой возрастной группы. 7. Длительность заболевания положительно коррелирует с баллом по подшкале негативной симптоматики PANSS ($r = 0,535$, $p = 0,015$), что подтверждает нарастание дефицитарных проявлений при поздней шизофрении со временем аналогично шизофрении с ранним началом. 8. Балл по MoCa положительно коррелирует с баллом по подшкале позитивной симптоматики PANSS ($r = 0,579$, $p = 0,008$), вероятно по причине большей бредовой настороженности пациентов, однако вопрос требует дальнейшего изучения. 9. Балл по шкале GAF коррелировал с баллом по подшкале позитивной симптоматики у мужчин – отрицательно ($r = -0,809$, $p = 0,05$), у женщин – положительно ($r = 0,771$, $p = 0,09$).

Выводы. Поскольку нейробиологические аспекты поздней шизофрении остаются неизвестными, терапевтические подходы характеризуются очень слабой доказательностью, а общепринятые меры преодоления резистентности – противопоказаны, феномен требует дальнейшего изучения, концептуализации и разработки терапевтических тактик. Требуются дальнейшие исследования уровня альфа-синуклеина в периферической крови пациентов с поздней шизофренией. Планируется изучение экспрессии гена SNCA у пациентов с ПШ и выявление взаимосвязи с уровнями периферического синуклеина, а также других биологических маркеров поздней шизофрении.

Благодарности: Работа выполнена под руководством Незнанова Н.Г. и Залуцкой Н.М., лабораторная часть выполнена при поддержке лаборатории молекулярной генетики человека НИЦ «Курчатовский институт» – ПИЯФ.

Когнитивные функции пациентов в период глобальной пандемии

Пальчикова Е. И., Гомзякова Н. А., Тумова М. А.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность исследования обусловлена пандемией SARS-CoV-2 и ее глобальными психо-социальными последствиями. Помимо неврологических осложнений, развивающихся у лиц, инфицированных SARS-CoV-2, частой жалобой при коронавирусной инфекции являются когнитивные нарушения, которые отмечаются как и у лиц с бессимптомным течением заболевания, так и у лиц, перенесших данное заболевание полгода назад (Blazhenets et al., 2021; Del Brutto et al., 2021). Особенно такое снижение заметно и имеет более выраженное течение у лиц пожилого возраста (Amalakanti et al., 2021). В данном исследовании анализировался когнитивный профиль пациентов с КВИ, а также наличие связь субъективного снижения памяти с результатами скрининга когнитивных функций. Цель: определить наиболее уязвимые домены когнитивных функций при КВИ, анализ причин субъективного снижения памяти при КВИ.

Материалы и методы. В исследовании, включавшем социо-демографические данные, информацию о соматическом состоянии (анамнез, лаб. показатели), исследование эмоциональной и когнитивной сферы, приняли участие 515 человек. Из них 500 человек заполнили опросник госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), 146 человек были обследованы при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (MoCA) в связи с наличием жалоб на когнитивное снижение. Математико-статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS-20 и R-studio. Проверка на нормальность распределения осуществлена по методу Шапиро-Уилка с коррекцией значимости Лилiefорса. Применялся аналог дисперсионного анализа критерий Краскала-Уоллиса для данных с порядковыми шкалами с последующим применением критерия U Манна-Уитни для попарного сравнения и учёт поправок Бонферрони. Высчитывались корреляционные коэффициенты R Спирмена.

Результаты и обсуждение.

1. Средний возраст респондентов составил 41,5±15 лет. В выборке 133 (28,8 %) здоровых респондента, у 270 (52,4 %) пациентов установлен диагноз инфицирования коронавирусной инфекцией по данным ПЦР-мазка (222 человека) и по обнаруженным признакам КТ диагностики органов

дыхания (48 человек), у 112 (21,7 %) не был подтверждён диагноз коронавирусной инфекции, но имелись признаки ОРВИ.

2. Выборка была разделена на тех, кто предъявлял жалобы на когнитивное снижение ($n = 146$) и тех, у кого их не было ($n = 347$). Распределение в группах отличалось по показателям тревоги и депрессии на уровнях значимости ($p = 0,000$), но не отличалось по результатам оценки MoCA у тех, кто высказывал жалобы на снижение памяти и внимания. Группа, предъявляющая жалобы на снижение когнитивных функций демонстрировала более высокие значения тревоги ($Me = 9$, $q25 = 5$, $q75 = 12$) и депрессии ($Me = 7$, $q25 = 4$, $q75 = 11$), чем группа без жалоб (Тревога: $Me = 4$, $q25 = 1$, $q75 = 8$; Депрессия: $Me = 3$, $q25 = 1$, $q75 = 7$). Медиана балла по MoCA у предъявлявших жалоб находилась в пределах нормы ($Me = 27$, $q25 = 25$, $q75 = 28$). Также при применении непараметрического критерия Спирмена не было обнаружено связи между баллом по тесту MoCA и значениями тревоги и депрессии по HADS.

3. По данным лабораторных тестов (С-реактивный белок, лимфоциты, тромбоциты) и физиологического обследования (измерение ЧДД, сатурация кислорода в крови) пациенты, инфицированные коронавирусной инфекцией были отобраны и разделены по степени тяжести течения заболевания на 3 группы, на основании низкой сатурации, факта госпитализации или поражения легких на КТ свыше 20 %. Таким образом, у 6 человек установлено тяжелое течение заболевания, средняя тяжесть – у 39 пациентов и лёгкая – у 27. Средний возраст составил $48 \pm 17,48$ лет, распределение по возрасту в группах соответствует нормальному.

4. Между тремя группами были обнаружены статистические значимые отличия по оценке отдельных заданий когнитивной шкалы MoCA, так группа пациентов с легко протекающим заболеванием ($Me = 2$, $q25 = 2$, $q75 = 3$) отличалась ($p = 0,029$) по успешности выполнения задания теста рисования часов от группы со средней степенью тяжести ($Me = 3$, $q25 = 3$, $q75 = 3$). Пациенты с лёгким течением успешнее ($p = 0,035$) справлялись с заданием на фонетическую беглость речи ($Me = 1$, $q25 = 1$, $q75 = 1$), чем пациенты группы со средней тяжестью ($Me = 1$, $q25 = 0$, $q75 = 1$). Оценка по заданию на обобщение понятий также статистически значимо отличалась ($p = 0,035$) между группами с легкой ($Me = 2$, $q25 = 2$, $q75 = 2$) и средней тяжестью ($Me = 2$, $q25 = 1$, $q75 = 2$). Группа пациентов с тяжелым течением значимо ($p = 0,011$) хуже справлялась с заданием на внимание «серийный счёт» ($Me = 2$, $q25 = 0,75$, $q75 = 2$), чем пациенты с лёгким течением ($Me = 3$, $q25 = 2$, $q75 = 3$). Распределение по общему баллу MoCA между группами отличалось ($p = 0,040$), медианные значения в группе с лёгким течением ($Me = 27$, $q25 = 25,5$, $q75 = 28$) и соответствовали нормативным значениям теста, в группах средней ($Me = 25$, $q25 = 24$, $q75 = 27$) и тяжелой степени

тяжести ($Me = 23,5$, $q25 = 22$, $q75 = 26$), центральные тенденции указывали на наличие когнитивных нарушений, при попарном сравнении между группами статистически значимые отличия ($p = 0,042$) обнаружены между группой с тяжелым и лёгким течением.

Выводы.

1. Мы можем предположить, что субъективные жалобы на умственные способности у пациентов больше обусловлены эмоциональным состоянием, нежели их объективным снижением.

2. Тяжесть протекания заболевания оказывает влияние на функционирование когнитивной сферы, в первую очередь внимания, регуляторных функций и речевой беглости.

3. Наличие легкой и средней степени тяжести КВИ коррелирует с клинически определяемой депрессией. Отсутствие данной взаимосвязи при тяжелом течении, вероятно, обусловлены значимой соматической декомпенсацией пациентов.

Благодарности: авторы выражают благодарность Учебному центру и его руководителю, Зубовой Е. Ю., а также Совету молодых ученых НМИЦ ПН им. Бехтерева.

Наркологический диагноз на примере зависимости от алкоголя в международных классификациях

Парамонов А. А.

*Северный (Арктический) федеральный университет
им. М. В. Ломоносова*

Первые упоминания о попытках классификациях болезней относятся к XVIII веку. Так, Франсуа Босье де Лакруа (Francois Bossier de Lacroix; 1706–1767) предпринял попытку расположить болезни систематически, работа вышла под названием «Методика нозологии» (Nosologia Methodica). В 1853 году на первом Международном статистическом конгрессе, состоявшемся в Брюсселе, была поставлена задача подготовить единый системный подход к причинам смерти, применимым на международном уровне. И уже в 1890-х годах классификация причин смерти была представлена. Она получила общее признание и была принята для использования несколькими странами. Это время можно назвать «рождением» единой классификации. В 1938 году выходит «Международная классификация болезней, травм и причин смерти», а в 1989 году её новая версия вышла

под названием «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра». Первые попытки классификаций болезней в США относятся к началу XX века, но они создавались и использовались только в рамках научно-исследовательских учреждений, но они использовались только людьми, которые были обучены при том или ином центре, что в итоге привело к невозможности общаться между различными учреждениями.

Первая психиатрическая классификация была разработана в 1917 году комитетом по статистике Американской психиатрической ассоциации. В последующем она многократно добавлялась. В 1952 году из Статистического руководства выделяется раздел «Болезни психобиологического профиля», который в последующем был переименован в «Диагностическое и статическое руководство по психическим болезням», и именно этот момент принято считать рождением классификации DSM-I. В последующие годы DSM являлась клинически полезным инструментом. Их диагностические критерии облегчали диагностику, принятие клинических решений, исследований по лечению психических заболеваний, эпидемиологию. В современных версиях МКБ и DSM много общих разделов, один из них – расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ. МКБ-10 называет данный раздел «Психические расстройства и расстройства поведения...», а DSM-V «Расстройства, связанные с психоактивными веществами и зависимостью от них». Обе классификации включают в себя схожие группы веществ и состояния.

В DSM-V нет диагноза «зависимость от алкоголя», но есть диагноз «Alcohol Use Disorder». Если мы посмотрим на описание и иные критерии, то мы сможем увидеть картину зависимости. Так же мы встречаем термин «проблемное употребление алкоголя». DSM-V приводит список критериев, оценивая которые мы можем заподозрить данное состояние. Делается отсылка на МКБ-10, где рекомендуется использовать данные критерии для дифференциальной диагностики между пагубным употреблением и зависимостью.

В МКБ-10, которая представлена ВОЗ, даётся краткое описание диагноза зависимости от алкоголя: группа поведенческих, когнитивных и физиологических феноменов, которые развиваются после повторного употребления психоактивных веществ и которые обычно включают сильное желание принять ПАВ, трудности в контроле его употребления, упорство в его употреблении, несмотря на вредные последствия, более высокий приоритет, отдаваемый употреблению ПАВ, чем другим видам деятельности и обязательствам, повышенную толерантность, а иногда и физическое состояние отмены в МКБ-10, адаптированной для Российской Федерации выделена стадийность, а также вариант течения заболевания

(воздержание, воздержание, но в условиях, исключающих потребление, на поддерживающем режиме клинического наблюдения или заместительной терапии, воздержание, но на фоне лечения аверсивными средствами или препаратами, блокирующими действие наркотических и других веществ, Употребление вещества в настоящее время, систематическое, периодическое употребление.

18 июня 2018 г., ВОЗ опубликовала версию МКБ-11. Эта публикация предваряла презентацию МКБ-11 на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2019 г. В соответствии с представленной версией, Алкогольная зависимость – это нарушение регуляции употребления алкоголя, возникающее в результате повторного или непрерывного его употребления. Характерной чертой является сильное внутреннее стремление к употреблению алкоголя, которое проявляется нарушением способности контролировать потребление, повышением приоритета употребления...и стойкостью, несмотря на вред или негативные последствия. Могут также присутствовать физиологические особенности зависимости...Признаки зависимости обычно проявляются в течение не менее 12 месяцев, но диагноз может быть поставлен, если употребление алкоголя является непрерывным в течение не менее 1 месяца.

МКБ-11 предлагает нам следующие варианты течения заболевания: текущее употребление, непрерывное, текущее употребление, эпизодическое, ранняя полная ремиссия, стойкая частичная ремиссия, стойкая полная ремиссия.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) принята Всемирной организацией здравоохранения в 2001 г. Она представляет собой многоцелевую классификацию, согласно которой здоровье человека и связанные с ним состояния определяются категориями (доменами), описывающими структуры и функции организма, деятельность человека и контекстуальные факторы. В МКФ нет диагнозов как таковых. Сама классификация состоит из доменов, которые в свою очередь группируются в 4 больших группы: функции и структуры организма, активность и участие, факторы окружающей среды, измеряются с помощью единой шкалы. В зависимости от составляющей наличие проблемы может означать нарушение, ограничение возможности или препятствие. К соответствующему домену классификации должны подбираться подходящие количественные обозначения и определяющие слова. Определение этих количественных значений универсально. Их использование позволяет выставить общий реабилитационный диагноз, а также в динамике показать и количественно оценить те изменения, которые происходят у пациента в процессе реабилитации.

В клинической практике использование современных классификаций позволяет при постановке диагноза не только использовать схемы

и стандарты лечения, но и выполнять важную роль – преемственность среди медицинских работников разных медицинских учреждений не только одного региона, но и страны, а иногда и всего мира. Систематизируя заболевания, мы облегчаем процессы общения друг с другом, обмениваясь опытом и новостями по новым методам лечения и диагностики. Сравнив 4 крупных известных классификаций на примере зависимости от алкоголя, мы можем сделать вывод, что в настоящее время мы идём на пути к единому языку. Несомненно, у каждой классификации своё назначение, они разработаны разными людьми и могут толковаться каждым специалистом по-разному, но мы сможем говорить об одной патологии и понимать друг друга.

Психические нарушения на приеме у гериатра: клинические характеристики и влияние на социальное функционированием

Петрухина А. А.

ФГБУ НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева

Актуальность. Россия находится в общемировом демографическом тренде глобального старения населения Земли и вызванного им уже в ряде стран, как развитых так и развивающихся, демографического кризиса. На январь 2021 года численность населения России составляет 146 238 185 человек, т.е. Россия занимает девятое место в мире по численности населения. По состоянию на 2020 год доля людей в возрасте 65 лет и старше в населении России составила 15,5 %. Специфичным для пожилых больных является наличие психоорганического синдрома. В патогенезе психоорганического синдрома ведущая роль принадлежит хронической цереброваскулярной недостаточности, гипоксемии, электролитному дисбалансу, нарушению гемодинамики с дисциркуляторными расстройствами в системе сосудов головного мозга. Маскированные депрессии, например, встречаются у 60 % пожилых больных с тяжелыми и 20 % с легкими соматическими расстройствами.

Цель: проанализировать связь психических нарушений с социальным функционированием лиц пожилого и старческого возраста

Задачи: 1. Определить структуру психических расстройств у лиц, первично обратившихся на приём гериатра.

2. Определить влияние факторов психологического и биологического порядка.

3. Выявление роли микросоциального окружения на социальное функционирование больных.

Клинический материал и методы исследования. Проведено анкетирование и анализ медицинской документации пациентов обратившихся за медицинской помощью на прием к врачу гериатру Городского Гериатрического Медико-Социального Центра. Всего в исследовании приняли участие 37 человек, получено добровольное информированное согласие. Исследуемые были разделены на группы согласно градации шкалы GAF.

Программа исследования включала применение психометрических шкал, рассчитанных на использование в геронтопсихиатрии (MMSE, тест рисования часов, гериатрическая шкала депрессий, CDR, NPI).

Полученные результаты: В подавляющем большинстве случаев (93,7 %) на прием гериатра обращались пациенты лишь с умеренно выраженными (непсихотическими) психическими расстройствами. Наличие когнитивных нарушений (КН) устанавливалось на основании результатов опросника «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), рисования часов. Все обследуемые задание понимали и выполняли, с увеличением возраста отмечалось снижение способности нарисовать циферблат и расположение цифр на нём, рисование стрелок часов с указанием времени страдало во всех группах, наиболее выраженные изменения в группе старшего возраста 80–84 года. КН имеются во всех группах, степень деменции нарастает с возрастом; в основном деменция с поражением лобных и подкорковых структур. Выраженные когнитивные нарушения, достигавшие степени деменции и осложненные явлениями психической спутанности отмечались у 2 пациентов (5,4 % от общего числа наблюдений). В клинической картине у этих больных выявлены признаки двигательного беспокойства и фрагментарные зрительные галлюцинации, особенно в ночное время. В связи с этим для дальнейшего осмотра и наблюдения данные пациенты были направлены к психиатру. Альцгеймеровского типа деменции выявлено не было. Причина данных изменений связана с органической природой поражения сосудов (атеросклеротические и дисметаболические), которая имела место у всех пациентов. Депрессия разной степени выраженности была диагностирована у всех пациентов. Чаще и более глубокой степени выраженности депрессии были подвержены неработающие пожилые люди с низким уровнем дохода, депрессия у женщин была выражена в более глубокой степени тяжести. Проявления депрессии сопровождались состоянием тревоги, напряжённости, подавленности. Глубина депрессии связана с развившейся пандемией: вынужденной изоляцией, отсутствием возможности общаться с близкими и друзьями, страхом болезни и смерти.

Выводы. 1. Основное место среди психических нарушений у пожилых, впервые обратившихся к гериатру, занимают непсихотические расстройства тревожно-депрессивного спектра.

2. Среди причин этих явлений представлены факторы биологического (формирование органических изменений головного мозга вследствие возрастных и соматогенных влияний) и психосоциального порядка.

3. Удовлетворительный уровень социального функционирования подобных больных, находится в существенной зависимости от наличия позитивно настроенного микросоциального окружения.

Взаимосвязь интернет-зависимого поведения и личностных характеристик у молодых лиц

Пешковская А. Г., Галкин С. А.

г Томск

*Томский национальный исследовательский
медицинский центр*

Введение. Интернет-зависимость характеризуется, как неспособность остановить чрезмерное использование Интернета, склонность воспринимать автономное время как бессмысленное, чрезмерное раздражение и агрессию во время депривации; психическое состояние, включающее неадаптивные идеи и патологическое поведение. Многие исследователи показали, что чрезмерное использование Интернета может привести к интернет-зависимости (Durkee et al. 2012; Pontes and Griffiths, 2017; Lortie and Guitton, 2013), которая включает в себя гетерогенный спектр связанных с Интернетом видов деятельности, такие как игры, онлайн-покупки, азартные игры или социальные сети. Феномен интернет-зависимости был признан с середины 1990-х годов как новый тип аддикции. Интернет-зависимость является проблемой психического здоровья, которая проявляет признаки и симптомы, подобные тем, которые имеют место среди других установленных форм аддикций. Young (1996) и Griffiths (1996) были одними из первых исследователей, которые изучали интернет-аддикцию с научной точки зрения путем публикации тематических клинических наблюдений о лицах, страдающих этим состоянием, и обосновали адаптированные критерии диагностики интернет-зависимости (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

В 21 веке, также известном как век информации, компьютеры и Интернет проникли во все сферы жизни человека. Популярность Интернета

в России растет с каждым годом, как и во всем мире. Также показано, что использование компьютеров и Интернета является наиболее распространенным среди лиц в возрасте от 14 до 28 лет. Это утверждение подтверждается исследованиями (JafarKarimi et al., 2016), в которых показано, что более 47 % студентов высших учебных заведений были классифицированы как зависимые от социальных сетей, в частности Facebook. Несмотря на то, что использование развивающихся технологий облегчает нашу повседневную жизнь, люди, особенно дети и молодежь, страдают от чрезмерного использования технологий, компьютеров и Интернета. Поскольку дети и подростки все еще остаются психологически незрелыми, они составляют потенциальную группу риска интернет-зависимости. Интернет-зависимость является таким же опасным заболеванием, как и другие виды зависимости (алкоголизм, наркомания и т.д.). Это особенно распространено среди молодежи и может сопровождать или открывать путь другим психическим расстройствам. Хотя исследования выявили ряд факторов, связанных с интернет-зависимостью, личностные качества выделяются как один из наиболее важных факторов. Исследования показали, что использование Интернета положительно коррелирует с экстраверсией, тогда как существует отрицательная корреляция между использованием интернета и невротизмом и открытостью опыту. В этих исследованиях утверждается, что экстраверты чаще чувствуют потребность в общении с другими, чем интроверты, и поэтому они чаще используют Интернет в интерактивных целях. С другой стороны, интроверты, похоже, используют Интернет в основном потому, что он снижает тревогу по поводу того, что их отвергают или высмеивают, и позволяет пользователям скрывать свою личность. Хотя личностные черты связаны с использованием Интернета, различные исследования сообщают о противоречивых выводах относительно влияния одних и тех же личностных черт на использование Интернета. Кроме того, обзор литературы указывает на ограниченное количество исследований по этому предмету.

Учитывая **актуальность** технологических зависимостей (например, интернет-наркомания) как потенциальной проблемы общественного здравоохранения и существующие противоречивые выводы относительно роли личных особенностей в технологических зависимостях, данное исследование предоставит эмпирическое и концептуальное понимание, как чрезмерное использование Интернета может быть связано с различными ключевыми индивидуальными различиями ассоциируемых с личностью.

Материалы и методы. Участие в исследовании было добровольным. Все обследуемые лица дали письменное информированное согласие на участие в исследовании и обработку персональных данных. В исследование было включено 674 человека в возрасте от 18 до 25 лет, 450 мужчин,

224 женщины. Все опрошенные лица являлись студентами / магистрантами Томского государственного университета. Опрос состоял из трех областей, в которых оценивались социально-демографические характеристики участников исследования, уровень интернет-зависимости и личностные качества. Анкета социально-демографической информации включала возраст, пол и уровень образования. Использовался тест на интернет-зависимость (Internet Addiction Test, IAT), разработанная и апробированная в 1995 году доктором Кимберли Янг (Kimberley S. Young). Данный тест представляет собой инструмент самодиагностики патологического пристрастия к интернету (вне зависимости от формы этого пристрастия). Для оценки личностных качеств использовалась пятифакторная модель личности, также известная как «Большая пятерка» (Big Five) – психологическая модель, описывающая структуру личности человека посредством пяти общих, относительно независимых черт (диспозиций): нейротизм (neuroticism, N), экстраверсия (extraversion, E), открытость опыту (openness to experience, O), доброжелательность (agreeableness, A), сознательность/добросовестность (conscientiousness, C). Также использовался тест DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21) для скрининг-диагностики депрессии, уровня тревоги и стресса.

Статистический анализ данных был выполнен с помощью программы SPSS Statistics 17.0. Данные представлены в виде $M \pm SD$, где M – среднее значение из выборки, SD – стандартное отклонение. Данные были проанализированы с использованием t -критерия Стьюдента для независимой выборки. T -критерий Стьюдента был использован для сравнения баллов по шкалам Big Five и DASS-21 между лицами с чрезмерным использованием Интернета и обычными пользователями Интернета по шкале IAT.

Результаты. Согласно полученным данным опросника IAT у 138 (21 %) опрошенных наблюдаются проблемы, связанные с чрезмерным увлечением Интернетом (50 и более баллов по шкале IAT). Таким образом, были выделены две группы участников исследования: 1 – обычные пользователи Интернета; 2 – чрезмерное использование Интернета / интернет-зависимость. Далее исследуемые группы лиц были сопоставлены по личностным характеристикам. Анализ данных выявил статистически значимые различия между исследуемыми группами по опроснику Big Five ($p < 0,001$) и DASS-21 ($p < 0,001$). С помощью опросника Big Five было обнаружено, что у молодых лиц с чрезмерным использованием Интернета / интернет-зависимостью наблюдаются более низкие показатели экстраверсии, доброжелательности, сознательности и открытости опыту, а также более высокие показатели нейротизма по сравнению с обычными пользователями Интернета. Кроме того, у лиц с чрезмерным использованием Интернета / интернет-зависимостью более высокие показатели

депрессии, тревоги и стресса согласно опроснику DASS-21. Существование достоверных различий между склонными в разной степени к интернет-зависимому поведению молодых лиц и группой «нормы», по результатам опросников, в целом, свидетельствует о том, что первые обладают личностными и психическими отклонениями

Закключение. Результаты проведенного исследования показали, что личностные характеристики у молодых лиц связаны с интернет-зависимым поведением. В связи с этим важно, чтобы личностные особенности учитывались при разработке программ и проведении интервенционных исследований для профилактики и лечения интернет-зависимости.

Острый стресс и эмоциональное выгорание у студентов БГМУ в ответ на вызовы 2020 года

Пикиреня В. И., Лапчук Ю. А.

г. Минск, Республика Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. Студенты Белорусского государственного медицинского университета (БГМУ) в 2020 подверглись значительному стрессу от эпидемии COVID-19 и гражданских протестов, проходивших после президентских выборов. Данные факторы, в совокупности с общей высокой нагрузкой на студентов медицинского университета могли спровоцировать значительное повышение уровня стресса и проявлений психологического неблагополучия. Цель: определение выраженности острого стресса, синдрома эмоционального выгорания и применяемых стратегий совладания со стрессом среди студентов БГМУ. Материалы и методы. В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование 405 студентов и врачей-интернов БГМУ. Для оценки выраженности симптомов острого стресса была применена «Шкала острого стрессового расстройства» (ОСР), уровня и показателей эмоционального выгорания – «Опросник выгорания, Маслач», применяемых копинг-стратегий – опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях». Распределение количественных показателей соответствовало критериям нормального, поэтому применялись параметрические методы. Для поиска связей в качественных переменных применялся критерий Хи-квадрат. Отличия в группах сравнения считались достоверными при уровне $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний уровень по шкале ОСР составил $59,86 \pm 21,79$, что соответствует высокому уровню. Превышение среднего

уровня стресса было выявлено у 57 % опрошенных. Показатели по шкалам синдрома эмоционального выгорания также были на высоком уровне: эмоциональное истощение – $32,45 \pm 9,68$ баллов, деперсонализация – $14,44 \pm 5,32$, редукция личных достижений – $26,37 \pm 7,67$. Активное участие в послевыборной активности достоверно повышало вероятность появления высокого уровня эмоционального истощения ($\chi^2 = 14,19$; ст.св. = 1, $p = 0,0002$; OR = 2,37, [CI = 1,50–3,74]), деперсонализации ($\chi^2 = 6,84$; ст.св. = 1, $p \leq 0,05$; OR = 1,85, [CI = 1,16–2,93]), а также высокого уровня «острого стресса» ($\chi^2 = 20,33$; ст.св. = 1, $p \leq 0,001$; OR = 2,65, [CI = 1,73–4,05]). Не было найдено отличий по применяемым копинг-стратегиям в группах сравнения по признаку участия в протестах. Анализ связи выраженности острого стресса и частоты использования копинг-стратегий показал, что студенты с высоким уровнем острого стресса активнее применяют эмоционально-ориентированную копинг-стратегию (Md = 5,1, $p \leq 0,001$), достоверных отличий по другим копинг-стратегиям выявлено не было. А также студенты, у которых был высокий уровень эмоционального истощения, достоверно чаще использовали эмоционально-ориентированную копинг-стратегию (Md = 7,64, $p \leq 0,001$) и реже – копинг «решение проблем» (Md = -2,39, $p = 0,018$). Высокий уровень деперсонализации был связан с более частым использованием эмоционально-ориентированного копинга (Md = 4,93, $p \leq 0,001$) и более редкого использования социального отвлечения (Md = -1,56, $p = \leq 0,002$). Высокий уровень редукции персональных достижений был связан с более частым использованием эмоционально-ориентированного копинга (Md = 5,24, $p \leq 0,001$) и более редким использованием копинга «решение задач» (Md = -8,68, $p \leq 0,001$), избегания (Md = -4,88, $p \leq 0,001$), отвлечения (Md = -2,09, $p \leq 0,001$) и социального отвлечения (Md = -1,23, $p = 0,026$).

Выводы: 1. У большинства респондентов был выявлен высокий уровень острого стресса и выраженные проявления эмоционального выгорания.

2. Участие самих студентов или их близких в поствыборных активностях значительно повышало риски развития у них высокого уровня острого стресса и эмоционального выгорания.

3. Конструктивные копинг-стратегии способствуют снижению уровня стресса и эмоционального выгорания.

Исследование полиморфизма гена COMT и болевой чувствительности у лиц, зависимых от психоактивных веществ

Полтавская Е. Г., Савочкина Д. Н.

г. Томск

Томский национальный исследовательский медицинский центр

Актуальность. Продолжающийся рост болезней зависимости определяет необходимость разработки новых методов диагностики и терапии. Ранняя диагностика предрасположенности к употреблению психоактивных лекарств (ПАВ) и формирование зависимости является насущной проблемой клинической и биологической аддиктологии. Индивидуальные различия болевого ответа (Filligim R.V. et al., 2005) используются в качестве инструмента исследования ноцицептивных механизмов и рассматриваются как основа для персонализированного подхода к боли. Множество факторов, модулирующих боль, предполагает сравнительную оценку их влияния на восприятие боли. Все больше данных свидетельствуют о том, что генетические факторы вносят значительный вклад в индивидуальные различия болевой чувствительности (Kim H.D. et al., 2005; R.B. Filligim et al., 2008). Среди генов, кодирующих молекулы, участвующих в регуляции метаболизма катехоламинов, в том числе дофамина, адреналина, норадреналина, ген COMT заслуживает внимания в контексте болевой чувствительности. Исследования показывают, что генетические изменения в этом ферменте приводят к увеличению болевого ответа и уменьшению активации опиоидных рецепторов мозга (Zubieta J.K. 2003; Diatchenko L et al., 2005; Kim H, 2006). Несмотря на полученные данные о связи генетических полиморфизмов COMT с чувствительностью к боли, их истинная роль в восприятии, интерпретации и выражении боли у людей в настоящее время неизвестна. Rakvag T.T, и соавт. (2005), например, на основе проведенного ими исследования предположили, что больным раком с мутированной COMT необходимы более высокие дозы морфина, так как они обладают низкой толерантностью к боли (Zubieta J.K. et al.. 2003). Diatchenko и его коллеги в своих исследованиях показали, что COMT, в частности полиморфные варианты гена rs6269 и rs4633, тесно связан с чувствительностью к боли. У здоровых женщин в группе с высокой чувствительностью к боли фермент COMT обладал активностью в 11 раз меньше, чем в группе с низкой болевой чувствительностью. Diatchenko и его коллеги также приводят данные о том, что ингибирование COMT у крыс также приводит к резкому увеличению болевой чувствительности. Низкая активность COMT

может увеличить восприятие боли путем активации бета-адренорецепторов (Diatchenko L et al., 2005). Позже были получены и другие данные о связи полиморфных вариантов rs6269 (Gilberto V.A. et al., 2007) и rs4633 (Alexandra D et al., 2011) гена COMT с болевой чувствительностью. В настоящее время нельзя утверждать, что найдены оптимальные по информативности физиологические и эмоциональные компоненты боли, не описана связь с молекулярно-генетическим компонентом.

Цель исследования – получение данных о вкладе полиморфных rs6269 и rs4633 гена COMT в формирование зависимости от психоактивных веществ и связи с параметрами болевой чувствительности. Материалы и методы. В ходе исследования было проведено комплексное обследование 218 человека: 92 человек с зависимостью от ПАВ, 29 человек из группы риска и 97 условно здоровых лиц. Основными методами обследования были психофизиологический, молекулярно-генетический. Проводился забор проб биологического материала для молекулярно-генетического обследования. У обследованных лиц определены параметры болевой чувствительности (нижний и верхний пороги) и эмоциональное восприятие боли для определения вклад этих параметров в формирование первичного патологического влечения к психоактивным веществам. Пороги болевой чувствительности и переносимость боли определялись с помощью запатентованного метода тензоалгометрии. Генотипирование полиморфных вариантов rs6269 и rs4633 гена COMT проводили методом ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка результатов произведена с помощью программы SPSS, версия 20.0.

Результаты и обсуждение. В исследование входили полиморфные варианты rs6269, rs4633 гена COMT. Мы не обнаружили ассоциаций данных полиморфизмов с развитием зависимости от ПАВ при сравнении частот распределения генотипов и аллелей в группах сравнения. Однако на уровне статистической тенденции было выявлено, что полиморфный вариант rs4633 может быть связан с показателями верхнего болевого порога у здоровых мужчин ($\chi^2 = 5,170$, $p = 0,075$) и нижнего болевого порога у здоровых женщин ($\chi^2 = 5,226$, $p = 0,073$). Любопытно, что у носителей гомозиготного генотипа по мутантному аллелю Т rs4633 в группе здоровых мужчин верхний болевой порог ниже, чем у носителей альтернативных генотипов, то есть они характеризуются повышенной болевой чувствительностью. Так, значение верхнего болевого порога у носителей генотипа ТТ составило 11,5 (10,5–13,5) усл. ед., в то время как для генотипов СС и СТ эти значения составили 15,5 (15,0–17,0) и 15,0 (13,0–16,0) усл. ед. соответственно (указаны значения (Median (LQ–UQ))). Одновременно с этим в группе здоровых женщин носители данного генотипа характеризуются, наоборот, сниженной чувствительностью, имея показатель нижнего болевого порога выше,

чем у носителей альтернативных генотипов. В свете полученных данных об ассоциации более высокого значения показателя нижнего порога с зависимостью от ПАВ в группе женщин, продолжение изучения rs4633 остается актуальным. Очевидно, что для определения более четких взаимосвязей ноцицептивных характеристик с данным полиморфизмом гена COMT, необходимо дополнительное исследование. Тем не менее, полученные данные позволяют предположить, что rs4633 может вносить вклад в систему ноцицепции и потому интересен в рамках исследований аддикций.

Ранее в рамках исследования параметров болевой чувствительности у лиц с аддиктивными расстройствами, нами были получены данные о ассоциациях генетического полиморфизма rs10121864 гена PRDM12 (Полтавская Е.Г., Савочкина Д.Н., 2020) и полиморфного варианта rs6746030 гена SCN9A (Савочкина Д.Н., Полтавская Е.Г., 2018) с болевой чувствительностью у пациентов с зависимостью от ПАВ. Полученные в настоящем исследовании данные расширяют представления о роли молекулярно-генетических механизмов нейробиологической предрасположенности к развитию аддиктивных расстройств. Данная работа была направлена на комплексное исследование особенностей развития зависимости от психоактивных веществ для выявления предикторов на генетическом, психофизиологическом уровнях обследования. Полученные нами данные позволяют предположить, что исследуемые гены вносят свой вклад в формирование аддикции, при этом их связывает физиологическое проявление в виде измененного значения переносимости боли при определении полевых порогов.

Выводы. Полиморфизм rs4633 гена COMT показал связь с болевыми порогом на уровне статистической тенденции, что говорит о необходимости дополнительного исследования в данном направлении, однако свидетельствует о том, что COMT также участвует в регуляции ноцицептивной системы.

Терапия резистентных депрессий при шизофрении методом высокочастотной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции

Помыткин А. Н.

г. Москва,

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Несмотря на значительный объем работ, посвященных изучению депрессий при шизофрении, до сих пор сохраняется повышенный интерес исследователей к основным положениям этой проблемы.

В частности остаются дискуссионными и требующими дальнейшей разработки подходы к оказанию помощи таким пациентам. Депрессивные расстройства встречаются на всех этапах эндогенного процесса [Мазо Г.Э., и соавт., 2012, Krynicky S.R., et al., 2018], в среднем их распространенность, составляя 40 %, варьирует в широких диапазонах: от 20 %, в период стабильного течения эндогенного процесса и до 60 % в периоды обострений [Uphthegrove R., et al., 2017]. Не менее значимым является и тот факт, что депрессия, являясь важным звеном шизофрении, во многом определяет качество жизни: увеличивает субъективную тяжесть переживаний, снижает социально-профессиональное функционирование, а также непосредственно связана с суицидальным риском [Morrissette D.A., et al., 2011]. Оценивая возможности психофармакотерапии, стоит подчеркнуть ряд существенных недостатков этого направления, таких как: недостаточная эффективность, формирование резистентности, риск развития опасных побочных эффектов. Стоит упомянуть о фармакогенной гипотезе, согласно которой, депрессия при шизофрении связана с побочными эффектами антипсихотической терапии [Bressan R.A., et al., 2002]. Учитывая сказанное выше, оправданным выглядит применение нелекарственных методов с благоприятным профилем побочных эффектов, одним из которых является ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция (рТМС). Стоит отметить значительный успех рТМС в терапии пациентов с депрессивной симптоматикой структуре аффективных заболеваний. С 2008 году Управление по контролю за продуктами и лекарствами США (FDA) рекомендовало применение рТМС при большом депрессивном расстройстве (MDD). С того времени интенсивная исследовательская деятельность, подкрепленная положительными результатами [Berlim M.T. et al. 2014, Perera T., et al., 2016 Mutz J., et al., 2018] способствовала внедрению метода в общемедицинскую практику с охватом широкого контингента больных, а также вывела область применения рТМС в психиатрии за рамки аффективной патологии. Тем не менее, исследования терапевтических возможностей рТМС при шизофрении остаются ограниченными, что и обусловило необходимость настоящего исследования

Цель и задачи. Оценка эффективности рТМС в комплексной терапии резистентной депрессии при шизофрении.

Материалы и методы. Критериями включения: диагноз, соответствующий шизофрении на этапе постпсихотической депрессии (F20.414, F20.424) по МКБ–10; наличие в статусе затяжной (более 6 месяцев) резистентной депрессивной симптоматики; возраст на момент манифестации заболевания от 16 до 25 лет. Критерии исключения: наличие выраженной продуктивной симптоматики (оценка любого из пунктов позитивной субшкалы PANSS не должна была превышать 4 балла); соматические, психические и неврологические заболевания, затрудняющие проведение исследования.

Методы: клинико-психопатологический, психометрический (шкала для оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала депрессии Калгари (CDSS)), статистический. В соответствии с критериями в исследовании было включено 30 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет. На момент исследования все пациенты находились на этапе формирования ремиссии после перенесенного психотического эпизода, при этом в психическом статусе на протяжении длительного времени (8+2,5 месяца) доминировали симптомы депрессии. Психометрическая оценка по шкале позитивных и негативных симптомов шизофрении (PANSS) осуществлялась при формировании выборки (1 точка). Общая сумма баллов составляла 62,3+4,7, оценка по субшкале позитивной симптоматики варьировала в пределах 9,4+1,8 балла, по субшкале негативной симптоматики – 15,3+5,7 балла, по субшкале общей психопатологии – 37,2+6,8 баллов. Оценка выраженности депрессивной симптоматики проводилась в динамике (2 точки) по шкале Калгари (CDSS), общая сумма баллов составляла 22+2,4 балла. Факт терапевтической резистентности устанавливался при отсутствии положительного ответа после проведения двух последовательных курсов психофармакотерапии длительностью не менее 6 недель. Пациенты были разделены случайным образом на 2 равные группы. У пациентов первой группы к проводимой лекарственной терапии было добавлено курсовое лечение (20 сеансов, 4 недели) рТМС с частотой 20 Гц и интенсивностью 100 % от ПМО на область проекции левой дорсолатеральной префронтальной коры. Вторая группа являлась группой сравнения, то есть пациенты продолжали получать лекарственную терапию без изменения препаратов и коррекции дозировок.

Результаты и обсуждение. В первой группе отмечалось клинически значимое улучшение психического состояния, соответствовавшее снижению общего балла по шкале Калгари на 7+0,1 (среднее значение 15+2,5). Большие изменения были зафиксированы в таких пунктах как депрессия, безнадежность и суицид. У пациентов 2 группы, также было зафиксировано улучшение психического состояния, тем не менее, оно не было сопоставимым с 1 группой. Понижение общего балла по психометрической оценке составляло 3,0+1,2 балла (среднее значение 19+1,2). Подобную динамику можно объяснить не столько эффективностью лечения, сколько фактом нахождения пациентов в стационаре и соответственно контролем за приемом лекарств. При сопоставлении результатов 2 групп, после проведенного 4-недельного курсового лечения высокочастотной рТМС, были обнаружены статистически значимые различия ($p < 0,05$), в пользу эффективности рТМС. Однако, при интерпретации наших результатов стоит отметить некоторые ограничения исследования, такие как небольшой объем выборок, отсутствие группы с плацебо контролем. Не проводилось также катamnестическое наблюдение за пациентами, получавшими рТМС.

Выводы. Высокочастотная рТМС может эффективно применяться совместно с психофармакотерапией для лечения резистентной депрессивной симптоматики при шизофрении. Наши результаты были получены у пациентов с постпсихотической депрессией. Оценка антидепрессивных возможностей рТМС на других этапах шизофрении требует проведения специальных исследований.

Персонализированный подход к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма гена нейротрофического фактора головного мозга (BDNF)

*Поплевченков К. Н., Агibalова Т. В.,
Застрожин М. С., Бузык О. Ж.*

г. Москва

Московский научно-практический центр наркологии

Актуальность. Ведущей парадигмой в современной психиатрии и наркологии, признается биопсихосоциальная модель, определяющая формирование психиатрической и наркологической патологии (Незнанов Н.Г. и др. 2020). По этому персонализированный подход к диагностике и терапии необходимо рассматривать в рамках биопсихосоциальной модели. В качестве биологического фактора в рамках биопсихосоциальной модели наркологического заболевания, во многом определяющего формирование наркологической патологии, а также выбор и эффективность подхода в лечении больных с зависимостью, может выступать нейротрофический фактор головного мозга (Brain Derived Neurotrophic Factor, BDNF). По данным ряда исследований, нейротрофический фактор головного мозга стимулирует рост и дифференцировку новых серотонинергических, дофаминергических и холинергических нейронов, рост аксонов и дендритов, образование новых синаптических связей, участвует в процессах долговременной памяти и способности к обучению и других процессах нейропластичности головного мозга (Гудашева Т.А. и др. 2017). Сниженный уровень BDNF уменьшает пластичность нейронов, ухудшает состояние памяти и обучаемости, ведет к нарушениям когнитивных функций (Chaldakov G.N. et al. 2007). По данным ряда авторов BDNF связан с развитием психических заболеваний, в том числе наркологической патологии (Головко А.И. 2008). Полиморфизм гена BDNFrs6265 влияет на активность нейротрофического фактора, который в свою очередь через процессы нейропластичности,

может влиять на способность и скорость восприятия и усвоения новой информации пациентами, в том числе при психотерапевтическом воздействии, что в свою очередь может влиять на эффективность работы по программе медицинской реабилитации. Цель исследования: разработка персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма гена нейротрофического фактора головного мозга (BDNF).

Гипотеза исследования: на эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостью от психостимуляторов может влиять активность нейротрофического фактора головного мозга (BDNF), определяемая полиморфизмом гена rs6265.

Материалы и методы. Объект исследования: 305 пациентов с установленным диагнозом зависимости от психостимуляторов, определенным по критериям МКБ-10, соответствующих критериям включения в исследование и подписавших информированное согласие.

Методы: клинико-психопатологический, анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катamnестического наблюдения, результаты генотипирования, статистический.

В исследование включались пациенты, проходящие стационарное лечение в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с установленным диагнозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F14.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов» (F15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские. Все пациенты были проинформированы о научном исследовании и им было предложено подписать форму информированного согласия. Критерии не включения в исследование: 1) психическое расстройство и/или эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия); 2) обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза; 3) ВИЧ – инфекция. Для проведения генотипирования использовалась венозная кровь пациентов, собранная в первые 7 суток нахождения в стационаре.

Результаты. В результате обследования больных с зависимостью от психостимуляторов оказалось, что значительная часть пациентов употребляет вместе с психостимуляторами другие психоактивные вещества (ПАВ). На основе собранного первичного материала все больные с зависимостью от психостимуляторов были разделены на группы в зависимости

от вариантов употребления ПАВ. Больше всего оказалось больных с зависимостью от психостимуляторов, не употребляющие другие ПАВ (1-я группа, 74 человека – 24,2 %). Количество больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов составило 67 человек – 22 %, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4 %) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-й группе – 48 пациентов (15,7 %) употребляющие психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7 %) которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов употребляли несколько ПАВ и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ сразу. В 6 группу было включено 27 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную психиатрическую патологию. Коморбидная патология в группах больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением других ПАВ, была представлена расстройством личности (от 74,6 до 93 % обследованных больных), а также психическими расстройствами аффективного спектра из других рубрик МКБ-10. У пациентов 6 группы психические расстройства, были выявлены до формирования зависимости от психостимуляторов. Чаще других встречались: шизоаффективное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, депрессивный эпизод.

Было установлено, что во всех группах больше всего пациентов с гомозиготным (GG) генотипом гена кодирующего BDNF. Пациенты с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF дали наиболее продолжительные ремиссии во всех группах. Достоверно больше всего больных с гомозиготным генотипом (GG) гена BDNF и длительностью ремиссии от 6 до 12 месяцев было среди пациентов 1 группы (p -value = 0,036).

Обсуждение. В современной психиатрии и наркологии в качестве факторов, способствующих развитию заболевания признаются биологические, психологические и социальные факторы (Strauss J. et al. 2019). Неоспорим вклад преморбидных личностных особенностей больных, наличия коморбидной психиатрической патологии (Зуйкова Н.Л. 2017; Белокрылов И.В. 2002). С другой стороны огромную роль играет среда в которой находится человек и которая может как способствовать формированию наркологической патологии, так и препятствовать ее развитию (Фадеева Е.В. 2015). Еще одним мощным фактором играющим большую роль в развитии наркологической патологии признается биологический фактор. Болезни зависимости имеют наследственную предрасположенность. Разработана система молекулярно-генетического профиля дофаминовой нейромедиаторной системы для выявления риска развития алкогольной зависимости или зависимости

от опиоидов. Метод основан на выявлении генетических маркеров (полиморфизма генов, контролирующих работу дофаминовой системы головного мозга) с целью установления высокого или низкого риска развития зависимости. Выявление данных маркеров и установление риска развития зависимости применяется в профилактической работе с целью предотвращения формирования наркологической патологии. Так же данные маркеры могут использоваться как инструмент в мотивационной работе с пациентами для прохождения программы реабилитации и прогноза ее эффективности (Кибитов А.О. 2016). Представляется перспективным использование полиморфизма гена rs6265 нейротрофического фактора головного мозга в качестве нового биологического маркера эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий в рамках персонализированного подхода к терапии пациентов с зависимостью от психостимуляторов.

Выводы. В результате полученных данных можно сделать вывод о том, что полиморфизм гена rs6265, кодирующего BDNF, влияет на длительность нахождения пациентов в программе реабилитации. Пациенты, употребляющие только психостимуляторы и не имеющие расстройство личности с гомозиготным генотипом (GG) гена rs6265, статистически дольше находятся в программе реабилитации, по сравнению с пациентами с генотипами GA и AA этого гена.

Особенности доманифестного этапа юношеского эндогенного приступообразного психоза с религиозным бредом

Попович У. О., Романенко Н. В.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Большинство современных исследований последних лет посвящены религиозному копингу [Fatima H. et al., 2020; Dolcos F. et al., 2021], в то время как психотическим состояниям с религиозным бредом посвящено значительно меньше работ. Особый интерес представляют доманифестные этапы при приступообразных эндогенных психозах с религиозной бредовой фабулой, при этом по данным одних авторов [Getz et al., 2001; Rudaleviciene et al., 2008], религиозность не является патопластическим фактором для формирования религиозного бреда, по мнению других [Peters et al., 1999; Siddle et al., 2001], религиозность в преморбиде коррелирует с большей частотой возникновения религиозных бредовых расстройств.

Цель настоящего исследования. Определение условий формирования религиозного бреда в юношеском возрасте, анализ преморбидных характеристик, поиск корреляций между религиозностью на доманифестном этапе и последующим манифестным психотическим приступом с религиозным бредом различного содержания.

Материалы и методы. В исследование был включен 51 пациент мужского пола юношеского возраста (16-25 лет) с манифестным психотическим приступом с религиозной бредовой фабулой (F20, F25 по МКБ-10). Все пациенты были госпитализированы в отдел юношеской психиатрии в 2015–2020 гг. (руководитель – проф. В.Г. Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Ключник). Критериями включения в исследование являлись формирование религиозного бреда в структуре психотического приступа в юношеском возрасте (16–25 лет). Критерии исключения: наличие сопутствующей психической, неврологической или соматической патологии. В исследовании использовали клинико-психопатологический, психометрический (PAS) и статистический методы. Религиозность пациентов до начала инициального этапа оценивалась по опроснику Религиозный индекс Университета Дьюка (DUREL) [Koenig G., Büssing A., 2010].

Результаты и обсуждение: были изучены доманифестные этапы 51 больного: 11 пациентов с бредом греховности (I тип приступов), 15 – с бредом бесоодержимости (II тип приступов), 20 – с антагонистическим и мессианским бредом (III тип), 5 – с онейроидом религиозного содержания (IV тип).

Приблизительно треть пациентов (15 человек, 29,4 %) воспитывались в религиозных семьях, их религиозность была расценена как соответствующая критериям нормальной, здоровой веры [Arterburn S.& Felton J., 2001], (21–25 баллов по шкале DUREL). Наибольшее количество баллов по шкале DUREL набрали пациенты с IV типом приступов, при этом их религиозность в 80 % случаев не становилась сверхценной на инициальном этапе и не была патологической: религиозные бредовые идеи возникали на высоте психотического состояния.

Как «практически верующих» себя характеризовали 23 пациента (45,1 %) (11–15 баллов по DUREL). 13 пациентов (25,5 %) относили себя к атеистам (5 баллов по DUREL). Таким образом, для подавляющего большинства пациентов (70,6 %) религиозность не была характерна до начала заболевания и, возникая на инициальном этапе, в том числе в виде синдрома сверхценных образований, характеризовалась амбивалентностью, фанатичностью, несоответствием актуальным жизненным обстоятельствам [Sanderson S. et al., 1999]. По преморбидной структуре личности в нашем исследовании преобладали шизоидные (56,9 %), на втором месте оказались психастенические (23,5 %). Большинство пациентов к моменту

манифестации психотического приступа получали высшее (45,1 %) или среднее специальное (27,4 %) образование. У 15,7 % пациентов на доманифестном этапе отмечалось нарастание негативной симптоматики, они либо не учились, либо занимались низкоквалифицированным трудом, несмотря на наличие специального образования. Достаточно значительной представляется роль экзогенных провокаций, причем психогении (35,5 %) встречались чаще употреблений ПАВ (25,5 %) и соматогений (5,9 %). При оценке преморбидного функционирования по шкале PAS было выявлено, что у 51 % больных преморбидное функционирование было стабильно удовлетворительным, у трети (29,4 %) – регрессивным. 19,6 % пациентов соответствовали стабильно неудовлетворительному преморбидному функционированию. Наихудшие показатели по шкале PAS отмечались у пациентов со II типом приступов.

При I типе приступов еще в детском возрасте отмечалось эпизодически возникающие идеи самообвинения с тематикой греховности, которые разрешались самостоятельно. Преморбидно преобладали психастенические личности (45,5 %). В качестве экзогенных провокаций в 54,5 % наблюдений выступали психогении. Начало инициального этапа относилось к 16–18 годам, наиболее часто встречающимся вариантом был аффективный (72,7 %). Пациенты разрабатывали собственные религиозные каноны и правила, посты, на фоне чего отмечалась значительная (в среднем 15–20 кг) потеря веса. По мере приближения манифестного приступа возникали нелепые по содержанию идеаторные обсессивные расстройства религиозного содержания.

У пациентов, относящихся ко II типу приступов, в детском возрасте нередко возникали невротические эпизоды в виде обсессивно-фобических расстройств, различные страхи нелепого содержания. Нередко в позднем подростковом – раннем юношеском возрасте отмечались рудиментарные психотические эпизоды: отрывочные слуховые истинные галлюцинации, эпизодическое ощущение «открытости мыслей», «воздействия темных сил». К раннему юношескому возрасту (16–17 лет) постепенно возникал интерес к эзотерическим практикам. Сверхценная религиозность возникала здесь позже сравнительно с другими выделенными типами приступов ($p \leq 0.05$): к 19–21 году, часто под влиянием кого-то из близкого окружения. Инициальные этапы наиболее часто были неврозоподобными или паранойльными (по 26,7 %): отмечались панические атаки со страхом смерти, сенесталгии, которые во время приступа получали трактовку в виде «бесовского воздействия». Пациенты считали, что на них «навели порчу». Нарастающие когнитивные нарушения способствовали снижению учебной и трудовой адаптации. Формировались обсессивно-фобические расстройства, возникали хульные мысли религиозного содержания, что расценивалось как результат

«порчи». Наиболее частым видом экзогений здесь было употребление ПАВ и алкоголя (26,7 %).

Подавляющее большинство пациентов с III типом приступов до болезни не относили себя к религиозным или верующим (75 %), часть из них с подросткового возраста эпизодически проявляли интерес к эзотерическим практикам, однако интерес был поверхностным.

Преморбидный личностный склад при этом типе приступов был наиболее вариабельным. Здесь наиболее частым было эпизодическое употребление ПАВ (30 %), причем это делалось для «открытия канала общения с Богом, потусторонним миром». Постепенно (17–18 лет) интерес к религиозно-мистическим проблемам углублялся, формировался сверхценный интерес к религии. Пациенты «преобразовывали» комнату сообразно своему понятию о помещении, в котором живет верующий человек, упрямо настаивали на том, чтобы близкие следовали установленным им религиозным правилам. Психотическому состоянию предшествовало депрессивное с выраженным астеническим компонентом.

При IV типе приступов на доманифестном этапе отмечались наиболее отчетливые аффективные расстройства обоих полюсов. В 16–17 лет впервые возникали стертые аффективные расстройства в виде непродолжительных циклотимоподобных сезонных колебаний настроения. Постепенно аффективные расстройства становились более отчетливыми и глубокими. Психотические состояния здесь в 60 % случаев развивались на фоне маниакального аффекта. Патологическая религиозность в 80 % наблюдений формировалась непосредственно в структуре психотического приступа, без этапа сверхценных расстройств.

Заключение. Большинство пациентов не были религиозными до начала болезни, а сама религиозность, возникая на инициальном этапе процессуального заболевания, отличалась от традиционной по многим показателям. У лиц, религиозных до начала болезни, религиозность на инициальном этапе так же становилась патологической, либо религиозная тематика бредового уровня возникала на высоте острого психотического состояния.

**Клинико-социальные особенности больных
алкогольной зависимостью, имеющих инвалидность
вследствие психических расстройств
в Удмуртской Республике за период 2010–2020 гг.**

Порцева И. А.

г. Ижевск

Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность. По данным ВОЗ установлено, что в настоящее время в мире живут 140 млн. лиц, страдающих алкогольной зависимостью, и 400 млн людей злоупотребляют алкоголем, причем 78 % больных алкоголизмом не получают медицинской помощи (Тищенко Е.М., 2009). Алкогольная зависимость приводит к развитию различной степени когнитивных нарушений, хронических психотических расстройств, деградации личности, психопатизации. А также может являться причиной или осложнять течение соматических заболеваний, что вызывает ограничение различных категорий жизнедеятельности и социальную недостаточность, вызывая необходимость в мерах социальной защиты, и служит основанием для признания данной категории больных инвалидами (Иванец Н.Н., 2008; Тищенко Е.М., 2009; Фридман Л.С., 2000).

Несмотря на многочисленные описания в литературе различных аспектов синдрома зависимости от алкоголя, работ, посвященных разнообразным особенностям больных алкогольной зависимостью, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств на современном этапе остается недостаточно. Таким образом, изучение клинико-социальных особенностей больных алкогольной зависимостью, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств в Удмуртской Республике за период 2010–2020 гг. обуславливает актуальность данного исследования.

Цели и задачи исследования. Изучение клинико-социальных особенностей больных алкогольной зависимостью, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств в Удмуртской Республике.

Материалы и методы. Нами были изучены клинико-социальные особенности больных, имеющих инвалидность вследствие психических расстройств, вызванных употреблением алкоголя. Были проанализированы такие особенности как пол, возраст, место жительства, профессия, характер трудовой деятельности, диагноз. Всего был обследован 261 больной мужского и женского пола с диагнозом «Синдром зависимости от алкоголя», имеющих инвалидность разных групп. Возраст обследованных составлял от 18 до 80 лет. Все они первично или повторно были освидетельствованы

в «ГБ медико-социальной экспертизы по Удмуртской Республике» Минтруда России за период 2010–2020 гг. В качестве основных методов исследования применялись: клинико-психопатологический, базировавшийся на использовании диагностических критериев и дефиниций Международной классификации болезней 10-го пересмотра (раздел «Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя») и метод случайной типологической выборки.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования показали, что среди всех больных существенно преобладали лица мужского пола 195 человек (70,0 %). Наибольшее их число было в 2010 г. 32 человека (76,1 %), наименьшее – в 2020 г. 6 человек (54,3 %). Среди всех обследованных преобладали лица трудоспособного возраста. К этой группе относятся женщины в возрасте от 18 до 54 лет и мужчины в возрасте от 18 до 59 лет 190 человека (72,8 %). Вторую группу составляли лица пенсионного возраста – это женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет – 71 человек (27,2 %).

Распределение больных по месту жительства показало, что среди них было 173 (66,1 %) городских жителя и 88 (33,9 %) жителей сельской местности. 230 больных (54,2 %) среди всех обследованных были лица со средне-профессиональным образованием; 10 больных (8,4 %) имели высшее образование и 21 больной (37,4 %) не получили профессионального образования. По характеру трудовой деятельности больные распределились следующим образом: у 83,9 % больных работа была связана с физическим трудом, у 14,8 % – с умственным трудом и 1,3 % среди всех обследованных не работали. Среди больных у которых работа была связана с физическим трудом преобладали разнорабочие, слесари, уборщицы, а среди лиц умственного труда – инженеры. Исследование показало преобладание больных с алкогольной деменцией – 117 больных (44,8 %), что возможно связано с поздним обращением таких больных и, соответственно, более поздним их направлением на медико-социальную экспертизу, хронизацией заболевания, что отмечается в работах И.А. Уварова и Н.Н. Иванца (2011). Больных с диагнозом: «Расстройство личности вследствие алкогольной зависимости» было около трети среди всех обследованных – 88 человек (33,9 %), пациентов с амнестическим синдромом, вследствие алкогольной зависимости было – 32 (12,2 %). Больных с хроническими психотическими расстройствами, вследствие употребления алкоголя было – 24 человека (9,1 %). Среди них диагноз «Алкогольный бред ревности» был у 8 больных и «Хронический алкогольный галлюциноз» – у 16 больных.

Выводы. Таким образом изучение клинико-социальных особенностей больных с инвалидностью вследствие психических расстройств, вызванных алкогольной зависимостью за период 2010–2020 гг. в Удмуртской

Республике показало, что среди них преобладали лица мужского пола (70,0 %), трудоспособного возраста (72,8 %), городские жители (66,1 %). Около половины обследованных имели среднее профессиональное или среднее специальное образование (54,2 %), среди больных преобладали лица физического труда (83,9 %). Большую часть среди всех обследованных составили больные деменцией, вследствие алкогольной зависимости – 44,8 %, больных с расстройством личности, вследствие алкогольной зависимости выявлено 33,9 %, в 12,2 % диагностирован амнестический синдромом, больных хроническим алкогольным галлюцинозом и алкогольным бредом ревности было 6,1 % и 3 % соответственно.

Следует отметить, что доля больных, получивших группу инвалидности вследствие алкогольной зависимости сравнительно невысока (2–3 % от всей численности больных с психическими расстройствами, имеющих инвалидность), что подтверждается литературными данными (Иванец Н.Н., 2008). Но это не говорит об уменьшении данной тяжелой категории больных, т.к. большинство из них, как правило, получает инвалидность по причине соматоневрологических расстройств, либо преждевременно умирает по разным причинам (тяжелая соматическая патология, несчастные случаи, отравления, суициды и т. д.).

Некоторые аспекты психического здоровья медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в «красной зоне» больным с новой коронавирусной инфекцией

Прянчиков С. Н.

г. Смоленск,

Смоленский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Пандемия COVID 19 длится уже более 1 года, сейчас оглядываясь назад мы можем оценить всю тяжесть и серьезность проявления этой болезни, приведшей к гибели миллионов людей во всем мире. Одной из главных групп риска по COVID были и остаются медицинские работники так как они практически лишены возможности проходить полноценную реабилитацию, их работа сопровождается большим количеством стресса, тяжелыми физическими, психическими условиями, такими как дефицит времени, высокая ответственность, большая нагрузка, часто непрофильная для медицинских работников патология (множество врачей по всему миру в экстренном порядке стали оказывать помощь больным

в тяжелых состояниях не имея сертификата реаниматолога или инфекциониста); ненормированный график; высокая смертность среди пациентов и коллег; высокая вирулентность самого штамма вируса, что в свою очередь ведет к боязни заболеть самому и заразить своих родных и близких, а также к определенной стигматизации со стороны общества (Сорокин М.Ю. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID 19, Вестник РГМУ2020); времени на пополнение энергетического баланса, отдыха совершенно нет, что приводит к появлению негативной психической симптоматики у лиц работающих данных условиях, что не может не сказываться на их личностных и профессиональных данных, а следовательно и на жизни и здоровье пациентов.

Цели и задачи. Сейчас психиатры и неврологи всего мира начинают исследовать отдаленные проявления COVID 19, нарушения когнитивных функций, появления неврозоподобных, тревожных состояний у лиц перенесших инфекцию. Среди этих лиц большой процент медицинских работников, которые и после выздоровления продолжают бороться с данной болезнью и от их физического и психического состояния будет зависеть жизнь и здоровье пациентов. Такие методы исследования, как анкетирование могут позволить обнаружить общие факторы и различия в психическом состоянии у медицинских работников. А нейропсихологические методики тестирования являются точным маркером для нарушения когнитивных функций в данной группе лиц. Главной целью нашего исследования было определения уровня стресса, стрессоустойчивости и когнитивных функций у лиц, работающих в медицинской сфере во время пандемии

Материалы и методы. Для решения задач исследования было проведено анкетирование и нейропсихологическими тестирование медицинского персонала, работавшего и продолжающего работать в отделениях медицинских учреждений, оказывающих помощь больным COVID 19. Нами были использованы: опросник ДОПС для оценки состояния сниженной работоспособности, шкала психологического стресса (PSM-25), адаптированный опросник Стэндфордского университета, опросник, выясняющий социально-демографические характеристики респондентов и условия их работы, а также тест для оценки нейрокогнитивных функций «Башни Лондона». Часть опроса проходила в онлайн формате, остальная часть в очном.

Результаты и обсуждение. В данном исследовании приняло участие 56 человек, средний возраст которых составил 34 года, 33 из них младше 40 лет, женщин – 31 человек, мужчин – 25. 34 % в возрасте от 18–27лет. Специалистов с высшим образованием было 38 человек, со средним – 18. Около 20 % это ординаторы или студенты, работающие в «красной зоне». Больше половины опрошенных медицинских работников перенесли

коронавирусную инфекцию (65,9 %), у 70,7 % опрошенных коронавирусную инфекцию перенесли родственники. Дистанционно были вынуждены обучаться 63,4 % опрошенных. Медицинские работники (90 %) сообщали, что объем работы во время пандемии увеличился, причем 40 % считают, что объем выполняемой работы, увеличился значительно, 24,4 % умеренно и только 10 % считают, что количество работы осталось тем же. Значительными являлись цифры, связанные с уменьшением количества сна медиков: только 10 % из них спят от 8 до 10 часов в день, 46,3 % спят по 4–6 часов в сутки и 22 % от 2 до 4 часов в сутки. Частые проблемы с засыпанием отмечают 25 %. При этом 65 % медиков отмечают уменьшение количества физических упражнений в их повседневной активности, пассивного отдыха стало также меньше у 56,1 % опрошенных, 61 % опрошенных стали меньше проводить времени с родственниками и друзьями. При оценке результатов шкалы PSM-25 средний уровень стресса выявлен у большинства опрошенных – 74 %, высокий уровень стресса у 18 %; низкий отмечался лишь у 8 % медицинских работников, из числа лиц с низким уровнем стресса 96 % лиц младше 40 лет. Чувствуют себя взвинченными на работе почти 44 %. Среди факторов, которые медицинские работники выделяли в качестве стрессовых: «работы стало больше» (почти 88 %), «на работе часто возникают трудности, которые сложно решить в одиночку» (63 %), «общее утомление» (82 %), «отсутствие интереса и нехватка разнообразия» примерно (75 %). Эти данные перекликаются с данными опросника ДОРС, в котором по шкале «пресыщения трудовой деятельностью» показатель выборки достиг выраженного уровня, как и по шкале «монотонии». Однако, индекс утомляемости и индекс стресса у медицинских работников, оказывающих помощь в «красной зоне» больным с новой коронавирусной инфекцией был на умеренном уровне. Почти 43,9 % опрошиваемых хотят изменить свою однообразную работу, постараться ее разнообразить. Агрессивность, плаксивость присутствие мрачных мыслей в среднем отмечают у себя 42 % опрошенных. Нарушения соматического характера, в виде частых головных болей отмечаются у 32 % респондентов; расстройства ЖКТ у 31 %, а нарушение аппетита у 35 % анкетированных медицинских работников, субъективные нарушения памяти у себя отмечают 31,7 %. Мрачные мысли, страх, взвинченность, необоснованная агрессия или слезливость и обидчивость, отмечают у себя в среднем 45 % респондентов. Клинические симптомы депрессии наблюдались у 10 % медицинских работников. Лишь 24 % медицинских работников готовы проявлять инициативу и действовать творчески. Вышеописанные изменения привели к изменениям в когнитивных процессах исполнительного функционирования: лишь 28 % респондентов прошли задания методики «Башни Лондона» без ошибок, из них 100 % моложе 40 лет. У медицинских работников

оказывающих помощь в «красной зоне» пациентам с новой коронавирусной инфекцией в возрастной группе старше 40 лет часто возникали трудности с прохождением и пониманием методики. Имели место частые ошибочные решения и трудности в переключении с задачи на задачу, вследствие чего медицинские работники этой группы не укладывались в 20 секундный интервал, дающийся на решение одного задания. Не смогли пройти тестирование до конца 24 % респондентов, из них 30 % оказалось моложе 40 лет. Многие медицинские работники были чувствительны к неудаче в решениях заданий. Трудности переключения в этой ситуации наблюдалось у 76 % анкетированных. 36 % имели трудности в нескольких заданиях подряд. Имели место невротические и агрессивные реакции в виде постукивания по столу, перебирания волос, предметов во время прохождения заданий, резкие движения руками, броски предметов при неудачах, повышение тона голоса, вербальная аутоагрессия (у 32 % опрошенных из них 25 % моложе 40 лет). Отказные реакции имели место в 24 % случаев. Часть респондентов (5.9 %) допускали ошибки специально, чтобы закончить тестирование быстрее (все моложе 40 лет). Заинтересованы в прохождении испытаний до конца были около 57 % респондентов, большинство из них в возрасте от 18–30, лишь 8 % лиц старше 40 имели желание самостоятельно пройти методику до конца и разобраться в правильности и неверности данных ими ответов.

Выводы. Таким образом, работа в условиях «красной зоны» при оказании медицинской помощи больным с новой коронавирусной инфекцией оказывает влияние на эмоционально-волевые процессы, а также на исполнительские когнитивные функции, затрудняя принятие решений у врачей и медицинских работников, в том числе терапевтических стратегий. Выявленные психиатрические и психологические изменения у медицинских работников требуют разработки мониторинга психического здоровья и инвестиций в систему оказания помощи в сфере психического здоровья на национальном и местном уровнях.

Особенности продромальных состояний у пациентов с острыми кратковременными психотическими расстройствами

Пугачева М. Е.

г. Москва

*Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А. И. Евдокимова*

Актуальность. Выявление продромальной симптоматики, предшествующей манифестации психотического эпизода, считается перспективной стратегией раннего распознавания расстройств шизофренического спектра (Скугаревский О.А., Скугаревская М.М., 2015). Продромальный период проявляется совокупностью субсиндромальных нарушений психики и/или поведения, которые предшествуют манифестации психоза (Yung A.R., McGorry P.D., 1996). Они могут быть представлены ослабленными позитивными (субпсихотическими) симптомами, стертыми негативными симптомами, аффективными и поведенческими нарушениями и обычно сопровождаются ухудшением адаптации и функционирования в различных сферах (социальной, учебной, профессиональной) (Личко А.Е., 1989; Miller T.J. et al., 2003; Yung A.R., McGorry P.D., 1996). Несмотря на историческую связь с концепцией шизофрении, в настоящее время продромальная симптоматика рассматривается как маркер риска развития психотических нарушений различной нозологии (Fusar-Poli P. et al., 2013), в том числе острых и преходящих психотических расстройств (ОППР, рубрика F23 Международной классификации болезней 10-го пересмотра, 1994). Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей продромальных состояний у пациентов с ОППР.

Задачи исследования: 1) сравнение клинико-динамических характеристик продромального периода ОППР с симптомами шизофрении и ОППР без симптомов шизофрении; 2) сравнение клинико-психопатологических особенностей продромального периода ОППР с симптомами шизофрении и ОППР без симптомов шизофрении; 3) оценка взаимосвязи между характеристиками продромального периода и выраженностью негативных симптомов шизофрении после редукции ОППР.

Материалы и методы. Обследовано 118 пациентов (78 мужчин, 40 женщин) в возрасте 18–59 лет (средний возраст 26,6±10,3 лет), госпитализированных в психиатрический стационар с острыми кратковременными психотическими расстройствами, соответствующими диагностическим

критериям рубрики F23 МКБ-10, у которых развитию психоза предшествовали продромальные нарушения. Сформировано две группы пациентов: группа 1 – пациенты с ОППР без симптомов шизофрении (F23.0) ($n = 40$, средний возраст $30,7 \pm 11,8$ лет); группа 2 – пациенты с ОППР с симптомами шизофрении (F23.1) ($n = 78$, средний возраст $24,5 \pm 8,9$ лет). Применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Продромальные симптомы оценивались на основании данных анамнеза в качественном аспекте: наличие нарушений хотя бы одного психопатологического домена (позитивного, негативного, аффективного, поведенческого) в рамках модели трансдиагностического фенотипа расстройств психотического спектра (Van Os J., Reininghaus U., 2016). Поскольку выраженность постпсихотических негативных изменений имеет определяющее значение для течения и прогноза ОППР (Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М., 2017), с целью изучения особенностей продромального периода в прогностическом аспекте был проведен анализ взаимосвязи между наличием продромальных симптомов различных доменов и уровнем тяжести негативной симптоматики после редукции психоза. Выраженность негативной симптоматики измерялась на 4-й неделе госпитализации с помощью шкалы оценки позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) (Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A., 1987). Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение MedCalc 14.8.1.

Результаты и обсуждение. Длительность продромального периода в изучаемой выборке варьировала от 10 до 180 суток (в среднем $71,8 \pm 55,5$ суток). У пациентов с ОППР без симптомов шизофрении (группа 1) продолжительность данного этапа не превышала 45 суток и составляла в среднем $28,6 \pm 7,5$ суток. В группе 2 средняя длительность продромального периода была значительно выше ($94,0 \pm 56,5$ суток; $p < 0,0001$). Продромальные нарушения у пациентов обеих групп были представлены следующими симптомами: 1) ослабленные позитивные (субпсихотические) симптомы в виде транзиторных бредовых идей, эпизодических обманов восприятия, малых психических автоматизмов (группа 1 – 30,0 %, группа 2 – 57,7 %; $p < 0,05$); 2) стертые негативные симптомы, обычно малозаметные в поведении, субъективно оцениваемые пациентом как аномальные (Скугаревский О.А., Скугаревская М.М., 2015) и проявляющиеся некоторым эмоционально-волевым снижением, ограничением сферы интересов и общения, элементами ассоциативных нарушений мышления (группа 1 – 12,5 %, группа 2 – 53,8 %; $p < 0,0001$); 3) аффективные симптомы преимущественно субдепрессивного и циклотимоподобного характера (группа 1 – 82,5 %, группа 2 – 62,8 %; $p < 0,05$); 4) поведенческие (психопатоподобные) симптомы с качественным изменением или заострением характерологических черт,

расстройствами влечений, девиантными и делинквентными явлениями, приводившие к конфликтам, нарушению социальной адаптации (группа 1 – 22,5 %, группа 2 – 33,3 %; $p > 0,05$). Анализ взаимосвязи между наличием продромальной симптоматики и выраженностью негативных изменений после редукции ОППР с использованием коэффициента корреляции Спирмена (r_s) установил значения данного показателя, интерпретируемые по шкале Чеддока для оценки силы связи. Для субпсихотических симптомов $r_s = 0,359$ (умеренная сила связи); для стертых негативных симптомов $r_s = 0,811$ (высокая сила связи), для аффективных симптомов $r_s = -0,02$ (несущественная сила связи, корреляция не достигает уровня статистической значимости), для поведенческих нарушений $r_s = 0,278$ (слабая сила связи).

Выводы. Продромальный период ОППР с симптомами шизофрении характеризуется значительно большей продолжительностью по сравнению с аналогичным этапом ОППР без симптомов шизофрении. В группе 2 значительно чаще, чем в группе 1, выявлялись ослабленные позитивные симптомы и в особенности стертые негативные симптомы, в то время как частота продромальных аффективных нарушений была выше среди пациентов группы 1. Наличие редуцированной негативной симптоматики в продромальном периоде ОППР было наиболее сильно ассоциировано со степенью выраженности постпсихотических негативных изменений.

Особенности динамики психических расстройств у женщин с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

Пыльнева М. В., Баранов А. В.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Опыт работы психиатрического стационара в условиях пандемии показал дополнительные проблемы, связанные со спецификой влияния коронавирусной инфекции на протекание психических расстройств. Факт связи появления или декомпенсации психических расстройств различного уровня у пациентов с новой коронавирусной инфекцией указывается в исследованиях зарубежных авторов (Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., et al., 2020). Дисбаланс цитокинов относится к числу факторов, ассоциируемых с развитием психических расстройств (Benedetti F., et al. 2017, 2020). По данным Zhou, J., Xue, P., et al. (2020) примерно у 21 % наблюдений у пациентов с психиатрическими диагнозами имеется ухудшение психического

состояния, но при этом, однако не анализируется о каких пациентах идёт речь по категориям и диагнозам. С похожей практикой столкнулись и мы в процессе наблюдения за пациентами женского острого отделения нашей клиники в период всплеска заболеваемости коронавирусной инфекцией внутри отделения, что и явилось предпосылками данного исследования. Недостаточная освещённость данной темы в отечественной психиатрии так же обусловило актуальностью исследования.

Цели и задачи. Оценить влияние коронавирусной инфекции на течение основного психического расстройства, динамику психопатологической симптоматики; исследовать клинические особенности коронавирусной инфекции у данной категории пациентов; выявить предрасполагающие факторы декомпенсации психического расстройства у больных с covid-19.

Материал и методы. Исследование проходило на базе женского психиатрического отделения больницы. Изучена сплошная выборка пациенток проходивших лечение в стационаре и перенесших covid-19 в период с октября 2020 по февраль 2021 г.г. Всего обследовано 12 человек. Все обследованные женщины. Использован монографический метод, метод экспертной оценки, сравнительного анализа, непосредственного наблюдения. Для систематизации и статистической обработки полученных результатов использовалась специально разработанная карта и программный пакет SPSS 22.0. При статистической обработке материала использовались количественные и качественные показатели.

Результаты и обсуждение. Анализ возрастного состава всего обследованного контингента показал, что пациентки, перенесшие коронавирусную инфекцию, были представлены преимущественно старшей возрастной группой (от 45 до 65 лет – 75 %). Средний возраст 48 лет. Клинико-психопатологический анализ показал, что 83,3 % пациенток страдали психическим расстройством более 10 лет, преимущественно шизофренией с непрерывным типом течения заболевания (66,6 %). Причиной госпитализации служило, как правило, обострение галлюцинаторно-бредовой или аффективной симптоматики (75 %). Именуемая острая психотическая симптоматика достаточно быстро купировалась, как правило, в течение первых двух недель пребывания в стационаре на фоне проведения базовой терапии. В процессе лечения основного заболевания 5 пациенток обследованного контингента (41,7 %) обратили на себя внимание спонтанным, ранее не свойственным по данным катамнеза, ухудшением психического состояния на фоне проводимой терапии в эффективных дозах. При этом данную динамику состояния не возможно было объяснить какой-либо причиной (не было смены терапии, отсутствовали так же внешние психотравмирующие факторы). Вскоре у всех них была диагностирована коронавирусная инфекция. У 7-ми пациенток (58,3 %), которые так же в период пребывания в отделении заболели

новой коронавирусной инфекцией, изменений в психическом состоянии на этом фоне не отмечалось. Учитывая очевидность влияния на динамику основного психического расстройства факта заражения новой коронавирусной инфекцией, был проведен анализ клинических особенностей протекания заболеваний у данного контингента. Все обследуемые были разделены на 2 группы. Пациентки, имеющие ухудшение психического состояния составили группу 1, не имеющие ухудшений – группу 2. Обе группы имели примерно одинаковый возрастной состав (средний возраст – 48 лет).

Нозологическая структура также не отличалась, в обеих группах преобладал диагноз шизофрения. Однако были выявлены различия в основных психопатологических характеристиках протекания заболеваний. Так в 1-й группе заболевания характеризовались более прогредиентной динамикой. В качестве ведущего синдрома в период обострения психического расстройства в первой группе в 100 % был галлюцинаторно-бредовый (во 2-й аффективно-бредовый и психопатоподобный). Длительность заболевания по данным анамнеза была меньше у пациентов группы 1 (80 % не более 15 лет), тогда как во 2-й группе пациенты имели стаж заболевания более 15 лет. У пациенток первой группы имеющаяся симптоматика купировалась более быстрыми темпами (у 60 % отмечалась быстрая редукция ведущего синдрома), нежели во второй. 75 % обследованных всего контингента имели сопутствующие соматические заболевания. Однако в 1-й группе чаще встречалась сочетанная патология (сердечно-сосудистая и лёгочная – 60 %), тогда как во второй поражение касалось в основном одной системы. Соматическое состояние к моменту заболевания коронавирусной инфекцией у всех пациенток было в стадии стабильной ремиссии на поддерживающей терапии. Спонтанное ухудшение психического состояния у пациенток 1-й группы происходило за несколько дней (от 2-х до 12-ти, при этом у большинства (60 %) от 4-х до 10-ти дней) до появления первых признаков коронавирусной инфекции. Ухудшение в основном характеризовалось рецидивом имеющейся при поступлении психотической симптоматики у 60 % больных 1-й группы, а также появления не свойственной ранее симптоматики (спутанность, бестолковость, поведенческие расстройства) у 40 %. Данная симптоматика постепенно редуцировалась по мере излечения коронавирусной инфекции в специализированном отделении больницы для госпитализации пациентов с covid-19. Однако в 3-х случаях из 5-ти требовало долечивания с переводом снова в общепсихиатрическое отделение и характеризовалось резистентностью остаточной психопатологической симптоматики в постковидном периоде. Основной метод подтверждения инфекции был ПЦР мазка из носоглотки к SARS-CoV-2. При этом нагрузка вирусной РНК в мазке определяемая по порогу числа циклов (cycle treshold, Ct) по своим средним значениям

была выше в первой группе (Сг 24,5 в 1-й группе; Сг 18,5 во 2-й). Особенности протекания коронавирусной инфекции в группах отличалось. Так во второй группе чаще (42 %) встречалось бессимптомное течение. Пациенты 1-й группы в основном так же легко переносили инфекцию и в 60 % она проявлялась только лихорадкой, а 20 % катаральными и типичными ковидными симптомами и в 20 % вирусной пневмонией). Средние сроки лечения в специализированном психиатрическом covid-отделении у пациентов 1-й группы были более продолжительны.

Выводы. Проведенное исследование показало, что спонтанное ухудшение психического состояния на фоне заболевания covid-19 происходило в инкубационный период у пациенток старшей возрастной группы с меньшим стажем заболевания, более острой симптоматикой на момент поступления, которая достаточно быстро поддавалась терапии, и имеющих сочетанную соматическую патологию, а также более высокую нагрузку вирусной РНК. Очевидно, данная категория пациенток более чувствительна к цитокиновому шторму, который и декомпенсировал их психическое состояние. Таким образом, при спонтанных ухудшениях психического состояния у женщин в период стационарного лечения следует быть настороженным в плане их вероятного заболевания covid-19, однако данная проблема требует более глубокого изучения.

Биомаркеры оксидативного стресса у пациентов с первым эпизодом шизофрении и их ассоциация с психопатологической симптоматикой

*Пятойкина А. С., Кудрявцева Е. С., Жукова Е. С.,
Жилева Т. В., Щербатюк Т. Г., Мазо Г. Э.*

г. Нижний Новгород

*Клиническая психиатрическая больница № 1 г. Н. Новгорода,
Приволжский исследовательский медицинский университет,
Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Введение. Окислительный стресс является отличительным признаком нейродегенеративных заболеваний, в том числе шизофрении (Cepini G. et al., 2019). Окислительное повреждение липидов, белков, ферментов, углеводов и ДНК клеток может играть важную роль в патофизиологии данного заболевания (Varon H. et al., 2017). Недавние исследования показали, что пациенты с шизофренией имели более низкий антиоксидантный статус

с нарушенной антиоксидантно-ферментной активностью (González-Blanco L. et al., 2018). Однако при оценке уровней отдельных ферментов многие исследования зачастую демонстрируют противоречивые результаты (Flatow J. et al., 2013). Во многом это связано с тем, что не учитываются такие факторы, как длительность заболевания, возраст испытуемых, курение, прием медикаментозной терапии. Особый интерес представляет вопрос о том, связан ли окислительный статус с клиническими симптомами шизофрении. Было показано, что общий антиоксидантный статус отрицательно коррелирует с негативными симптомами (Matsuzawa D., 2008). Однако влияние окислительного стресса на тяжесть симптомов, переносимость терапии нейрореплетиками и выраженность побочных эффектов еще не до конца изучено (An H. et al., 2018).

Целью данной работы являлось сравнение уровня маркеров оксидативного стресса у пациентов с шизофренией и здоровых добровольцев, изучение корреляции уровня антиоксидантов (глутатион, супероксиддисмутаза, каталаза) и продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид) и белков (альдегид-2,4-динитрофенилгидразоны, кетон-2,4-динитрофенилгидразоны) с психопатологическими особенностями, тяжестью побочных эффектов терапии.

Материал и методы исследования. Было обследовано 50 пациентов и 37 здоровых добровольцев. Критериями включения пациентов в исследование являлись подтверждение диагноза шизофрении с помощью структурированного клинического диагностического «Международного нейропсихиатрического интервью» для психотических расстройств Диагностического и статистического руководства 5-й версии (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI для DSM-5); способность пациента дать осознанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с оксидативным стрессом; отсутствие приема антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование, длительность заболевания с момента манифестации не более 3 лет. Критериями включения здоровых добровольцев в исследование являлись: отсутствие зарегистрированных ранее на протяжении жизни психических расстройств (здоровый доброволец не наблюдается у психиатра и ранее не обращался к психиатрам по поводу проблем с психическим здоровьем), социальной дезадаптации, злоупотребления психоактивными веществами; соответствие по полу и возрасту пациентам, включенным в исследование; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с оксидативным стрессом; отсутствие приема антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование. После получения добровольного информированного согласия, прохождения всех психодиагностических

методик производился забор крови на биохимические исследования уровней глутатиона (GSH), супероксиддисмутазы (SOD), каталазы (CAT), малонового диальдегида (МДА), альдегид-2,4-динитрофенилгидразонов (АДНФГ), кетон-2,4-динитрофенилгидразонов (КДНФГ) сыворотки крови. Уровни маркеров оксидативного стресса оценивали спектрофотометрическим методом. Клинически пациенты обследованы с помощью шкалы для оценки продуктивных и негативных синдромов шизофрении (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale, S.Key et al., 1987) рейтингом, не знающим результатов лабораторных исследований биообразцов. Анализ данных осуществлялся на базе Statistica 6.0. Так как распределения полученных данных в изучаемых выборках отличались от нормального (W-тест Shapiro-Wilk), для оценки корреляций применялся непараметрический критерий Спирмена (ρ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Уровень CAT у пациентов статистически значимо ниже, чем у здоровых ($p = 0,0007$), а уровень окислительных модификаций белков, характерный как для ранних этапов (АДНФГ) ($p = 0,025$), так и для поздних этапов (КДНФ) ($p = 0,000076$), выше. Уровень GSH также ниже в группе пациентов, однако не достигает статистически значимой величины ($p = 0,061$), что может быть связано с недостаточным объемом выборки. Однако, среди женщин выявлено достоверно значимое снижение GSH ($p = 0,043$). Половых различий параметров оксидативного стресса в обеих группах выявлено не было. Была выявлена статистически значимая корреляция уровня GSH со стереотипным мышлением ($\rho = -0,34$), моторной заторможенностью ($\rho = -0,31$), снижением критичности к своему состоянию ($\rho = -0,34$). Уровни СОД ($\rho = -0,35$) и CAT ($\rho = -0,45$) имеют достоверно значимую корреляцию с общей негативной подшкалой PANSS. Не отмечено также достоверно значимых отличий параметров оксидативного стресса в подгруппах пациентов, получающих терапию антипсихотиками первого и второго поколения.

Выводы. Приведенная выше комплексная оценка маркеров оксидативного стресса демонстрирует наличие редокс-дисбаланса у пациентов с первым эпизодом шизофрении по сравнению с группой здорового контроля: антиоксидантная защита снижена (уровни GSH и CAT), а окислительные повреждения белков и липидов повышены. Выявленный статистически значимый дефицит CAT, которая может являться одним из наиболее ранних и чувствительных к избытку АФК ферментов, и накопление продуктов перекисного окисления белков у пациентов говорит о наличии у них повреждающего действия прооксидантов. Наличие корреляции уровня антиоксидантов с преимущественно негативной симптоматикой шизофренией может свидетельствовать о вкладе редокс-дисбаланса в развитие этого кластера симптомов шизофрении. Полученные данные свидетельствуют

о необходимости дальнейшего изучения редокс-дисбаланса при шизофрении, в частности для разработки подходов к персонифицированной коррекции антиоксидантами отдельных симптомов шизофрении. Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 19-015-00420 А.

Влияние социальной характеристики на совершение общественно опасных действий у пациентов с различными психическими расстройствами

Родионов А. С.

г. Нижний Новгород

Нижегородская областная психоневрологическая больница № 3

Проблема общественно опасных действий (ООД) у пациентов психиатрических стационаров остается актуальной в современной психиатрии. В происхождении общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами доказано взаимодействием психопатологических проявлений, особенностей личности и факторов социальной среды.

Целью исследования являлась сравнительная характеристика социального статуса и частота встречаемости ООД у пациентов с различными психическими расстройствами

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в 2020 г. на базе отделения принудительного лечения специализированного типа ГБУЗ НО «НОПНБ № 3» приняли участие 88 (100 %) пациентов мужского пола (средний возраст исследуемых составил $25 \pm 3,5$ года совершивших ООД). Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – расстройства шизофренического спектра (шизофрения, параноидная форма (30,6 %; $n = 27$), 2 группа – умственная отсталость легкой (12,5 %; $n = 11$) и умеренной (26,1 %; $n = 23$) степени; 3 группа – органические расстройства личности (30,6 %; $n = 27$). Диагностическая квалификация изученных случаев опиралась на диагностические критерии Международной классификации болезней 10 пересмотра (1994) для разделов «Умственная отсталость» (F70-73), «шизофрения» (F 20) и «органические психические расстройства» (F 07). В работе применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический и статистический методы. Оценка социального статуса проводилась с помощью разработанного автором опросника и включала в себя данные анамнеза жизни и заболевания, сведения об уровне образования, трудоустройстве, материальном статусе и кратности совершения общественно опасных деяний. Статистическая обработка

полученных в процессе исследования данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 7.0», «Stats» и «Fifer», написанных для языка программирования R 3.4.0 (RCoreTeam (2017)).

Результаты. Установлено, что чаще ($p < 0,01$) повторное совершение ООД отмечались среди пациентов с умственной отсталостью легкой (63,6 %; $n = 7$) и умеренной (91,3 %; $n = 21$) степеней. У пациентов из группы с умственной отсталостью легкой и умеренной степени доля больных с низким уровнем образования составила 73,5 % ($n = 25$) из всей группы обследуемых ($n = 34$). При оценке трудового статуса оказалось, что доля лиц, не имеющих постоянного места работы составила 91,1 % ($n = 31$). Сравнение по уровню доходов пациентов определили долю лиц с низким материальным статусом в 88,2 % ($n = 30$) ($p < 0,01$). В группе с органических расстройств личности повторное совершение ООД составило (18,5 %; $n = 5$), доля больных с низким уровнем образования составила 22,2 % ($n = 6$) из всей группы обследуемых ($n = 27$), не имеющих постоянного места работы составила 77,7 % ($n = 21$), доля лиц с низким материальным статусом в 40,7 % ($n = 11$) ($p < 0,01$). У пациентов с шизофренией повторное совершение ООД составило (11,1 %; $n = 3$), доля больных с низким уровнем образования составила 11,1 % ($n = 3$) из всей группы обследуемых ($n = 27$), не имеющих постоянного места работы составила 85,1 % ($n = 23$), доля лиц с низким материальным статусом в 51,8 % ($n = 14$) ($p < 0,01$).

Выводы. Результаты исследования статистически достоверно показали, влияние социального статуса на повторное совершение общественно опасных действий. Пациенты с низкой социальной характеристикой наиболее подвержены девиантному поведению и совершению повторных ООД ввиду низкого уровня образования, отсутствия трудоустройства и низкого материального статуса.

Взаимосвязь самоповреждающего поведения с акцентуаций характера

Руденко Л. С.

г. Томск

Томский государственный университет

Самоповреждающее и суицидальное поведение являются важными клиническими и социальными проблемами во всем мире (Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D., 2014). Самоповреждение выступает одним из ведущих факторов,

связанных с попытками самоубийства (Townsend E., Ness J., Waters K., Kapur N., Turnbull P., Cooper J., Bergen H., Hawton K., 2016): каждый 25-й пациент, поступивший в больницу с самоповреждающим поведением, умирает от самоубийства в течение следующих 5 лет (Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D., 2014). Е. Townsend с соавторами, изучая проблемы, с которыми сталкиваются люди с самоповреждающим поведением, обнаружила, что чаще всего это трудности во взаимоотношениях, нарушения психического здоровья и злоупотребление алкоголем (Townsend E., Ness J., Waters K., Kapur N., Turnbull P., Cooper J., Bergen H., Hawton K., 2016). Люди, склонные к систематическому причинению себе вреда наиболее часто имели проблемы с психическим здоровьем, жильем, алкоголем, чаще страдали от жестокого обращения и насилия. Мужчины и женщины в возрасте от 35 до 54 лет имели преимущественно проблемы с алкоголем. Среди пожилых людей с самоповреждающим поведением главенствовали проблемы с физическим и психическим здоровьем. Другое исследование, посвященное изучению проблемы самоповреждающего поведения у детей в возрасте от 6 до 13 лет, в 73 % случаев показало наличие психического расстройства (депрессивное расстройство, СДВГ и расстройство поведения) (Varma A., 2011). Важность понимания проблем, с которыми сталкиваются люди с самоповреждающим поведением, обусловлена необходимостью оказания соответствующей поддержки, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Также немаловажное значение имеет определение ключевых индивидуальных характеристик, связанных с типом личности. Проблемы во взаимоотношениях (с семьей, партнерами и окружением) обозначаются людьми с самоповреждающим поведением как наиболее распространенный тип проблем, который связан не только с полом и возрастом [2], но и с особенностями личности.

Цель нашего исследования – анализ личностных особенностей людей с самоповреждающим поведением. Исследование проводилось на студенческой выборке ($n = 190$), средний возраст по выборке 22 ± 5 . Гендерная представленность: 156 женщин (82,1 %) и 34 мужчины (17,9 %).

Методы. В исследовании была использована анкета, составленная для сбора социально-биографических данных и самоотчета по факту самоповреждающего поведения, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности и черт характера (СМИЛ). Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 19.

Результаты. Выявлены двухсторонние положительные корреляции между самоповреждающим поведением и шкалами ипохондрии (на уровне значимости $p \leq 0,01$), депрессии ($p \leq 0,01$), истерии ($p \leq 0,01$), психопатии ($p \leq 0,01$), паранойи ($p \leq 0,01$), шизоидности ($p \leq 0,05$) и гипомании ($p \leq 0,05$). Самоповреждения в анамнезе имеют 33 респондента (17,4 %),

у 18 из которых отмечается превышающий 70 Т-баллов показатель по одной или нескольким шкалам. Частотный анализ показал, что из 18 человек только четверо обладают одной акцентуированной чертой (депрессии, мании, истерии). У остальных респондентов наблюдается различные сочетания черт, что может свидетельствовать о мозаичной акцентуации характера.

Обсуждение и выводы. Обнаруженная взаимосвязь базисных шкал (7 базисных шкал из 8) опросника СМИЛ с самоповреждающим поведением может свидетельствовать о том, что к самоповреждению способен прибегнуть человек, не обладающий каким-то определенным профилем личности. Вероятнее всего, выраженность одной или более шкал у человека на уровне акцентуации характера является основанием для определенного способа восприятия и реагирования на стрессовую или значимую ситуацию, а самоповреждающее поведение используется в качестве способа совладания с сильными негативными эмоциями. При этом шкала психастении, которая предполагает выраженную тревожность, нерешительность, склонность к охранительному поведению, мнительность, восприятие различных ситуаций как опасных и многие другие симптомы тревожного спектра, не имеет достоверной взаимосвязи с самоповреждающим поведением. Можно предположить, что тревожность и концентрированность на своих переживаниях и опасениях за свою безопасность, рефлексивность у лиц с высокими показателями по данной шкале снижают вероятность реактивных и импульсивных способов совладания со стрессовыми ситуациями. В тоже время различные типы акцентуаций проявляют себя в направленности личности, в чувствительности к определенным явлениям в жизни человека, в разнообразии реакций и определяют особенности адаптации.

Так, людям с высокими показателями по шкале депрессии свойственны: сниженный фон настроения, пессимистическая оценка своих способностей и перспектив, в стрессовых ситуациях склонность к самоизоляции. Склонность к часто сменяющемуся настроению, легкостью возникновения и угасания переживаний, недостаточностью понимая своих чувств и зависимость от сиюминутных побуждений может характеризовать человека с высокими показателями по шкале истерии или гипомании. При истероидной акцентуации в стрессовых ситуациях могут проявляться демонстративность, вычурность поведения, при гипомании вытеснение тревоги, отрицание сигналов опасности, обвинение других. Высокие показатели по шкале психопатии находят свое проявление в импульсивности действий, нетерпеливости, пренебрежительным отношением к последствиям, эмоциональностью и возбудимостью, в стрессовых ситуациях вероятна агрессия. Высокие баллы по шкале паранойи отражают такие особенности как длительность

переживаний, ригидность и застреваемость на негативных эмоциях, подозрительность, чувствительность к нарушению границ. При высоких показателях шкалы ипохондрии также выражена повышенная чувствительность, вегетативная возбудимость, сосредоточенность на своих ощущениях и переживаниях, склонность к самоанализу, при этом могут наблюдаться трудности в контроле своих эмоций. Таким образом, выраженность тех или иных характеристик на уровне акцентуации, и особенно их сочетание в структуре личности влияет на восприимчивость ситуаций, увеличивает вероятность восприятия многих событий как стрессовых, определяет отношение к себе и другим людям, что может накладывать отпечаток на поведение и способы саморегуляции. В свою очередь, самоповреждающее поведение является средством регулирования эмоционального состояния.

**«Стресс-менеджмент» как программа профилактики
непсихотических психических расстройств
у студентов-медиков:
медико-психологическая эффективность**

Руженкова В. В.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Актуальность. Деятельность студента-медика относится к числу напряженных в эмоциональном плане видов труда, что отражается на уровне их психического и соматического здоровья (Vaez M., 2004), а медицинская подготовка направлена на укрепление идеи о невосприимчивости врачей к психическим расстройствам (Henderson M. et al., 2012). В результате они отрицают наличие систем поддержки, или испытывают затруднения в доступе к ней (Mayer V. et al., 2016). При этом у студентов чаще, чем в популяции, встречаются симптомы депрессии, тревоги и дистресса (Rotenstein et al., 2016; Winzer et al., 2018).

Целью исследования была разработка и апробация программы «Стресс-менеджмент» для студентов медиков, направленная на повышение стрессоустойчивости и адаптационных способностей.

Задачи исследования: 1. Верификация клинической структуры психических расстройств у студентов-медиков; 2. Выделение симптомов-мишеней для психопрофилактики; 3. Реализация программы «Стресс-менеджмент»; 4. Проверка эффективности реализованной программы.

Материалы и методы. Программа «Стресс-менеджмент» для студентов медиков реализовывалась на 2 курсе в рамках реализации дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» («ПККС»). Студенты были разделены на 2 группы: экспериментальную, в которой помимо предусмотренных учебным планом лекций и практических занятий реализовывалась программа «Стресс-менеджмент» и контрольную, в которой занятия реализовывались в соответствии с учебным планом. Все студенты, участвующие в тренинге, были в нем заинтересованы и давали письменное добровольное информированное согласие. Через 1 и 2 года после завершения тренинга проводилось контрольное анкетирование и психометрическое обследование. В исследовании приняли участие 107 студентов в возрасте 18–24 ($19,5 \pm 0,1$) лет. В экспериментальную группу вошло 55 студентов: 74,5 % – женского и 25,5 % – мужского пола, контрольную группу составили 52 человека: 80,7 % – женского и 19,3 % – мужского пола. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Основными методами исследования были: 1. Медико-социологический (социально-демографические сведения, точка зрения на изменения в результате изучения дисциплины и прохождения тренинга). 2. Клинико-психопатологический. 3. Психометрический: тест на учебный стресс Ю.В. Щербатых (2006); шкала DASS-21 (Lovibond P.F, Lovibond S.H., 1995) – для верификации уровня депрессии, тревоги и стресса; 4. Статистический (методы описательной непараметрической статистики, критерий Манна-Уитни и критерий Вилкоксона, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2×2).

Результаты и обсуждение. Установлено, что субклинические астено-вегетативные и астено-невротические реакции с заострением преморбидных личностных черт наблюдались у 19,3 % студентов (20,0 % – экспериментальной и 19,2 % – контрольной группы). Непсихотические психические расстройства (НПР) выявлены у 15,4 % студентов (16,4 % – экспериментальной и 15,4 – контрольной группы). На начало проведения курса «ПККС» и тренинга «Стресс-менеджмент» значимость учебных стрессовых факторов, физиологические проявления стресса и симптомы предэкзамениционного стресса для экспериментальной и контрольной группы были одинаковыми (статистически значимых различий не выявлено). В тренинговой части применялись мультимодальные техники психотерапии (когнитивно-бихевиоральные, НЛП, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз, эпистемологическая метафора, символдрама) с учетом преобладающего типа реагирования на стресс – адаптивного (спорт, прогулки, поддержка родителей), невротического, аффективного, личностного, аддиктивного, психосоматического или суицидального. Катамнез (1 год) после реализации программы «Стресс-менеджмент» показал, что

в экспериментальной группе по сравнению с контрольной, достоверно снизилась значимость учебных стрессовых факторов: строгость преподавателей ($p = 0,041$), большая учебная нагрузка ($p = 0,043$), жизнь вдали от родителей ($p = 0,041$), трудности организации режима дня ($p = 0,04$) и необходимость тратить много времени на подготовку к занятиям ($p = 0,031$). В экспериментальной группе, по сравнению с состоянием до тренинга, уменьшилось число студентов с умеренной и высокой выраженностью тревоги с 27,2 % до 9,1 % ($p = 0,003$ OR = 3,6) и дистресса ($p = 0,040$ OR = 2,6) с 41,8 % до 21,8 %. У студентов с НПР значимо снизились актуальность высокой учебной нагрузки, нерационального распорядка, непонятных учебников, а у лиц с субклиническими реакциями – трудностей организации режима дня и повысились адаптационные способности. У психически здоровых студентов снизилась значимость большой учебной нагрузки и нерегулярного питания, но возросла актуальность нежелания учиться. Для студентов контрольной группы менее актуальной стала высокая учебная нагрузка и страх перед будущим. Анализ выраженности симптомов учебного стресса показал, что в экспериментальной группе, по сравнению с контрольной, снизилась выраженность ощущения беспомощности ($p = 0,048$), подавленного настроения ($p = 0,039$), тревоги и страха ($p = 0,047$), тахикардии ($p = 0,036$), головных болей ($p = 0,048$), нарушений сна ($p = 0,039$) и повысилась уверенность в себе ($p = 0,031$). В экспериментальной группе по сравнению с состоянием до тренинга, снизилась выраженность психических и психосоматических симптомов учебного стресса. У студентов с НПР и субклиническими реакциями нормализовалось внимание, улучшилось настроение, снизился уровень тревоги, повысилась самооценка, исчезло затрудненное дыхание и дискомфорт в области сердца. У психически здоровых студентов уменьшилось ощущение нехватки времени, повысилась самооценка. В контрольной группе по сравнению с состоянием до реализации дисциплины улучшилась концентрация внимания. Для преодоления учебного стресса студенты экспериментальной группы по сравнению с контрольной чаще стали гулять ($p = 0,043$) и читать художественную литературу ($p = 0,046$). В экспериментальной группе по сравнению с состоянием до тренинга значимо снизилась актуальность употребления алкоголя и приема лекарственных препаратов для преодоления учебного стресса. У лиц с субклиническими реакциями выросла значимость прогулок и снизилась актуальность приема настоев лекарственных трав. Студенты контрольной группы по сравнению с состоянием до реализации дисциплины статистически значимо чаще ($p = 0,0005$) стали читать художественную литературу. В то же время, употребление алкоголя и лекарств у них осталось на прежнем уровне, что создает угрозу формирования аддиктивного поведения и химических

зависимостей. В обеих группах сила волнения перед экзаменами осталась одинаковой, что обусловлено высоким уровнем учебного стресса, но в экспериментальной – достоверно значимо улучшился сон в сессионный период ($p = 0,047$). Катамнез (2 года) показал, что для проходивших тренинг, по сравнению с контрольной группой были менее значимы учебные стрессовые факторы: «строгость преподавателей» ($p = 0,044$), «большая учебная нагрузка» ($p = 0,047$) и «страх перед будущим» ($p = 0,041$), а также симптомы учебного стресса «ощущение беспомощности» ($p = 0,046$), «тревога» ($p = 0,041$) и «потеря уверенности» ($p = 0,037$).

Выводы. Реализация тренинга «Стресс-менеджмент» (в основном направленного на изменение восприятия стрессовых факторов и, в частности, на снижение выраженности симптомов учебного стресса) в рамках дисциплины «Психокоррекция кризисных состояний» оптимизирует адаптацию к учебному стрессу и снижает (особенно у студентов с субклиническими реакциями и психическими расстройствами непсихотического уровня) выраженность психических и психосоматических симптомов, а также дезактуализирует аддитивный способ совладания со стрессом и повышает значимость физической активности. Тренинг «Стресс-менеджмент» показал свою эффективность и может быть рекомендован для широкого внедрения в форме учебной дисциплины как вариативного компонента учебного плана.

Нарушения пищевого поведения как потенциальный фактор риска избыточной массы тела и ожирения

Рукавишников Г. В.

г. Санкт Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение являются одной из ключевых проблем здравоохранения и потенциальными факторами риска целого ряда хронических соматических заболеваний (ВОЗ, 2020). В настоящее время появляется всё больше информации о роли психопатологических факторов (в частности, нарушений пищевого поведения) в формировании данных метаболических нарушений.

Цель и задачи. Проанализировать частоту и структуру нарушений пищевого поведения у респондентов, заинтересованных в снижении массы тела, а также оценить их потенциальную взаимосвязь с показателями массы

тела. Материалы и методы. Материал исследования был получен в результате онлайн-опроса 27 769 русскоязычных респондентов, заинтересованных в снижении веса (большую часть выборки составили женщины – 94,2 %). Индекс массы тела рассчитывался на основании показателей роста и веса, указанных респондентами. Для скрининга наличия расстройств пищевого поведения использовался шкала Тест отношения к приему пищи (Eating Attitudes Test, EAT).

Результаты и обсуждение. По результатам опросы были выявлены высокие частоты избыточной массы тела (29,3 %), и ожирения I (27,8 %) и II (15,5 %) степени. Морбидное ожирение III степени было выявлено определено в 11,6 % случаев. Средний показатель индекса массы тела (ИМТ) у мужчин (35,30 (7,16) кг/м², ожирение I– II степени) был выше, чем у женщин (31,45 (6,84) кг/м², $p < 0,01$). Анализ по данным шкалы EAT после исключения частично заполненных вариантов опросника был доступен у 13 341 респондентов. Более высокие средние показатели по опроснику были отмечены для женщин (10.09 (5.10)) в сравнении с мужчинами (7,86 (5,7), $p < 0,0001$). При этом у женщин более молодого возраста (< 25 лет) показатели по шкале EAT превышали таковые для женщин более старших возрастных групп. Показатели EAT, соответствующие повышенному риску нарушений пищевого поведения (≥ 20), значительно чаще отмечались у женщин (23,3 %) в сравнении с мужчинами (13,4 %, $p < 0,0001$). Логистическая регрессия (AUC = 0,643) и построение «деревьев решений» (61 % успешных классификаций) показали, что в наибольшей степени на риск формирования ожирения влияют такие подшкалы EAT как «Оральный контроль» и «Булимия».

Выводы. Данные нашего исследования показали, что профили EAT с наиболее высоким риском развития ожирения были более характерны для женщин и варьировали в зависимости от возраста. Полученные данные могут быть использованы для формирования индивидуальных групп риска по развитию ожирения с разработкой новых диагностических и терапевтических подходов для них.

Затяжные и хронические эндогенные маниакальные и маниакально-бредовые состояния (клинико-психопатологические особенности)

Румянцева Е. Б.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Одной из актуальных проблем современной психиатрии является изучение затяжных и хронических маниакальных и маниакально-бредовых состояний. Данные расстройства отличаются значительной частотой возникновения и имеют высокую социальную значимость. Этот факт диктует необходимость проведения исследований, которые позволили бы дать адекватную нозологическую квалификацию подобных психозов, выявить нейробиологические маркеры и определить клинико-патогенетические аспекты их прогноза, а также разработать адекватные персонифицированные, дифференцированные терапевтические подходы и социально-реабилитационные стратегии в отношении пациентов, у которых наблюдаются данные состояния. Затяжные и хронические мании исследовались психиатрами на протяжении долгого времени. Их изучение начинается с работ P. Pinel (1802), J. Esquirol (1838), W. Griesinger (1865), S. Scott (1904), G. Ballet (1903, 1909), а в последующем продолжено трудами Е. Краепелин (1913) и F. Wertham (1929).

Следует отметить, что все упомянутые исследователи подчеркивали, что эти состояния имеют существенные психопатологические отличия от обычных маний: у больных отмечается выраженная утрата этических норм поведения, а также снижение глубины критической оценки окружающего и уровня суждений. В связи с этим предполагалось, что хроническая мания является, по сути, своеобразной формой деменции. Была даже описана атипичная форма мании, названная автором «резонирующей» которая имела хроническое течение без возможности полного выздоровления (G. Ballet (1903,1909)).

Многолетние маниакальные состояния, сочетающиеся с расстройствами паранойяльного, психопатического и невротического круга, в последующем были описаны Н. Mollweide (1948), Н. Burger-Prinz (1950) и Н. Еу (1954) в рамках мягко протекающего шизофренического процесса. Число работ, посвященных затяжным и хроническим маниакальным состояниям, в последующие годы было крайне ограниченным. Отмечались противоречия в самом определении данных состояний, в частности, устанавливались различные критерии их длительности: 2 года, 1 год и даже 6 месяцев.

Кроме того, необходимо отметить, что большая часть проведенных в последние годы исследований была основана лишь на количественных параметрах психометрических шкал, при этом тщательный психопатологический анализ затяжных/хронических маний, позволяющий отличить ее клиническую картину от таковой при острой мании, практически не проводился. В единичных работах, посвященных данной теме, утверждается, что при хронической мании чаще, по сравнению с острой манией, наблюдаются такие симптомы как «постоянная эйфория», бредовые идеи величия и, соответствующие им по содержанию, галлюцинации, и, значительно реже – расстройства влечений, сна, аппетита, а также психомоторное возбуждение. Эпидемиологические исследования последних десятилетий выявили достаточно высокую частоту затяжных/хронических маний среди всех пациентов с эндогенными маниакальными состояниями: от 6 % до 15 %. В ряде работ подчеркивается неразработанность клинических критериев затяжных и хронических маний и констатируется практическое отсутствие исследований, касающихся клиники и психопатологии данных состояний. Вышеописанные данные литературы определяют актуальность настоящего исследования, которая обусловлена недостаточностью сведений о психопатологической структуре затяжных/хронических эндогенных маниакальных и маниакально-бредовых состояний (ЗЭМБС), а также особенностях течения психических заболеваний, в рамках которых они наблюдаются.

Целями настоящего исследования являются: создание клинической типологии ЗЭМБС, усовершенствование методов диагностики подобных состояний, уточнение прогноза заболеваний, в структуре которых они имеют место.

Материалы и методы. Всего было обследовано 44 больных эндогенными приступообразными психозами, в структуре которых наблюдались затяжные/хронические маниакальные или маниакально-бредовые состояния, в возрасте от 18 до 55 лет (17 больных приступообразной шизофренией (F 20.01-2), 15 больных шизоаффективным психозом (F 25.0), 11 больных биполярным аффективным расстройством (F 31.1-2)) Пациенты исследовались непосредственно в период затяжного/хронического маниакального или маниакально-бредового состояния при поступлении в клинику НЦПЗ с последующим динамическим наблюдением. Для исключения влияния гендерного фактора, исследованы больные только женского пола. Работа проводилась в рамках научных исследований группы эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (зав. отделом – д.м.н. А.Н. Бархатова) ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты. Установлено, что затяжное/хроническое течение маниакальных и маниакально-бредовых состояний в значительной мере определяет особенности их клинико-психопатологических параметров. В соответствии с результатами клинико-динамического анализа, были выделены две группы: мономорфные ЗЭМБС и полиморфные ЗЭМБС. Мономорфные ЗЭМБС (23 больных) характеризовались, на всем своем протяжении, одной и той же неизменной клинической картиной. В то же время, данная группа была неоднородна и подразделялась на состояния с сохраняющейся остротой симптоматики, аффективной насыщенностью переживаний, яркостью аффективных проявлений («острая» подгруппа) и мании с атипичной структурой, дисгармонией триады, а также тусклостью, монотонностью, однообразием симптоматики («хронифицированная» подгруппа). Полиморфные ЗЭМБС (21 больная) отличались изменчивостью клинической картины и также были неоднородны, разделяясь на состояния, структура которых непрерывно усложнялась на всем протяжении приступа/фазы, сохраняя остроту симптоматики («развивающаяся» подгруппа) и подгруппу «двойной мании» (по аналогии с широко известной «двойной депрессией» Keller M.B (1982, 1983)). Вторая подгруппа характеризовалась периодическим возникновением на фоне монотонной, застывшей клинической картины ЗЭМБС с чертами хронификации, эпизодов усложнения и усиления интенсивности психопатологической симптоматики с чертами аффективной яркости и остроты. При анализе течения психических заболеваний, в структуре которых развивались ЗМБС, было установлено, что наиболее прогностически неблагоприятной являлась «хронифицированная» подгруппа мономорфных ЗЭМБС, а наиболее благоприятное течение заболевания было у больных «острой» подгруппы мономорфных ЗЭМБС и «развивающейся» подгруппы полиморфных ЗЭМБС. Подгруппа «двойной мании» полиморфных ЗМБС, занимала, в плане прогноза заболевания, промежуточное положение.

Приведенные данные свидетельствуют о прогностической значимости разработанной типологии ЗЭМБС и позволяют уточнить место ЗМБС в структуре различных психических заболеваний, а также осуществить выбор адекватных терапевтических мероприятий для этой категории больных.

Технологии машинного обучения как вспомогательный диагностический инструмент в практике врача-психиатра: Протокол исследования

***Акинфиева С. С., Погребняк В. А., Кайседо В., Кажин В. А.,
Никифоров И. А., Медведев О. Н., Меркин А. Г.***

г. Москва

*Национальный центр развития технологий социальной поддержки
и реабилитации «Доверие»*

Актуальность. Шизофрения – тяжелое хроническое психическое расстройство, связанное с высоким уровнем функциональных нарушений и неблагоприятным прогнозом. Шизофрения является одной из наиболее распространенных причин инвалидности во всем мире. Распространенность шизофрении оценивается в пределах 0,8–1 %, однако, несмотря на сравнительно низкую распространённость в популяции, шизофрения создаёт значительную нагрузку на систему здравоохранения, семью и на общество, в целом. Шизофрения приводит к социальной деградации и снижению качества жизни психически больных, а также связана с более высоким уровнем коморбидных заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, инсульт, диабет II типа, респираторные заболевания и некоторые виды рака. У лиц, страдающих с шизофренией, средняя продолжительность жизни на 15 лет меньше, чем в общей популяции, у большинства пациентов с шизофренией отмечается социальный дрейф с потерей трудовых навыков и трудоспособности, а также повышенный риск самоубийств Эмиль Крепелин, один из основоположников психиатрии, в психиатрической клинике при Гейдельбергском университете заложил основы коллекции картин и рисунков пациентов, страдавших психическими заболеваниями. В последующем в 1919–1921 годах, эту коллекцию развивал и дополнял психиатр и историк искусств Ханц Принцхорн (Hanz Prinzhorn). В настоящее время данная коллекция носит имя Принцхорна и насчитывает около 26 000 произведений искусства. Коллекция хранится в Гейдельбергском университете в музее работ художников, госпитализированных в психиатрические учреждения. Картины пациентов психиатрических клиник, у которых была диагностирована шизофрения, легли в основу направления в художественном искусстве Art Brut (другое название Outsider Art). Ряд исследователей при помощи статистических методов анализа изображений находили специфические паттерны в картинах людей с шизофренией, а недавнее исследование, проведенное Henemann с соавт. с использованием картин 14 художников с шизофренией из коллекции Принцхорна также подтвердило эти находки

и выявило паттерны в произведениях искусства, созданных 6 пациентами, страдавшими шизофренией, которые отличают эти произведения от произведений, созданных людьми, у которых не было установлено наличия психического заболеваний. В своей работе авторы применяли традиционные статистические методы анализа изображений. С развитием алгоритмов машинного обучения предпринимаются попытки их использования в задачах диагностики в медицине и, в том числе, в психиатрии. Известно, что диагностика шизофрении зачастую вызывает сложности, особенно на ранних этапах развития заболевания. Вместе с тем, точный и своевременный прогноз данного заболевания может помочь раннему началу терапевтических и реабилитационных мероприятий, что будет способствовать снижению инвалидизации психически больных. Поэтому использование новых современных вспомогательных диагностических технологий в психиатрической практике трудно переоценить.

В настоящей работе будут применены методы машинного обучения для обнаружения различий между картинами из коллекции Принцхорна, созданными пациентами, страдающими шизофренией и картинами, написанными людьми, у которых не было установлено наличия психических заболеваний. Алгоритм машинного обучения, созданный на основе данного исследования, в дальнейшем может быть использован в качестве вспомогательного диагностического инструмента для помощи психиатрам при осуществлении диагностического поиска.

Цель. Разработать прототип вспомогательной диагностической модели шизофрении на основе художественных работ из коллекции Принцхорна с использованием алгоритмов машинного обучения.

Материалы и методы. В качестве экспериментальной группы будет использован набор данных из коллекции Принцхорна из 1292 изображений 14 человек, у которых была диагностирована шизофрения. В качестве контрольных групп будут использованы два набора данных, включающие произведения людей, у которых не было установлено наличия психических заболеваний: Группа 1 (N1): 1629 цветных картин из набора данных JenAesthetics. Картины созданы известными художниками 16–20 веков (до 1937 г.). Группа 2 (N2): 200 монохромных художественных изображений из набора данных по графическому искусству, включающих графические произведения (офорты, рисунки, гравюры на дереве, литографии и др.). Для извлечения низкоуровневых признаков изображений будет использоваться алгоритм машинного обучения Convolutional Neural Network (CNN). Для этого в архитектуре CNN будут использованы веса, обученные на больших общедоступных наборах данных для задач компьютерного зрения и распознавания образов (ImageNet и COCO), поскольку они могут захватывать наиболее важные особенности изображения для большинства задач

компьютерного зрения для дальнейшей специфической обработки. Результат применения полученной нейросети CNN к исходным изображениям далее будет использоваться для ввода данных в другие системы машинного обучения: K-Nearest Neighbour (KNN), Support Vector Machine (SVM), Random Forest (RF), Boosted Tree Classifier, а также в и дополнительные слои CNN. В качестве обучающего набора для алгоритма машинного обучения будут использованы 90 % доступных наборов данных в экспериментальной и контрольной группах, оставшиеся 10 % набора данных будут использованы для кросс-валидации. Таким образом, будут разработаны два различных алгоритма классификации: для цветных и монохромных изображений.

Предполагаемые результаты и их значение. В результате исследования на основе применения различных алгоритмов машинного обучения планируется выбрать алгоритм с наиболее точной способностью к классификации («диагностике»): распределению картин в различные группы, в соответствии с диагнозом/отсутствием диагноза у автора. На основе полученных результатов планируется разработать алгоритм распознавания паттернов, характерных для картин, созданных пациентами, у которых был установлен диагноз: «Шизофрения». Предполагается, что полученный результат продемонстрирует функциональность предлагаемой методологии и может быть использован в дальнейшем для проведения исследований по валидации и последующей доработке алгоритма на большей выборке данных. В дальнейшем это может помочь использовать разработанный алгоритм качестве вспомогательного диагностического инструмента для врачей-психиатров.

Клинико-эпидемиологические характеристики поздней шизофрении

Савельев А. П.

СЗГМУ им. И. И. Мечникова

Актуальность. Сохраняется дискутабельность типичного возраста начала шизофрении в мировой литературе, однако, появляется все больше публикаций, в которых упоминается рост числа случаев с поздним и очень поздним началом заболевания, при этом, по-прежнему доминирует концепция, что типичное начало шизофрении – это молодой возраст. Шизофрения в позднем возрасте становится серьезной проблемой общественного здравоохранения во всем мире и в то же время является одной из самых спорных в клинической психиатрии. Органические факторы, сопровождающие

процесс старения, создают известные затруднения в диагностическом поиске и нозологической квалификации.

Цель и задачи. Выявление и анализ первичной заболеваемости (одномоментный срез) больных шизофренией старше 60 лет по данным обращаемости в психиатрические учреждения в 4 округа Российской Федерации, а также прицельное изучение диспансерного контингента больных старше 40 лет.

Материалы и методы. Анализировались данные по 4 федеральным округам Российской Федерации: Северо-Западному (СЗФО), Южному (ЮФО), Северо-Кавказскому (СКФО) и Приволжскому (ПФО), в том числе в сравнении с общими показателями по Российской Федерации (РФ). Материалом исследования послужили данные формы федерального статистического наблюдения № 10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)». Показатели рассчитаны на 01.01.2019 г. Представлены данные по первичной заболеваемости в абсолютных числах и в расчете на 100 тыс. соответствующего населения. Расчет относительных показателей осуществлялся по официальным данным Федеральной службы государственной статистики (Росстат) о среднегодовой численности населения субъектов РФ. Кроме того, на базе психоневрологического диспансера Петроградского района г. Санкт-Петербурга было проведено изучение медицинской документации больных от 40 до 60 лет и старше с впервые в жизни установленным диагнозом «шизофрения».

Результаты исследования. В РФ за 2018 г. зафиксировано 14 561 (9,9 на 100 тыс.) лиц с впервые установленным диагнозом «шизофрения» или 0,36 % в популяции. Среди пациентов 60 лет и старше шизофрения диагностировалась у 1224 (3,8 на 100 тыс.), что составило 8,4 % от всех первичных пациентов. В двух самых крупных городах РФ – Москве и Санкт-Петербурге – пациентов от 40 до 59 лет было соответственно 31,9 и 23,5 %, в то время как после 60 – 10,2 и 17,0 %. Общие значения всех пациентов после 40 лет и старше были близки и составили 42,1 и 40,5 %. В СЗФО самый высокий показатель 14,5/100тыс. выявлялся в Санкт-Петербурге. В нескольких регионах, таких как Республика Коми, Ненецкий АО, Псковская область новых случаев в описываемый период не наблюдалось. Доли пожилых среди всех заболевших в округе располагались в диапазоне от 2,4 (Республика Карелия) до 20,8 % (Ленинградская область). В Ленинградской, Вологодской, Калининградской областях и Санкт-Петербурге этот показатель был выше общероссийского. В ЮФО больше всего больных в возрасте старше 60 лет с впервые в жизни установленным диагнозом было выявлено в Ростовской области (9,1/100 тыс.). Доли пожилых среди всех заболевших в округе располагались в диапазоне

от 4,6 (Астраханская область) до 18,1 % (г. Севастополь). В Ростовской и Волгоградской областях, Республике Крым и Севастополе эти доли превышали общероссийский показатель. В СКФО больше всего пожилых пациентов с впервые установленным диагнозом было в Кабардино-Балкарской Республике (8,9/100 тыс.). Из всех регионов только в Ингушетии новых случаев не наблюдалось. Во всех регионах, кроме Кабардино-Балкарии, доли пожилых людей были ниже общероссийской. В ПФО в Оренбургской области зафиксирован самый высокий показатель по округу – 5,7/100 тыс. Только в одном регионе (Чувашия) лиц в возрасте 60 и старше с впервые установленным диагнозом «шизофрения» не было. По отношению ко всем первичным больным, доля пожилых была наибольшей в Удмуртии. Кроме Удмуртии, данный показатель превышал общероссийский в Республике Марий Эл, Оренбургской и Саратовской областях. Прицельный анализ контингента больных проводился в психоневрологическом диспансере Петроградского района Санкт-Петербурга. Обращает на себя внимание высокий удельный вес органических психозов (исключая все формы слабоумия и эпилепсию). По отношению к этим расстройствам возможна редиагностика, поскольку, несмотря на наличие присущих возрасту интеркуррентных заболеваний у пациентов в клинической картине никогда не было синдромов экзогенного типа по К. Vonhöffer, а болезненный процесс развивался аутохтонно, по закономерностям эндогенного процесса.

Результаты и обсуждение. Сопоставление данных о распространенности шизофрении затруднено из-за различий в дизайне исследователей в разных странах и применении различных показателей. Вместе с тем, обнаружены и некоторые соответствия. В РФ зафиксировано 14561 (9,9 на 100 тыс.) лиц с впервые установленным диагнозом «шизофрения» или 0,36 % в популяции. Это соответствует данным P.D.Meesters. Его показатель – 0,55 %. Просматривается устойчивая тенденция сопрягать любую этиологическую находку с установлением соответствующего диагноза. Так, наличие характерных изменений при МРТ-исследовании головного мозга, наличие верифицированного диагноза общего атеросклероза мозговых артерий, выявленного при дуплексном УЗДГ, практически всегда ведут к диагностике из рубрики F06.xx (расстройства органического спектра), даже несмотря на наличие очевидных шизофренических симптомов, в том числе первого ранга К. Шнайдера. И, безусловно, с возрастом большое количество таких находок возрастает. Несоответствия в диагностических системах и номенклатуре, в сочетании с тенденцией большинства исследователей шизофрению относить поздние психозы к органическим факторам, привели к тому, что такие случаи занимают двусмысленное положение по отношению к шизофрении. Что касается первичной верификации расстройств шизофренического спектра у лиц старше 40 лет, то здесь следует отметить, что возраст

заболевания мы определяли первым визитом к врачу-психиатру. При сборе анамнеза (в том числе и объективного, со слов родственников, коллег по работе) зачастую выяснялось, что пациент еще в преморбиде имел соответствующие особенности шизофренического регистра, начиная от шизоидного расстройства личности и заканчивая очевидными симптомами малопрогрессивной шизофрении, что, впрочем, не мешало ему достаточно длительное время функционировать в макро- и микросоциуме, не обращаясь за специализированной психиатрической помощью. Также остается дискуссионным вопрос о причинах эскалации эндогенного расстройства, приведшей к обращению за специализированной психиатрической помощью при столь длительном компенсированном состоянии.

Выводы. Полученные данные говорят, во-первых, о существовании значительных и независимых вариаций заболеваемости шизофренией и другими психозами с точки зрения пола, возраста, этнической принадлежности и места проживания, во-вторых, о заметной вариативности реакции людей на факторы риска окружающей среды – от очевидной уязвимости до крайней устойчивости. Проведенное исследование первичной заболеваемости было поперечным, что затрудняло получение полной информации о шизофрении и шизоформных психозах позднего возраста. Необходимыми являются локальные натуралистические исследования для уточнения их структуры и гендерного аспекта. Однако, и полученные данные могут быть использованы при решении вопросов организации психиатрической помощи пожилым больным шизофренией.

Экспертная оценка способности женщин с психическими расстройствами воспитывать детей (анализ практики и актуальных проблем)

Садовникова М. В., Казакова Е. Ю., Баранов А. В.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Семейным Кодексом РФ предусмотрено лишение или ограничение родительских прав, если пребывание ребенка с родителями причиняет вред его здоровью или представляет опасность для него (ст. 69, 73 СК РФ). Как известно, ограничиваются родительские права в тех случаях когда, оставление ребенка с родителями (одним из родителей) опасно для ребенка по обстоятельствам от них независимым (в том числе вследствие имеющегося у родителя психического расстройства) (ст. 73 СКРФ).

Своевременное выявление данной проблемы, безусловно является профилактикой общественно опасного деяния (ООД) совершения родителями в отношении детей. Решение данного вопроса в суде неотъемлемо связано с назначением судебно-психиатрической (КСППЭ) экспертизы. Хотя и производство её является не обязательным, но, как правило суды назначают данные экспертизы в 100 % случаев. Предметом является установление наличия или отсутствия неблагоприятных для психического развития ребенка и опасных для его жизни последствий осуществления родительских прав родителями, страдающими психическими расстройствами (Харитоновна Н.К., Королёва Е.В. 2009 год). В нашей практике подобные экспертизы приобрели наибольшую актуальность только в течении последних пяти лет. Не смотря на то, что и их общее количество остается небольшим в общей структуре экспертиз, их производство довольно трудоёмкое и вызывает многочисленные вопросы, а порой и затруднения как организационного так и экспертного плана. В связи с чем в настоящее время возникла необходимость обобщения опыта и анализа наиболее актуальных проблем.

Материал и методы. Исследование проходило на базе отделения судебно-психиатрической экспертизы Тамбовской психиатрической клинической больницы. Было проведено изучение сплошной выборки подэкспертных, проходивших амбулаторные и стационарные судебно-психиатрические экспертизы по гражданским делам об ограничении (восстановлении) родительских прав за период 2015–2020 гг. Всего обследовано 6 человек. Все обследованные женщины. Использован клинико-психопатологический метод, метод экспертной оценки, сравнительного анализа, непосредственного наблюдения. При статистической обработке материала использовались количественные и качественные показатели.

Цели и задачи. Обобщить опыт проведения судебно-психиатрических (комплексных психолого – психиатрических) экспертиз по делам об ограничении их в родительских правах; дать клинико-социальную характеристику женщин с психическими расстройствами, прошедших СПЭ; провести анализ наиболее актуальных проблем, возникающих в ходе проведения СПЭ по данной категории дел.

Результаты и обсуждение. Всего, за указанный период времени, было проведено 6 экспертиз и три из них за последний год. Интересным представляется тот факт, что по уголовным делам о ненадлежащем исполнении обязанностей по воспитанию своих несовершеннолетних детей проходят СПЭ большее количество женщин по сравнению с СПЭ по гражданским делам (4 : 1). Экспертизы по гражданским делам, в отношении женщин с психическими расстройствами, и решением вопросов ограничения их в родительских правах являются экспертизами повышенной сложности.

Анализ клинико-социальных характеристик подэкспертных по данным делам показал следующее. Преимущественно это молодые женщины в возрасте от 22 до 40 лет (средний возраст 34 года). В двух случаях подэкспертные имели высшее образование, были успешны в учебе, одна из них закончила ВУЗ с красным дипломом. В двух случаях подэкспертные имели среднее специальное образование, успевали удовлетворительным; по одному случаю вспомогательная школа и в школе не обучалась. Семейный статус на момент проведения экспертизы характеризовался следующим: в двух случаях подэкспертные состояли в законном браке, одна вдова, двое в разводе и одна замужем не была. В основном женщины адаптированные в трудовом статусе и имеющие стабильный доход: 90 % случаях работающие (преимущественно низкоквалифицированный труд), но и одновременно имеющие группу инвалидности. По нозологическому составу исследуемая группа разделилась следующим образом: три случая это заболевания шизофренического спектра; один случай умственная отсталость; один случай синдром зависимости от алкоголя и в одном случае диагноз был не верифицирован (экспертные вопросы не решены). Экспертные задачи, решаемые при проведении экспертизы преимущественно были однотипные: в 5 случаях ставился вопрос об ограничении женщин в родительских правах и только в 1-м случае о восстановлении в родительских правах. В большинстве случаев (5 дел) истцами по гражданским делам были члены семьи и только в одном случае комиссия по делам несовершеннолетних. Трое истцов совместно с подэкспертными не проживали. Между членами семьи были как правило конфликтные отношения. В 100 % случаях женщины высказывали желание самостоятельно воспитывать своих детей. В 4-х случаях из 6 в период СПЭ женщины тепло отзывались о своих детях, искали возможности общения с ними, строили совместные планы. Согласно экспертным выводом в 65 % случаев давалось заключение, что по психическому состоянию подэкспертная не представляет опасности для жизни и здоровья ребенка и не оказывает на его развитие негативного влияния. В 16 % (1 случай) давалось заключение, что мать представляет угрозу жизни и здоровью ребенка и по одному делу экспертные вопросы решены не были. При проведении данных экспертиз мы регулярно сталкиваемся с достаточно стандартными проблемами, которые были разделены нами на две группы – организационные и клинические. Организационные: материалы дела крайне редко содержали информацию о социально-бытовой адаптации подэкспертных, характеристики носили формальный характер, медицинская документация не всегда объективно отражала состояние, зачастую записи (в амбулаторных картах) дублировали одна другую. Вопросы поставленные судом, часто носили свободный, гипотетический характер. Так же имелись проблемы взаимодействия, так

в нашей практике за весь указанный период не было ни одного вызова в суд эксперта, для пояснения заключений, несмотря на то, что часть вопросов были оставлены без ответов в силу сложности прогноза психического состояния подэкспертных. Клинические: ранее установленные диагнозы были «утяжелены», вероятно, на этапе решения вопросов медико-социальной экспертизы; недостаточность опыта в проведении подобных экспертиз вызывала трудности в обосновании экспертных выводов.

Выводы.

1. Анализ клинико-социальных характеристик позволяет сделать вывод, что в основном в нашей практике это были молодые женщины, страдающие психическими расстройствами, которые не представляют опасности для жизни и здоровья ребенка, сохранены в социально-бытовом плане, в большинстве своем испытывающих теплые чувства к своим детям, но имеющие достаточно серьезные внутрисемейные проблемы.

2. В числе наиболее актуальных вопросов, возникающих при производстве данной категории экспертиз наш опыт позволяет выделить организационные (качество подготовки материалов дела, вопросы взаимодействия с судами) и клинические (трудности диагностики и обоснования экспертных выводов).

3. В целях совершенствования качества экспертиз целесообразно: более широкое освещение данной проблемы в методических рекомендациях; организационно-методическое сотрудничество с судами (организация рабочих совещаний, для разъяснения экспертных возможностей и формулировки четких экспертных задач, особенностей подготовки материалов дела).

Медико-генетические предикторы тревожных проявлений у детей с расстройствами аутистического спектра

Сафиуллина Л. Р., Сабиров И. С., Яхин К. К., Фёдорова В. Д.

г. Казань

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность. Расстройства аутистического спектра (РАС) – это расстройства нейроразвития, характеризующееся дефицитом социальной коммуникации и социального взаимодействия, а также повторяющимся поведением и ограниченными интересами. Несмотря на высокую распространенность тревоги и ее очевидное влияние на общее самочувствие

пациентов с РАС, взаимосвязь тревоги и аутизма недостаточно изучена. Существующие модели классификации РАС недостаточно учитывают коморбидные психические нарушения, в том числе и тревожные проявления. Данные последних исследований показывают, что общая распространенность тревожных расстройств и симптомов у детей дошкольного возраста с РАС и различным когнитивным развитием, находится в диапазоне от 1,6 до 62 %. Существует определенная связь между этиопатогенезом тревоги и изменениями обмена нейротрансмиттеров (таких как серотонин, дофамин, норадреналин, ГАМК). Дети с РАС имеют более высокий уровень тревоги по сравнению с детьми с нейротипичным развитием и детьми с другими расстройствами нейроразвития. Существуют весомые доказательства того, что пациенты с РАС имеют повышенный риск возникновения тревожности и тревожных расстройств, которые могут вызывать перманентный дистресс синдром, усугублять симптомы РАС и поведенческие нарушения. По результатам сравнительной оценки распространенности тревожных расстройств среди детей дошкольного возраста с нейротипичным развитием и детей с РАС отмечается более высокий уровень распространенности тревоги (на 10–20 % выше) у последних [Whalen, Sylvester, & Luby, 2017]. Помимо основных симптомов РАС, высоко распространены коморбидные психические расстройства, затрудняющие диагностику, лечение и построение эффективной программы абилитации. Повышенный уровень тревожности у детей с РАС связан с риском развития депрессивных состояний, деструктивного поведения, ауто- и гетероагрессии, а также родительского стресса. Без точной оценки и диагностики в этой популяции тревога и связанные с ней нарушения зачастую остаются без лечения и усугубляются. Диагностика и коррекция тревожных расстройств у детей с РАС является важнейшей задачей при построении терапии с учетом большого влияния тревоги на благополучие и качество жизни детей данной категории.

Цели и задачи исследования: Целью исследования является оптимизация диагностики тревожных проявлений у детей с РАС с использованием клинико-генетических методов, разработка подходов фармакогенетической коррекции.

Задачи исследования. 1. исследовать клинические варианты тревожных проявлений у детей с РАС и их взаимосвязь с адаптивным поведением с помощью клинико-психометрических и клинико-генетических методов. 2. оценить вклад социально-психологических факторов (семьи) на возникновение и развитие тревожных проявлений у детей с РАС. 3. выявить взаимосвязь между клиническими вариантами тревожных проявлений у детей с РАС и генетическими маркерами нарушения обмена нейротрансмиттеров. 4. разработать подходы к дифференцированной медикаментозной терапии тревожных проявлений у детей с РАС.

Материалы и методы исследования. В соответствии с целью и задачами исследования, были обследованы 99 детей с установленным клиническим диагнозом «аутизм», из них 12 девочек и 77 мальчиков, возраст испытуемых к моменту первичного обследования составил от 3 до 7 лет, и 96 детей из контрольной группы, не имеющих отклонений в психическом развитии.

В соответствии с поставленными задачами в качестве методов исследования были выбраны клиничко-психопатологический и экспериментально-психопатологический методы, включающие в себя: ADI-R: полуструктурированное интервью для установления диагноза РАС. CARS: рейтинговая шкала детского аутизма, стандартизированный инструмент, основанный на непосредственном наблюдении за поведением ребенка в возрасте от 2 лет в 15 функциональных областях: взаимоотношения с людьми; имитация; перцепция и т.д. • ADOS-2: стандартизированная методика, позволяющая оценивать особенности общения, социального взаимодействия и игры и выявить выраженность аутизма; • ACS-ASD: специализированная шкала тревожности, разработанная для детей с РАС; • SCAS: детская шкала тревожности Спенса. предназначена для выявления симптомов различных тревожных расстройств. Генетический метод: • материал: сбор буккального эпителия у детей с РАС и контрольной группы; • метод: выделение ДНК (набор для выделения ДНК «АмплиПраймСорб-АМ» и «АмплиПраймСорб-В») и генотипирование полиморфных маркеров методом ПЦР в реальном времени (амплификатор CFX96, BioRad). Последующий анализ полиморфизма генов нейротрансмиттерных систем: AVPR1A, DRD1, DRD3, GABRA4, GABRB1, HTR3C, MAOA, OXTR, TPH2.

Результаты и обсуждение. Учитывая уровень речевого развития испытуемые были поделены на две группы: довербальный уровень и фразовая речь. Средний бал по шкале ADOS у детей первой группы составил 16 ± 4 , второй группы 12 ± 4 . Средний балл по шкале ACS-ASD составил от 20 до 26, что говорит о значимом уровне тревоги у детей данной популяции. Первые результаты генетического обследования будут оглашены на конференции. Полученные в ходе исследования данные позволят оценить роль социально-психологических факторов на возникновение и развитие тревожных проявлений у детей с РАС, выявить взаимосвязь между клиническими вариантами тревожных проявлений у детей с РАС и генетическими маркерами нарушения обмена нейротрансмиттеров, разработать подходы к дифференцированной медикаментозной терапии тревожных проявлений у детей с РАС.

Работа поддержана грантом РФФИ 18-00-01658 КОМФИ.

Ассоциация дефицита тетрагидробиоптерина с нарушениями одноуглеродного обмена и выраженностью клинических симптомов у пациентов с шизофренией

Семенов И. В., Жилева Т. В., Мазо Г. Э.

г. Нижний Новгород

Приволжский Исследовательский Медицинский Университет

Актуальность. В единичных зарубежных исследованиях (Richardson M.A., 2005) показано, что при шизофрении снижен уровень тетрагидробиоптерина (ВН4) – ключевого кофактора синтеза ряда нейротрансмиттеров, вовлеченных в патогенез шизофрении, в том числе дофамина, серотонина и глутамата (Blau N., 2001). Это позволило отдельным авторам выдвинуть гипотезу о роли ВН4 в этиопатогенетических процессах при шизофрении (Choi Y.K., 2010). Вполне закономерными считаются предположения, что дефицит ВН4 при шизофрении может быть обусловлен генетическими факторами, например, однонуклеотидными полиморфизмами в генах ферментов, участвующих в синтезе и ресинтезе ВН4. Однако, в недавнем исследовании (Clelland J.D., 2018) было показано, что у ряда пациентов с нормальным генотипом по однонуклеотидным полиморфизмам, влияющим на синтез ВН4, уровень его в плазме также был низким. При серьезных нарушениях синтеза ВН4 по основному пути, в ресинтезе ВН4 издигидробиоптерина (ВН2) может играть роль фермент фолатного цикла дигидрофолатредуктазы (DHFR) (Mudd S.H., 1974). Таким образом, дефицит ВН4 может быть ассоциирован с дефицитом фолатов. Одним из главных маркеров нарушения фолатного цикла является повышение уровня гомоцистеина в плазме крови. В нескольких исследованиях, включая мета-анализы (Muntjewerff J.W., 2005), была показана достоверная по значимости ассоциация гипергомоцистеинемии с риском развития шизофрении. Однако исследования о взаимосвязи уровня ВН4 с нарушениями фолатного цикла у пациентов с шизофренией до сих пор не проводились. Кроме того, в российской популяции до сих пор не проводилось исследований ассоциации дефицита ВН4 с шизофренией.

Цель и задачи. Оценить уровень ВН4 у пациентов с шизофренией по сравнению со здоровыми добровольцами; изучить ассоциацию дефицита ВН4 с нарушениями обмена фолатов и выраженностью клинических симптомов шизофрении.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки было обследовано 50 пациентов и 36 здоровых добровольцев.

Критериями включения пациентов в исследование являлись подтверждение диагноза шизофрении с помощью структурированного клинического диагностического «Международного нейропсихиатрического интервью» для психотических расстройств Диагностического и статистического руководства 5-й версии (MiniInternational Neuropsychiatric Interview, MINI для DSM-5); способность пациента дать осознанное добровольное информированное согласие на участие в исследовании; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с воспалением, оксидативным стрессом, гипергомоцистеинемией, нарушениями обмена фолатов, фенилаланина; отсутствие приема витаминов, противовоспалительных средств, антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование. Критериями включения здоровых добровольцев в исследование являлись: отсутствие зарегистрированных ранее на протяжении жизни психических расстройств (здоровый доброволец не наблюдается у психиатра и ранее не обращался к психиатрам по поводу проблем с психическим здоровьем), социальной дезадаптации, злоупотребления психоактивными веществами; соответствие по полу и возрасту пациентам, включенным в исследование; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с воспалением, оксидативным стрессом, гипергомоцистеинемией, нарушениями обмена фолатов, фенилаланина; отсутствие приема витаминов, противовоспалительных средств, антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование. Забор венозной крови осуществлялся строго натощак в утренние часы из локтевой вены, материалом для биохимических исследований служила сыворотка. Количественное определение Тетрагидробиоптерина (ВН4) проводилось методом конкурентного иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием набора CEG421Ge (Cloud-Clone Corp). Учет результатов проводился на спектрофотометре Sunrise, Tecan (Австрия). Определение содержания фолатов (фолиевой кислоты) проводили методом хемилюминесцентного иммуноанализа на микрочастицах (Architect, Abbott lab.S.A.). Выраженность клинических симптомов оценивалась с помощью шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale, S. Key et al., 1987). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. В связи с отсутствием в литературе референсных значений для уровня ВН4 сыворотки в популяции здоровых, за нижнюю границу нормы условно была принята полученная нами нижняя граница межквартильного размаха для выборки здоровых добровольцев – 4057,40 пмоль/л. Доля пациентов с уровнем ВН4 ниже этой границы – 30/50 (60 %), доля здоровых добровольцев с уровнем ВН4 ниже 4057,40 пмоль/л – 9/36 (25 %), разница статистически значимая, критерий

$X^2 = 10,35$; $p = 0,002$; $OR = 4,5$; 95 % ДИ [1,75; 11,56] (ДИ – доверительный интервал). Согласно полученным данным, уровень ВН4 у пациентов (3684.75 [1283.00; 4815.00] пг/мл) по сравнению со здоровыми добровольцами (4260.60 [4057.40; 5236.85] пг/мл) статистически значимо ниже ($p = 0.001$). Уровень фолиевой кислоты у пациентов (3,30 [2,40; 4,30] нг/л) по сравнению со здоровыми добровольцами (4,40 [3,50; 5,40] нг/л) статистически значимо ниже ($p = 0,002$). Уровень гомоцистеина у пациентов (13,65 [11,06; 17,47] мкмоль/л) по сравнению со здоровыми добровольцами (11,21 [9,29; 12,96] мкмоль/л) статистически значимо выше ($p = 0,002$). А различия в уровне В12 у пациентов и добровольцев не имеют статистически значимой разницы ($p = 0,53$). У пациентов отмечается статистически значимая прямая умеренная корреляция уровня ВН4 с уровнем фолатов ($R = 0,43$; $p = 0,0019$; Benjamini-Hohberg Adjusted $p = 0,0029$) и уровнем В12 сыворотки ($R = 0,43$; $p = 0,0020$; Benjamini-Hohberg Adjusted $p = 0,0020$), и обратная умеренная корреляция с уровнем гомоцистеина сыворотки ($R = -0,54$; $p = 0,000051$; Benjamini-Hohberg Adjusted $p = 0,00015$, корреляция Спирмена). В группе контроля не выявлено статистически значимой корреляции уровня ВН4 плазмы ни с уровнем фолатов ($R = -0,14$; $p = 0,41$), ни с уровнем В12 ($R = -0,24$; $p = 0,15$), ни с уровнем гомоцистеина сыворотки ($R = 0,015$; $p = 0,93$). В группе пациентов с дефицитом ВН4 по сравнению с другими пациентами был более выражен показатель притупления аффекта ($N1$, $p = 0,065$, что можно считать тенденцией) и статистически значимо менее выражены показатели уровня манерности и позирования ($G5$, $p = 0,042$) и отказа отсотрудничества ($G8$, $p = 0,023$). Полученные нами результаты о снижении уровня ВН4 у пациентов с шизофренией в российской выборке согласуются с данными, опубликованными Richardson M.A. et al. (2005, 2006) и подтверждают гипотезу о том, что дефицит ВН4 может играть патогенетическую роль в развитии симптомов шизофрении (Richardson M.A., 2005). Так как низкий уровень ВН4 у пациентов изученной выборки имеет статистически значимые обратную корреляцию с уровнем гомоцистеина и прямую корреляцию с уровнем фолатов, а у здоровых добровольцев не обнаружено аналогичных корреляций даже на уровне тенденции, это позволяет рассматривать нарушения обмена фолатов в качестве одного из ключевых биохимических механизмов потерь ВН4. Кроме того, с практической точки зрения в дальнейших исследованиях важно оценить, какие кластеры симптомов в большей степени ассоциированы с дефицитом ВН4, так как изучение этого механизма открывает возможности для персонализированной коррекции уровня ВН4 и оптимизации лечения шизофрении.

Выводы. Таким образом, дефицит ВН4 при шизофрении ассоциирован с различными биохимическими параметрами нарушений обмена фолатов.

Для изучения конкретных молекулярных механизмов ассоциации нарушений одноуглеродного обмена с дефицитом ВН4 при шизофрении требуются дальнейшие исследования. Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РФФИ № 19-015-00420 А.

**Оценка минеральной плотности костной ткани
у пациентов с психическими расстройствами,
длительно получающие антипсихотики
и/или антиконвульсанты**

***Сивакова Н. А., Рукавишников Г. В., Сорокин М. Ю.,
Касьянов Е. Д., Хобейш М. А., Андреев Е. В.,
Ананьева Н. И., Мазо Г. Э.***

г. Санкт Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Проблема снижения минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и частых переломов у пациентов с психическими расстройствами остается важным и не в полной мере изученным вопросом, существенно снижающим качество жизни таких пациентов и сопряженным со значительными экономическими затратами на лечение и реабилитацию. В то же время однозначные сведения о влиянии собственно психических расстройств на риск остеопороза отсутствуют, хотя у пациентов данной категории чаще отмечается ряд вторичных факторов риска (курение, ожирение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем и проч.). Отдельным важным фактором также является повышение риска остеопороза на фоне длительной лекарственной терапии. Отсутствие конкретных данных по влиянию антипсихотической, тимостабилизирующей терапии и их сочетания на развитие остеопороза в изначальной группе риска по этому состоянию делает крайне актуальной необходимость разработки стандартизированных диагностических алгоритмов и изменения тактики ведения данной категории больных. В связи с этим встает вопрос об уточнении факторов риска развития лекарственно-индуцированного остеопороза. В настоящее время в России не проводилось оригинальных исследований, посвящённых изучению влияния антипсихотической и тимостабилизирующей (антиконвульсивной) терапии на риск развития остеопороза у лиц с психическими и неврологическими расстройствами. Также на данный момент нет данных, свидетельствующих об ассоциации большинства психических и неврологических расстройств,

включая биполярное аффективное расстройство, шизофрению и эпилепсию, с риском развития остеопороза (De Hert, M., Detraux, J. et al, 2016). Однако пациенты с данными нозологиями находятся в группе повышенного риска по этой патологии в связи с большим числом вторичных негативных факторов (ожирение, курение, малоподвижный образ жизни, злоупотребление алкоголем и проч.). В современной литературе также имеются данные исследований, свидетельствующих о снижении минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и повышенном риске развития травматизации костей и переломов у пациентов с психическими расстройствами, длительно получающие антипсихотики и/или антиконвульсанты (Киндрас М. Н., 2019; Chandrasekaran V. et al., 2021). Изучение развития лекарственно-индуцированного остеопороза в совокупности с традиционными клиническими методами обследования у пациентов с психическими расстройствами является актуальной клинико-диагностической задачей, решение которой позволит оптимизировать диагностику, корректировать проводимое лечение, а также будет способствовать персонализации лечения, в частности, делать целенаправленный выбор антипсихотиков и антиконвульсантов.

Цель. Оценка МПКТ у пациентов с длительным приемом антипсихотиков и/или антиконвульсантов. **Материалы и методы:** Обследовано 74 пациента в возрасте от 21 года до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в НМИЦ психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева с верифицированным диагнозом психическое расстройство, длительно принимающих (не менее 12 месяцев) антипсихотики, метаболизирующихся в печени путем бета-окисления с участием изофермента CYP2D6 в моно- или политерапии и/или антиконвульсанты, включая энзим-индуцирующие и энзим-ингибирующие препараты. Все пациенты прошли клиническое психиатрическое обследование и оценку МПКТ с помощью количественной компьютерной томографии (QCT) в трех точках: в поясничном отделе позвоночника (L1, L2) и бедренной кости (шейка бедра). Для контроля точности определения МПКТ и проведения кросс-калибровки разработан специальный калибровочный фантом. Результаты исследования позвоночника представлялись в виде среднего значения МПКТ для губчатого вещества тел двух позвонков (L1, L2) и шейки бедра в зависимости от возраста и рассчитанный по ним Т-критерий (разница в стандартных отклонениях между данным значением плотности кости и пиковой плотностью кости в нормальной контрольной популяции).

Результаты. Терапию антипсихотиками (АП) получали 21 пациент, антиконвульсантами (АК) – 53 пациента, комбинированную терапию (АП+АК) – 21 пациент. К моменту исследования у 30 пациентов (40 %) в анамнезе были переломы, из них у 18 (24,3 %) пациентов, получающие АК, 7 (9,5 %) пациентов, принимающих АП, и у 5 (6,8 %) пациентов

с комбинированной терапией (АП+АК). Снижение МПКТ выявлено у 13 (24,5 %) пациентов, длительно получающие АК, из них: 9 женщин и 4 мужчины. Установлено, что у 95 % (19) пациентов с АК в возрасте до 40 лет значения МПКТ были в пределах нормы, у 5 % (2) обследуемых наблюдалось снижение МПКТ примерно на 10 %, что соответствует остеопении (норма МПКТ \geq 120). У обследованных пациентов с АК в возрасте старше 41 лет выявлено снижение МПКТ в среднем на 28 %, достигая степени остеопороза (Т-балл: -3.72 / -3.62). У всех обследуемых женщин с АК в периоде постменопаузы (6 пациенток) Т-показатель находился в диапазоне значений \leq -1 (при норме Т \geq -1.0): у 4 пациенток было выявлено Т \leq -2.5, что соответствует остеопении, у 2-х женщин показатель Т \leq -2.5, что свидетельствует о развитии остеопороза, согласно классификации ВОЗ (1994). Среди пациентов, получающие АП снижение МПКТ выявлено у 9 пациентов (42,9 %), из них 4 женщины и 5 мужчин. В группе пациентов в возрасте до 40 лет среднее значение МПКТ – 118,2; Т-критерий \geq -2.5, что соответствует остеопении, в группе пациентов в возрасте более 41 года, МПКТ – 104,1, Т-критерий \leq -2.5, что соответствует остеопорозу.

Предварительные результаты проведенного исследования показали, что из 74 пациентов, длительно получающие антипсихотики и/или антиконвульсанты, у 23 пациентов (24 %) было выявлено нарушение МПКТ в виде остеопении и остеопороза.

Заключение. По данным пилотного исследования выявлено снижение уровня МПКТ у пациентов, получающих длительную антипсихотическую и противозипептическую терапию, соответствующее уровням остеопении и остеопороза. Оценка МПКТ является одним из важных диагностических методов у данной категории пациентов, для выявления лекарственно-индуцированного остеопороза. Дальнейшие исследования долгосрочного влияния психотропной терапии на МПКТ у больных с психическими расстройствами, имеют важное значение и могут быть использованы для выбора наиболее безопасных психотропных препаратов с учетом индивидуальных особенностей, особенно для лечения пациентов старшей возрастной группы. Требуется дополнительное изучение фармакогенетических и лабораторных данных риска остеопороза, учет которых позволит более четко планировать терапию, дополнительно назначать препараты, регулирующие МПКТ у этих категорий больных.

Структура психической заболеваемости в многопрофильном стационаре, перепрофилированном для лечения пациентов с COVID-19

Сивашова М. С.

Госпиталь для ветеранов войн

Актуальность. Начавшаяся в конце 2019 года вспышка Covid-19 является беспрецедентным по масштабам и последствиям событием в новейшей истории человечества (Девяткин А.В., 2020). С начала развертывания пандемии зафиксировано снижение психического благополучия населения и увеличение количества психических расстройств, связанных с ней. Массивная информационная компания и вынужденная самоизоляция спровоцировали рост общей напряжённости, тревоги и депрессивных настроений как у людей, заболевших Covid-19 и их родственников (Bohlken J. et al., 2020), так и среди лиц, которых эта проблема коснулась косвенно, в силу необходимости соблюдения эпидемиологического режима (Gao J. et al., 2020). Помимо психологического дистресса ученые отмечают прямое воздействие SARS-CoV-2 и последующего иммунологического ответа на ЦНС. Отдельную группу составляют пациенты, страдающие хроническими психическими заболеваниями, нуждающиеся в защите от Covid-19 с учётом их повышенной уязвимости.

В связи с ростом заболеваемости новой коронавирусной инфекции, многие многопрофильные стационары были перепрофилированы в инфекционные больницы. В связи с реорганизацией медицинский персонал столкнулся с решением новых задач не только в лечении Covid-19, но и в оказании специализированной психиатрической помощи. Новый контингент больных повлек за собой изменение структуры психических расстройств, которые могли сопутствовать коронавирусной инфекции, либо возникнуть как следствие инфекционного процесса, или же включать в себя переживания по поводу заражения Covid-19. Психическая патология, сопутствующая Covid-19 делает лечение инфекционного заболевания более сложным и потенциально менее эффективным. Для улучшения качества оказания медицинской помощи в условиях пандемии и раннего выявления пациентов, нуждающихся в психиатрической и психотерапевтической помощи необходимо проанализировать структуру психической заболеваемости в стационаре, перепрофилированном для лечения пациентов с коронавирусной инфекцией.

Цель. Выявить распространённость и характер психических расстройств у пациентов, поступивших в соматический стационар в период с апреля по декабрь 2020 года.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн. В период с апреля по декабрь 2020 г. стационар был перепрофилирован в инфекционную больницу и принимал пациентов как с подтверждённой коронавирусной инфекцией, так и с подозрением на неё. Ранее Госпиталь оказывал квалифицированную медицинскую помощь ветеранам и участникам Великой отечественной войны, блокадникам, жителям блокадного Ленинграда, ветеранам боевых действий и другим категориям граждан. Ретроспективно были изучены истории болезни пациентов, проходивших лечение в госпитале, которым помимо терапии инфекционного заболевания оказывалась психиатрическая либо психотерапевтическая помощь. В исследование вошли 900 пациентов, 469 мужчин и 431 женщина, средний возраст пациентов составлял $62,36 \pm 18,65$ года. Больные были изучены клинико-психопатологическим методом с использованием международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ 10). Диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции осуществлялось согласно Временным методическим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Результаты и обсуждение. С апреля по декабрь в госпиталь поступило 29448 человек, за аналогичный период 2019 г. – 27 553 человека. Средний возраст больных, госпитализированных в 2020 году – $62,36 \pm 18,65$ лет, и $82,74 \pm 10,53$ в 2019. За исследуемый период психиатрическая или психотерапевтическая помощь потребовалась 3,06 % пациентам. По диагнозам больные распределились следующим образом: деменции (F01-F03) – 180 человек (20 %), делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05.0-F05.9) – 45 человек (5 %), другие органические психические расстройства (F06.0-F06.9) – 445 человек (49,44 %), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) – 36 человек (4 %), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29) – 88 человек (9,78 %), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) – 75 человек (8,33 %), расстройства настроения (F30-F39) – 3 человека (0,33 %), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69) – 1 человек (0,11 %), умственная отсталость (F70-F79) – 27 человек (3 %). В сравнении с 2019 годом процент пациентов с F05.0-F05.9, F10-F19, F30-F39, F40-F48 в 2020 году значимо выше, а доли пациентов с F01-F03, F06.0-F06.9 значимо ниже. Пациенты с диагнозами F20-F29 и F70-F79 проходили лечение в госпитале только в 2020 году. Значимых различий между долями больных с F60-F69 не выявлено. Клинический анализ позволил разделить пациентов на 4 группы (относительно Covid-19): 1. Психические расстройства, впервые возникшие в сочетании с Covid-19; 2. Психические расстройства у лиц, ранее наблюдавшихся по поводу психических

расстройств с подтверждённым фактом заражения Covid-19; 3. Психические расстройства с переживаниями по поводу Covid-19, но с неподтверждённым фактом заражения; 4. Психические расстройства без переживаний по поводу Covid-19, с подозрением, но неподтверждённым фактом заражения.

К первой группе относятся случаи органического делирия. Нарушения сознания возникали на фоне гипертермии, гипоксии и тяжёлого течения основного заболевания. Пациенты из первой группы могли поступить в госпиталь как непосредственно из дома, так и переводом из психиатрической больницы, куда были направлены участковым психиатром в связи с развитием психомоторного возбуждения.

Ко второй группе можно отнести пациентов психоневрологических интернатов, психиатрических больниц, а также ранее наблюдавшихся у психиатра или психотерапевта и поступивших из дома. К этой группе относятся часть пациентов с деменцией (F01-F03), пациенты с другими органическими психическими расстройствами (F06.0-F06.9), шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-F29), расстройствами настроения (F30-F39), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69), умственной отсталостью (F70-F79).

В третью группу вошли пациенты, у которых ранее психических расстройств диагностировано не было. Они были доставлены из дома бригадой СМП с указаниями на заражение новой коронавирусной инфекцией, при этом диагноз не всегда подтверждался, но в клинической картине психического расстройства активно звучали идеи заражения или активные соматические жалобы при объективно удовлетворительном состоянии. К ним относятся невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48) и незначительная часть пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-F29).

Психические расстройства пациентов из четвертой группы не были напрямую связаны с Covid-19, в неё входили пациенты с хроническими психическими расстройствами, или расстройствами, которые дебютировали или протекали в период госпитализации. К этой группе пациентов относились часть больных с деменцией (F01-F03), а также пациенты с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10-F19).

Выводы. Таким образом, перепрофилирование многопрофильного стационара в инфекционный ставит новые задачи как перед врачами соматического профиля, так и перед психиатрической и психотерапевтической службой. В исследуемый период отмечается изменение контингента больных. Диагностируемые психические расстройства были напрямую связаны с течением коронавирусной инфекции, или включали переживания по поводу заражения новой коронавирусной инфекцией без подтверждённого

инфицирования, или отражали реакцию личности на болезнь. Среди нозологических форм, представленных в отчетный период, часть ранее не диагностировалась (шизофрения, умственная отсталость) в связи с особенностями контингента. В сравнении с 2019 годом отмечался рост делириев, не связанных с аддитивной патологией; психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ; невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств; расстройств настроения. Проведённое исследование в очередной раз подтвердило целесообразность оказания специализированной психиатрической помощи в условиях многопрофильного стационара.

Генетические ассоциации вариантов суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью

Сидорова Е. Ю., Асадуллин А. Р.

г. Уфа

Башкирский государственный медицинский университет

Актуальность. Ежегодно около 800 000 человек завершают жизнь суицидом. Ежегодная смертность от самоубийств составляет 14,5 самоубийств на 100 000 человек, что составляет примерно одну смерть каждые 40 секунд. Важными предикторами суицидального поведения являются психические расстройства и аддикции (Pompili M. et al, 2010). Более 40 % всех пациентов, обращающихся за лечением от алкогольной зависимости, сообщают о суицидальной попытке в какой-то момент своей жизни (Sreelatha P. et al, 2019). П. Б. Зотов и С. М. Уманский классифицируют суицидальное поведение на внешние и внутренние формы. К внутренним формам относятся антивитаальные переживания, суицидальные мысли, суицидальные замыслы и суицидальные намерения. К внешним: суицидальные попытки и завершённый суицид. В настоящее время существует недостаточное количество исследований, доказывающих генетическую роль различных типов суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, поэтому целесообразно рассмотрение данной проблемы, учитывая ее актуальность и распространённость в мире.

Цель – изучить генетические ассоциации вариантов суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью.

Задачи. 1. Определить изменчивость клинического течения суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.
2. Определить наиболее характерные формы суицидального поведения

у пациентов с алкогольной зависимостью. 3. Исследовать ассоциации суицидального поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя и носительства полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497).

Материалы и методы. В исследование было включено 307 пациентов, проживающих на территории Республики Башкортостан, соответствующих установленным критериям включения и не попадающих под критерии исключения. Для проверки соответствия пациентов критериям включения/исключения проводилось исследование госпитализированных в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 2» МЗ РБ (г. Стерлитамак) и ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер № 1» МЗ РБ (г. Уфа). При скрининге пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании, собран анамнез, поставлен диагноз, проведено экспериментально-психологическое исследования и собраны биоматериалы для исследования. На всех обследуемых пациентов осуществлялся учёт в электронной базе данных.

Критерии включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период клинического наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст не младше 18 и не старше 55 лет; не менее 7 дней с момента госпитализации. Критерии невключения: отказ от участия в исследовании; наличие на момент обследования синдрома отмены алкоголя; пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; наличие причин, затрудняющих вербальный контакт; наличие коморбидной психической патологии: шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства (F20-F29), деменция (F00-F03), умственная отсталость (F70-F79), с тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы; Критерии исключения: отказ от участия в исследовании после его начала; выявление в процессе клинического интервьюирования критериев невключения. Генетическое и эпигенетическое тестирование: выделение ДНК происходило из взятой от пациентов цельной венозной крови и определение полиморфных вариантов генов с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени. Психометрические шкалы: C-SSRS (англ. Columbia Suicide Severity Rating Scale, сокр.) – Колумбийская шкала серьёзности суицидальных намерений (Posner K., et al., 2007);

Методы статистической обработки данных представлены программой Statistica ver. 6.1 (Stat. Soft, США). Обработка данных молекулярно-генетического исследования производилась с использованием IBM SPSS 20.0.

Далее было проведено обследование групп больных, которые сравнивались между собой по критерию наличия/отсутствия суицидального поведения; также в соответствии с результатами клинического интервьюирования пациенты были градированы в зависимости от формы суицидального поведения по классификации Зотова П. Б. и Уманского С. М.

Результаты и обсуждение. 10,7 % (33 человека) имели хотя бы одну суицидальную попытку в какой-то момент своей жизни (внешние формы суицидального поведения); у 14,9 % (46 человек) отмечались внутренние формы суицидального поведения. Для анализа ассоциации вариантов суицидального поведения и полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497), был проведен частотный анализ с применением метода Хи-квадрат Пирсона. Были обнаружены статистические тенденции ($p < 0,09$): у носителей генотипа T*/T* гена MTNR1A чаще встречались суицидальные попытки в анамнезе, чем у носителей других генотипов ($p = 0,076$). У носителей генотипа C*/C* гена MTNR1A статистически значимо реже встречалось в анамнезе наличие аутоагрессивного поведения ($p = 0,067$). При сравнении носительства полиморфных вариантов вышеуказанных генов у пациентов с различными вариантами суицидального поведения и пациентов без суицидального поведения была обнаружена статистически значимая ассоциация: у носителей генотипа C*/T* гена DRD2 (rs1800497) статистически значимо чаще встречались оба варианта суицидального поведения, чем у пациентов группы контроля ($p = 0,028$), а также наблюдалась тенденция к преобладанию у носителей указанного генотипа суицидальных попыток в анамнезе ($p = 0,063$). При сравнении показателя интенсивности суицидальных идей при их наличии у носителей разных генотипов с применением критерия Краскела-Уоллиса была обнаружена тенденция: у носителей генотипа G*/G* гена MTNR1B (rs10830963) интенсивность суицидальных идей выше чем у носителей других генотипов ($p = 0,0641$).

Выводы. Была обнаружена тенденция, свидетельствующая о возможной взаимосвязи вариантов суицидального поведения и носительства различных генотипов гена MTNR1A (rs34532313). Также была обнаружена тенденция о взаимосвязи генотипов гена MTNR1B (rs10830963) и интенсивности суицидальных идей. Была выявлена возможная связь генотипов DRD2 (rs1800497) в формировании обеих форм суицидального поведения. Ассоциаций гена CLOCK (rs1801260), и суицидального поведения не обнаружено. Приведённые нами данные свидетельствуют о вкладе генетических факторов в риск формирования суицидального поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Социально-когнитивный тренинг в лечебно-реабилитационной работе с пожилыми пациентами страдающими психическими расстройствами

Синельникова М. М., Логачева А. А.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Демографический сдвиг в сторону старения населения, приводит к увеличению числа душевнобольных позднего возраста. В пожилом возрасте отмечается ослабление интеллекта, нарушение памяти, что приводит к проблемам ориентации в окружающей обстановке, во времени и происходящих событиях. С начала, утрачивается опыт, приобретенный в более поздний период жизни, дольше сохраняются знания и навыки, полученные на ранних этапах развития. Пожилые люди не ориентируются в окружающей обстановке, во времени и происходящих событиях. Происходит смещение восприятия в прошлое. Все это негативно сказывается на их поведении. Согласно исследованиям, проведенным в различных странах мира, постоянная высокая умственная активность снижает риск развития деменции. Более того, регулярные посильные упражнения, тренирующие когнитивные функции, способны замедлять прогрессирование симптомов деменции. Цель и задачи В ОГБУЗ «ТПКБ» разработана лечебно-реабилитационная программа для пациентов пожилого и старческого возраста. Программа является комплексной и направлена на сохранение и восстановление нарушенных когнитивных, поведенческих и эмоционально-личностных реакций пациентов на заболевание. Цель исследования – изучение влияния тренинга социально-когнитивных навыков на стимулирования когнитивных функций: улучшение памяти, внимания и мышления у пожилых пациентов с деменцией различной степени выраженности.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе гериатрического отделения ОГБУЗ «ТПКБ» в 2019–2021 гг. К занятиям привлекались пациенты с преддементными когнитивными нарушениями, деменцией различной степени выраженности, нарушениями психоэмоциональной сферы, сосудистыми заболеваниями головного мозга, постинсультными состояниями. В формировании групп учитывалась тяжесть когнитивных расстройств. Занятия проводились в строго определенные дни недели и часы, частота проведения 2 раза в неделю, что изначально дисциплинировало больных. Продолжительность одного занятия составляла 30–40 минут. Численность группы варьировалась от 5 до 7 человек.

Занятия строились по принципу усложнения и включали в себя упражнения, направленные на развитие памяти, внимания, мышления, работу с эмоциональной сферой. Основная часть каждого занятия начиналась с ориентировки во времени, завершалась обобщением того, что делали на занятиях. Тренинг проводился двумя специалистами: медицинским психологом и социальным работником. В тренинге реализовывался принцип «открытого функционирования», предполагающий самодостаточность и законченность каждого занятия. Это позволило участникам включаться в работу группы на любом этапе. Материал заданий предоставлялся каждому участнику в виде распечатанных листов с четко прописанными инструкциями или наглядного материала (если не предполагалась исключительно устная форма выполнения заданий). Инструкции проговаривались несколько раз для того, чтобы все участники правильно ее поняли. Для поддержания устойчивого интереса к занятиям каждый раз предлагались разнообразные упражнения. Обязательно проводился анализ ошибок в группе, но с запретом на отрицательное подкрепление и с элементами положительной стимуляции, такими как похвала, подбадривание, вселение уверенности в достижимости желаемого результата. Структура каждого занятия состояла из вводной, основной и заключительной части. В начале каждого занятия обсуждались текущее самочувствие каждого участника группы, ориентировка в месте и времени. Основная часть состояла из выполнения заданий на тренировку когнитивных функций. Пациентам выдавались задания на процесс восприятия, задания для оптико-пространственно анализа, задания для речи, задания для памяти. В заключительной части тренинга для эмоциональной релаксации использовался набор развивающих игр. По окончании работ групп с целью оценки эффективности проводились повторные психологические обследования, включающие в себя те же методики, что и в обследовании перед началом работы.

Результаты и обсуждение. За исследуемый период в занятиях приняло участие 86 человек, из которых 83 % в возрасте старше 60 лет. Пациенты имели различную степень когнитивного снижения: 28 % – с деменцией легкой степени, 55 % – с умеренной степенью и 17 % с выраженной степенью. Замеры, которые проводились психологом на предварительном и заключительном занятиях, показали изменения шкалы оценки психического статуса. По данным краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE) улучшились показатели по шкале памяти у 31 % пациентов, по шкале внимания – 24 %, по шкале восприятия – 29 %. Также были выявлены следующие положительные тенденции у пациентов, прошедших курс занятий: улучшение самоотчета, повышение самодисциплины, стабилизация эмоционального фона, формирование поведенческих установок, поддерживающих стремление к активной деятельности.

Выводы. Таким образом, лечебно-реабилитационная работа с лицами пожилого возраста с использованием социально-когнитивного тренинга помогает не только сохранить когнитивные возможности пациентов на текущем уровне, но и улучшить их по некоторым показателям. Это позволяет повысить существующее качество бытовой, социальной адаптации и повседневного функционирования пациентов пожилого возраста.

Психологические особенности мужчин и женщин с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза

Слюсарь И. Н.

г. Тверь,

Тверской государственной медицинской университет

Актуальность. Возрастающая распространенность, прогрессивность течения органических заболеваний головного мозга сосудистого генеза с частой инвалидизацией больных определяют медико-социальную значимость проблемы. Наряду с двигательными и когнитивными нарушениями, у больных выявляются эмоциональные расстройства, изменения личности, а также нарушения сна (Левин О.С., 2015). Они мультифакторны по генезу, разнообразны по клиническим проявлениям на разных этапах заболевания и существенно влияют на социальную и бытовую адаптацию пациентов.

Цель: изучить некоторые психологические особенности мужчин и женщин с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза.

Задачи исследования: 1. Изучить особенности личности мужчин и женщин с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза. 2. Исследовать особенности эмоциональных расстройств у мужчин и женщин с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов в возрасте 55–74 лет: 48 мужчин и 72 женщины (средний возраст соответственно $64,3 \pm 0,5$ и $65,0 \pm 0,6$ лет) с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза, обусловленными артериальной гипертензией, атеросклерозом и хронической ишемией головного мозга. Пациенты были сопоставимы по уровню образования и соматической отягощенности. Диагноз заболевания был установлен психиатрами на основании критериев МКБ-10 и данных нейровизуализационного исследования – магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. Изучение особенностей личности пациентов проводилось у 36 мужчин и 52 женщин с помощью методики

многофакторного исследования личности Р.Кеттела (Капустина А.Н., 2004). Уровень тревожности оценивали по шкале Спилбергера (Spilberger С.Д., 1970), депрессии – по опроснику Бека (Beck А.Т., 1961). Количественные данные обрабатывали с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows. Результаты считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. При проведении методики многофакторного исследования личности Р.Кеттела установлено, что независимо от пола у большинства пациентов с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза, как у мужчин, так и у женщин, отмечались высокие (от 8 до 10 стенов) значения фактора L (тревожная подозрительность), свидетельствующие о наличии у пациентов таких личностных характеристик как осторожность, эгоцентричность, настороженное отношение к окружающим, упрямство; фактора О (склонность к чувству вины), свидетельствующего о ранимости больных, склонности к ипохондричности и самообвинению, чувствительности к мнению окружающих людей, трудности контакта с окружающими, а также фактора F1 (тревожность), подтверждающего наличие у пациентов выраженной тревожности и раздражительности. Среди женщин достоверно чаще, чем у мужчин, встречались высокие значения фактора N (дипломатичности) (соответственно 46,1 % и 11,1 %), подтверждающего высокую представленность у них таких черт как расчетливость, осторожность, умение находить выход из сложных ситуаций, а также фактора Q4 (напряженность) (65,4 % и 38,9 %), свидетельствующего об эмоциональной напряженности, энергичности, иногда агрессивности. У женщин выявлялись крайне низкие значения (от 1 до 3 стенов) фактора С (эмоциональная неуравновешенность) (61,5 % и 8,3 %) ($p < 0,01$), свидетельствующие о наличии у них эмоциональной неустойчивости, раздражительности, низкого порога в отношении фрустрации, утомляемости, нарушений сна, многочисленных фобий. У мужчин чаще, чем у женщин, встречались крайне низкие значения фактора N (прямолинейность) (соответственно 33,3 % и 5,8 %, $p < 0,01$), подтверждающего преобладание у них таких личностных характеристик как прямолинейность, спонтанность, эмоциональность. При анализе средних величин у женщин, по сравнению с мужчинами, выявлены более высокие показатели факторов N (дипломатичности) (соответственно $6,9 \pm 0,3$ и $4,3 \pm 0,4$), Q4 (напряженности) ($7,7 \pm 0,2$ и $6,8 \pm 0,3$) и F1 (тревожности) ($8,4 \pm 0,1$ и $7,9 \pm 0,2$), но более низкие значения фактора С (эмоциональная неуравновешенность) ($3,4 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 0,2$) ($p < 0,01$). При прогрессировании заболевания у лиц обоего пола средние показатели факторов А (общительность) и В (интеллект) статистически значимо уменьшались, а показатели фактора F1 (тревожности) нарастали, что свидетельствовало о снижении общительности пациентов, уменьшении приспособляемости к окружающей среде,

развитии ригидности, отчужденности и эмоциональной дезорганизации мышления, а также повышении уровня тревожности при прогрессировании заболевания. У мужчин, в отличие от женщин, достоверно снижались показатели фактора С (эмоциональная нестабильность), фактора Е (подчиненность) и фактора I (чувствительность), что могло указывать на нарастание у них эмоциональной неуравновешенности, раздражительности и утомляемости, переменчивости настроения, увеличении зависимости от окружающих и склонности к навязчивому соблюдению правил и инструкций. У женщин статистически значимо повышались показатели фактора L (тревожная подозрительность), что свидетельствовало о нарастании у них подозрительности, завистливости, упрямства и раздражительности при прогрессировании заболевания. Эмоциональные расстройства чаще выявлялись у женщин: тревожные расстройства имели место у 45,8 % женщин и у 22,9 % мужчин ($p < 0,05$), депрессивные нарушения – соответственно у 50,0 % и у 27,1 % ($p < 0,01$). Уровни личностной ($52,8 \pm 1,6$ баллов) и реактивной ($49,3 \pm 1,9$ баллов) тревожности, а также депрессии у женщин ($17,2 \pm 0,9$ баллов) достоверно превышали аналогичные показатели у мужчин (соответственно $45,3 \pm 1,1$; $42,1 \pm 0,9$ и $12,3 \pm 0,5$ баллов; $p < 0,05$). Изменения личности пациентов и эмоциональные нарушения подтверждались структурными изменениями вещества головного мозга, регистрируемыми при МРТ-исследовании. По данным МРТ, выявлены множественные мелкие очаги в подкорковом белом веществе полушарий, уменьшение объема (атрофия) белого вещества и расширение желудочковой системы мозга. При прогрессировании заболевания, нарастании личностных и эмоциональных нарушений количество и размер очаговых, а также атрофических изменений головного мозга увеличивались.

Большую, по сравнению с мужчинами, склонность женщин к эмоциональным расстройствам связывают с различиями в половых хромосомах (Бендас Т.В., 2006), повышенной стрессодоступностью и эмоциональной уязвимостью (Дюкова Г.М., 2009), более охотным обращением женщин за медицинской помощью и готовностью сообщать о своих негативных эмоциях врачам (Tassorelli C., Sandrini G., 2002). Полученные результаты подтверждают необходимость учета особенностей личности и эмоциональных расстройств у больных с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза для достижения состояния взаимодоверия и оптимизации подходов к коррекции выявляемых у пациентов эмоционально-личностных расстройств.

Выводы.

1. При анализе особенностей личности у большинства пациентов с органическими заболеваниями головного мозга сосудистого генеза выявлено сочетание высокой напряженности с тревожной подозрительностью

и склонностью к чувству вины. Женщины отличаются от мужчин более низкими показателями эмоциональной уравновешенности, но более высокими уровнями возбуждения, напряжения и тревожности. При прогрессировании заболевания у женщин наблюдается нарастание подозрительности, завистливости и раздражительности, у мужчин – эмоциональной неуравновешенности и зависимости от окружающих.

2. Женщины отличаются от мужчин большей частотой и выраженностью эмоциональных расстройств.

Генетические маркеры расстройств шизофренического спектра

Соловьёва К. П.

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

Актуальность. Психические заболевания, особенно эндогенные психические расстройства, представляют собой одну из основных социально-экономических нагрузок развитых стран, в том числе Российской Федерации. Кроме того, экономический эффект этих заболеваний по прогнозам возрастет в течение следующих нескольких десятилетий, превысив затраты на лечение кардиологических и онкологических заболеваний вместе взятых. Шизофрения является одной из 20 наиболее частых причин инвалидизации по всему миру (WHO, 2016). Это заболевание характеризуется широким спектром гетерогенных признаков и симптомов. Сложное взаимодействие между социальными, психологическими, этиологическими и средовыми факторами затрудняет исследование молекулярных механизмов шизофрении. В результате выбор лечения на сегодняшний день основан на описательной психопатологии, что приводит к низкой терапевтической эффективности. Такое положение приводит к очень продолжительному периоду подбора оптимального лечения (методом проб и ошибок). Так, чтобы оценить эффект только одного препарата, требуется не менее 2–3 месяцев для пациента, что может негативно отразиться на исходе заболевания.

Одной из наиболее важных задач является определение генов, влияющих на манифестацию и тип течения болезни, которые можно было бы использовать для прогнозирования исхода и оценки эффективности терапии. На данный момент нет однозначных биологических маркеров шизофрении. Предполагаемые биомаркеры все еще проходят валидацию и не рекомендуются для клинического использования. Вероятное объяснение трудности идентификации генов, связанных с риском шизофрении, состоит в том, что

это мультифакторное заболевание, при котором множество генов с небольшими эффектами каждый, вероятно, вносят вклад в количественные признаки, связанные с заболеванием. Определение генов, влияющих на манифестацию и течение шизофрении, является важной задачей, решение которой позволит выявлять заболевание на более ранних этапах и своевременно начинать эффективное лечение, направленное на предотвращение наступления необратимых негативных последствий.

Цель и задачи. Выявление генетических маркеров нарушений функционирования центральной нервной системы у пациентов с шизофренией, установление их взаимосвязи с поведенческими, когнитивными и клиническими особенностями пациентов.

Материалы и методы. Для участия в исследовании были отобраны 655 пациента с диагностированными расстройствами шизофренического спектра (F20, F22, F23, F25), проходивших стационарное лечение в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева. Для каждого пациента была составлена электронная индивидуальная регистрационная карта (эИРК), включающая в себя подробное описание фенотипа болезни пациента. Пациенты были обследованы при помощи широко применяемых по всему миру диагностических психометрических методик: шкала позитивных и негативных симптомов (PANSS), шкала кататонии Буша-Франциса (BFCRS), шкала лобной дисфункции (FAB), шкала негативных симптомов (NSA-4), BACS (краткая шкала оценки когнитивных функций). Была сформирована коллекция образцов ДНК пациентов, фенотипированных по разработанной методике, и 980 образцов ДНК контроля (не имеющих психиатрического диагноза и не состоящих на учете у психиатра людей, проживающих в той же географической зоне). Были проанализированы ассоциации заболевания в исследовании случай-контроль и при изучении отдельных симптомов шизофрении со следующими однонуклеотидными полиморфизмами: DRD3 rs6280, HTR1A rs6295, BDNFrs6265, DRD2 rs6273, DRD4 (rs936463), COMT (rs4680), SCL6A4 rs16965628 и 5HT2A rs7322347.

Результаты и обсуждение. При исследовании ассоциаций генетических полиморфизмов с симптомами заболевания и в исследовании случай-контроль было выявлено следующее: а. В исследовании случай-контроль показаны ассоциации с заболеванием полиморфизмов DRD3 rs6280 ($p = 0,05$) и HTR2A rs7322347 ($p = 0,0013$), причем ассоциации с HTR2A rs7322347 были показаны впервые. б. Были показаны ассоциации исследуемых полиморфизмов с симптомами заболевания у пациентов с возрастом начала до 26 лет (шизофрения с ранним началом). Для rs6280 DRD3 у мужчин различия были обнаружены по шкале PANSS: P7 ($F = 8,324$; $p = 0,005$), N5 ($F = 11,17$; $p = 0,001$), G4 ($F = 6,65$; $p = 0,014$). Так, наличие аллеля T в гомо или гетерозиготном состоянии увеличивает тяжесть признаков

P7 (1,17±0,4; 3,32±1,82), N5 (1,17±1,03; 4,14±1,79), G4 (2±1,26; 3,88±1,75). Для rs4680 COMT у женщин G8 (F = 6,65; p = 0,014), G11 (F = 6,65; p = 0,014) и общий балл PANSS (F = 5,82; p = 0,018). Так, наличие аллеля G увеличивает тяжесть признаков G8 (3,07±1,8; 3,84±1,63), G11 (3,51±1,42; 4,32±1,64), общий балл PANSS (97±30,13; 109,88±29,34). По шкале лобной дисфункции (FAB) взаимосвязь генотипа была выявлена по 5 признакам из 6, кроме признака «хватательный рефлекс», однако после коррекции Бонферрони, отличия остались значимыми: в 1 Концептуализация (F = 7,92; p = 0,006) и 5 – усложненная реакция выбора (F = 9,64; p = 0,003). По шкале лобной дисфункции, напротив, наличие аллеля G было ассоциировано с более низкими баллами: 1 Концептуализация (2,44±0,51; 1,83±0,9) и 5 – усложненная реакция выбора (2,22±0,65; 1,56±0,9). Для rs7322347 5HT2A наличие гомозиготного генотипа по минорному аллелю А статистически значимо ассоциировано с увеличением количества баллов по признаку враждебность P7 (2,5±1,64; 3,6±1,79). с. Были обнаружены ассоциации BDNF rs6265 с параметрами шкалы оценки кататонии Буша-Франциса Восковая гибкость (F = 4.83 p = 0.0085), Негативизм (F = 4.28 p = 0.015), Ступор (F = 5.9 p = 0.003), Каталепсия (F = 5.63 p = 0.004) вне зависимости от пола и возраста пациентов. Пациенты с генотипом Т/Т продемонстрировали более высокие оценки, что отражает более тяжелые симптомы. Обнаружены также ассоциации между BDNF rs6265 и шкалой лобной дисфункции. В частности, у пациентов с генотипом Т/Т были более низкие показатели FAB (p = 0,011 у женщины и 0,0018 у мужчины). Статистические различия были также продемонстрированы по всем параметрам этой шкалы.

Выводы. Полученные результаты способствуют развитию представления о патогенетических механизмах, лежащих в основе эндогенных психотических заболеваний. В ходе исследования впервые были показаны ассоциации с заболеванием шизофрения полиморфизмов DRD3 rs6280 и 5HT2A rs7322347. Обнаруженные в ходе исследования ассоциации BDNF rs6265 с нарушением когнитивных функций могут быть полезны для прогнозирования и ранней диагностики когнитивных нарушений у пациентов с шизофренией: заблаговременно начатое лечение позволило бы избежать тяжелых последствий заболевания и инвалидизации пациентов.

Стигма как мотивационный фактор включённости больных психическими расстройствами в лечебный процесс

Сорокин М. Ю.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Больные психическими расстройствами с трудом включаются в лечебный процесс. Высокий уровень распространённости социальной (внешней) стигмы в отношении психиатрии дополнительно ухудшает их обращаемость за медицинской помощью. В свою очередь, индивидуальные паттерны восприятия психиатрической стигмы, реализуемые через процесс самостигматизации могут быть важным медиатором формирования кооперативной позиции пациентов при оказании им помощи.

Цель и задачи. Изучить варианты сочетания самостигматизационных установок пациентов психиатрического стационара и структуры их мотивации к лечению. Материалы и методы. 63 пациента стационара, мужчин – 21. Нозологии по МКБ-10: F2–65 %, F3–13 %, F4+F6–14 %, F06–8 %. Средние: возраст 34 ± 13 года, длительность заболевания 12 ± 11 . Опросник оценки мотивации к лечению (ОцМЛ, Сорокин и др., 2016), шкала внутренней стигмы психического расстройства (ISMI; Ritsher et al., 2003), шкала медикаментозного комплайенса (Лутова и др., 2008). Кластерный анализ к-средних; ANOVA; тесты Краскела-Уолеса, Манна-Уитни, $p \leq 0.05$.

Результаты и обсуждение. Между выделенными кластерами не было различий в социо-демографических показателях пациентов (кроме пола), нозологиях, продуктивной и негативной симптоматике, длительности заболевания и госпитализациях, но получены существенные различия структур их самостигматизации и мотивации к лечению. 18 пациентов кластера 1 (K1) демонстрировали эксплицитную стигму. В сравнении с 25-ю пациентами кластера 3 (K3) самостигматизированные больные (K1) имели повышенные суммарные баллы ISMI ($2,9 \pm 0,3$) за счет чувства отчуждения ($3,1 \pm 0,5$), одобрения стереотипов ($2,5 \pm 0,5$), социальной отгороженности ($2,7 \pm 0,4$) и опыта дискриминации ($2,7 \pm 0,4$). 20 пациентов кластера 2 (K2) имели имплицитную стигму. Они были более самотигматизированы (ISMI $2,7 \pm 0,3$) в сравнении с больными кластера 3 ($1,9 \pm 0,2$) за счёт низкого сопротивления стигме (K2: $3,8 \pm 0,5$ и K3 $3,1 \pm 0,6$ – обратные баллы).

Пациенты не с эксплицитной (K1), а с имплицитной стигмой (K2) были наименее мотивированы к лечению (по сравнению с K1 и K3; Z-scores

-1.2±0.6) за счёт минимальных значений фактора 1 ОцМЛ (опора на собственные знания и навыки преодоления заболевания: -1.0±0.6) и фактора 4 (готовность к сотрудничеству с врачом: -0.9 ± 1.0). Различия между эксплицитно и имплицитно стигматизированными проявлялись также в низких показателях фактора 3 у больных второй группы (осознание психологического механизма дезадаптации: -0.5 ± 0.9). Примечательно, что пациенты 3-х выделенных кластеров не отличались по фактору 2 ОцМЛ (осознание необходимости лечения).

Выводы. Выявлены два кардинально различающихся типа самостигматизации психически больных. Несмотря на отчуждение, одобрение стереотипов, самоизоляция и опыт дискриминации, часть пациентов переживали стигму через формирование кооперативной позиции с врачом и опорой на собственные ресурсы в противостоянии болезни. Вероятно, такая «благоприятная» эксплицитная стигма реализовывалась через конвертацию страха дискриминации в интенсивную мотивацию к лечению: выздоровление субъективно означало противостояние стигме.

Пациенты с имплицитной стигмой хуже осознавали психологические механизмы дезадаптации. По всей видимости, они не принимали роли больного: не стремились для предотвращения стигмы к собственным изменениям в процессе участия в терапии.

Динамика психологического стресса в связи с пандемией COVID-19 у жителей России

Сорокин М. Ю.

г. Санкт-Петербург

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

Актуальность. Беспрецедентные условия пандемии, включавшие помимо риска заболевания COVID-19 также ограничения повседневной жизни и привычных свобод передвижения, социальных контактов, труда, получения медицинской помощи, принуждение к мерам эпидемиологической безопасности всех слоёв населения, возрастных и профессиональных групп – не только провоцировали в 2020 году острые реакции стресса (Mosolova E. et al, 2020; Karpenko O.A. et al, 2020; Сорокин М.Ю. и др., 2020), но могли повлечь более устойчивые и обширные популяционные реакции.

Цель и задачи. Оценить представленность дистресса и его динамику в ходе серии кроссекционных исследований психоэмоциональных реакций

населения России в течение первого года пандемии COVID-19. Решавшиеся задачи: 1) оценка психологического стресса в течение «первой» и «второй» волн распространения SARS-CoV-2 в России, 2) сопоставление полученных данных при проведении он-лайн и оф-лайн опроса среди уязвимых групп населения: с психиатрической отягощённостью, среди отдельных демографических страт.

Материалы и методы. Обследованы 7134 респондента: 5728 – в течение первых месяцев противоэпидемических ограничений (апрель – июль 2020 г.), 1406 человек – в период пика заболеваемости «второй волны» пандемии в России (октябрь 2020г. – январь 2021г.), в том числе 584 человека – в ходе личного опроса при их обращении за медицинской помощью. На основе самоотчётов собирались социо-демографические, анамnestические данные. Респонденты заполняли шкалу психологического стресса PSM-25 (Водопьянова Н.Е., 2009), сообщали о выраженности предложенных вариантов опасений в связи с пандемией.

Критерии включения: 1) способность читать и понимать русский язык; 2) положительный ответ на вопрос о добровольном информированном согласии на прохождение анкетирования. Критерии невключения: 1) не полностью заполненные формы анкеты; 2) отказ от участия в опросе на любом из его этапов. Критерии исключения: возраст респондентов менее 18 лет. На первом, он-лайн этапе исследования и он-лайн части второго этапа использована платформа для проведения интернет-опросов Google Forms. Анкету распространяли через социальные сети методом «снежного кома» и информационные каналы. Оф-лайн часть опроса второго этапа проведена в ходе вариативной части практики ординаров Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в лечебно-профилактических учреждениях. Проведены корреляционный и дисперсионный анализ, подсчёт размера эффектов по Cohen`s d и Cramer`s V (пакет SPSS). С учётом объёма выборки использовали консервативный критерий $p \leq 0.01$, а к интерпретации принимали лишь эффекты ≥ 0.1 .

Результаты и обсуждение. Учитывали результаты обследования 7023 респондентов, поскольку 111 участников опроса соответствовали критерию исключения. Жителей Москвы – 1277 (18 %), Санкт-Петербурга – 2646 (38 %), городов из всех федеральных округов России – 3101 (44 %); мужчин – 1340 (19 %), женщин – 5683 (81 %). Средний возраст респондентов 33 ± 14 лет. Средний показатель шкалы PSM-25 в выборке составил 104,4 [34,9] баллов для «первой» и 104,8 [33,8] для «второй волны» пандемии, что выше порога нормально уровня стресса (≥ 100 баллов). При этом число респондентов, демонтировавших стресс средней и высокой интенсивности (подгруппа с дистрессом), уменьшилось с 55,6 % (3123 чел.)

на первом этапе до 33,5 % (471 чел.) – во время «второй волны» пандемии ($\chi^2 = 220$, $df = 1$, Cramer's $V = 0,18$). Так, с одной стороны, популяционная представленность дистресса в ходе эпидемического процесса снижалась, что отражает динамику адаптационных реакций наиболее психологически уязвимого населения. При этом, стабильные средние показатели шкалы PSM-25 на обоих этапах исследования свидетельствуют о нарастании психоэмоционального напряжения в рамках затяжной нормально-стрессовой реакции у большинства обследованных респондентов. Последнее подтверждается также повышением среднего числа одновременно присутствующих опасений в связи с пандемией с 3,9 [1,8] на первом этапе до 6,1 [2,7] на втором (Cohen's $d = 0,96$). Количество опасений у респондентов, заполнявших анкету в лечебно-профилактических учреждениях, также было незначительно выше, чем в он-лайн части 2-го этапа опроса: 5,9 [2,5] и 6,2 [2,8], $p = 0,03$, Cohen's $d = 0,11$. Взаимосвязь с выраженностью психоэмоционального стресса была линейна для возраста ($r = -0,34$): чем более зрелыми были респонденты, тем стабильнее было их психическое состояние в период пандемии. Вероятно, эта закономерность определяла представленность дистресса в подгруппах по уровню образования, где различия были значимы на обоих этапах исследования, однако уменьшались с течением времени ($df = 3$, Cramer's $V = 0,17-0,12$). Аналогичная динамика между периодами пандемии была выявлена для подгрупп по трудовой занятости ($df = 4$, Cramer's $V = 0,21-0,18$) и наличию психических расстройств в анамнезе ($df = 1$, Cramer's $V = 0,35-0,31$). Среди лиц со средним образованием доли «нормального стресса» и «дистресса» изменялись в сторону снижения последней – с 77 % (417) до 23 % (31), с профессиональным образованием – с 66 % (311) до 22 % (32), с высшим – с 53 % (2315) до 37 % (397), с учёной степенью с 39 % (80) до 28 % (11). Среди наёмных работников государственного и частного секторов, владельцев бизнеса, безработных и обучающихся – доли лиц с дистрессом также снижались: соответственно, с 44 % (439) до 29 % (142), с 52 % (1091) до 29 % (114), с 45 % (201) до 24 % (24), с 60 % (594) до 32 % (63), с 75 % (798) до 51 % (128). Предсказуемо, респонденты, переносившие в течение жизни психические расстройства, чаще демонстрировали дистрессовую реакцию, но и среди них было зафиксировано снижение доли лиц с дистрессом: с 87 % (1171 чел.) на первом этапе, до 63 % (176 чел.) на втором. Очевидно, что лица с более высоким уровнем образования демонстрировали меньшую волатильность показателей стресса. Безработные и обучающиеся острее всех реагировали на «первую волну» пандемии, но втором этапе только не имеющие постоянной занятости респонденты демонстрировали максимальное снижение частоты дистресса. Между двумя периодами пандемии происходило сглаживание различий стресса у подгрупп психического

здоровья. Для остальных социо-демографических параметров диспропорции в представленности дистресса между подгруппами респондентов нарастали от первого ко второму этапу исследования: по полу ($df = 1$, Cramer's $V = 0,14-0,17$), семейному статусу ($df = 2$, Cramer's $V = 0,19-0,22$) и месту проживания ($df = 2$, Cramer's $V = 0,15-0,27$). Доля мужчин с дистрессом между двумя волнами пандемии изменялась с 40 % (376 чел.) до 20 % (80), у женщин – 59 % (2747) и 39 % (381) соответственно. Снижалась доля участников исследования с дистрессовым уровнем реакции на пандемию: вдвое среди не состоявших в стабильных отношениях – с 43 % (842) до 21 % (118), в 1,7 раза среди проживающих в гражданском браке – с 57 % (391) до 34 % (63), и в 1,5 раза при зарегистрированном браке – с 64 % (1890) до 44 % (290). Зафиксировано минимальное уменьшение доли лиц с дистрессом в Москве – с 63 % (698 чел.) до 59 % (95); более существенное – в Санкт-Петербурге – с 46 % (925) до 21 % (135) и максимальное среди жителей других городов – с 60 % (1500) до 40 % (241). Так, при общем тренде на снижение, стрессовые реакции женщин и проживающих в браке респондентов демонстрировали большую ригидность, что со временем усиливало первоначально выявленные гендерные и семейные различия. Региональная диспропорция в выраженности стрессовых реакций (с поправкой на число степеней свободы размер эффекта средний при $0,21 \leq \text{Cramer's } V \leq 0,35$) была самым мощным фактором, связанным с дистрессом.

Выводы. Психоэмоциональное состояние жителей России в воде пандемии изменяется в соответствии общими принципами стрессовых реакций. При этом выделение факторов дистресса необходимо для профилактики пагубных последствий в виде стойких психических нарушений у наиболее уязвимых слоёв населения. Благодарности: порталу Psyandneuro.ru и лично Касьянову Е.Д.; Совету молодых учёных, Образовательному отделению и Зубовой Е.Ю., ординаторам НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева.

Предварительные результаты нейрофизиологического анализа нарушений восприятия эмоций у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством: потенциал N170

Спектор В. А., Мнацаканян Е. В.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского»;

Института высшей нервной деятельности и нейрофизиологии

Актуальность. У пациентов с шизофренией нарушено распознавание всех базовых эмоций: злости, отвращения, страха, удивления и радости. Эти изменения тесно связаны с качеством жизни и социальным функционированием больных. Нарушения отмечаются на всех этапах развития болезни и до ее манифеста – в группах высокого риска, а также у здоровых родственников пациентов, у детей больных. Вызванный потенциал N170 – это негативный пик, возникающий в ответ на предъявление изображений лиц. Предположительно пик отражает идентификацию как лица в целом, так и его отдельных черт. Данное исследование является начальным этапом проекта по поиску биомаркеров и оценки возможности дифференциальной диагностики расстройств шизофренического спектра на основе нейрофизиологических показателей что в полной мере соответствует современным мировым тенденциям (например, проекту RDoC).

Цель. Определение особенностей восприятия лицевых эмоций у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством на основе анализа клинико-нейрофизиологических соотношений.

Материалы и методы. Всего было обследовано 35 человек. В исследование было включено 10 пациентов с шизофренией и 8 пациентов с шизоаффективным расстройством. В группу сравнения было набрано 16 здоровых человек. Для оценки клинической симптоматики использовалась шкала PANSS. Верификация отсутствия психических расстройств у группы сравнения осуществлялась с помощью клинической беседы, а также с использованием скрининговых шкал «Краткого опросника для оценки депрессивной симптоматики для самостоятельного заполнения» (Quick Inventory of Depressive Symptomatology – Self-Reported Version, QIDS-SR) и «Продромального опросника – 16» (Prodromal Questionnaire, PQ-16), определяющего наличие субпсихотической симптоматики, характерной для продрома болезни. Стимульный материал представлял из себя модификацию

The Karolinska Directed Emotional Faces. Это 120 цветных фотографий 70 человек (35 женщин и 35 мужчин), выражающих радость, страх или имеющих нейтральное выражение лица. Электрическая активность мозга записывалась с поверхности скальпа от 128 электродов с частотой оцифровки 500 Гц. Задача была разделена на 3 блока. В каждом из блоков от испытуемого требовалось идентифицировать эмоцию, появляющуюся на экране, с помощью нажатия кнопки. Первый блок состоял из 20 радостных и 20 нейтральных лиц, второй блок – из 20 испуганных и 20 нейтральных лиц, 3-й блок – из 20 испуганных и 20 радостных лиц.

Результаты. Средний возраст пациентов с шизофренией составил $28,8 \pm 8,4$, из них мужчин 60 %, средний балл по шкале PANSS $76,5 \pm 14,6$. Средний возраст пациентов с шизоаффективным расстройством составил $32,1 \pm 9,8$, из них мужчин 62,5 %, средний балл по шкале PANSS $64,25 \pm 11,1$. Средний возраст участников из контрольной группы составил $25,2 \pm 1,5$, из них мужчин 62,5 %. В случаях предъявления в качестве стимульного материала лиц, выражающих страх, при анализе компонента N170 выявлены различия между группой пациентов с шизофренией и группой сравнения по латентностям ($p = 0,02$) и разнонаправленные различия между группами больных по латентностям в левой затылочной области ($p = 0,008$). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством наблюдалась положительная корреляция латентности пика с продуктивной симптоматикой ($r_s = 0,7$; $p = 0,04$). В случаях предъявления в качестве стимульного материала лиц с нейтральным выражением при анализе компонента N170 выявлены разнонаправленные различия в группах больных по латентностям в левой затылочной области ($p = 0,02$). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством положительная корреляция латентности с продуктивной симптоматикой ($r_s = 0,8$; $p = 0,01$). В случаях предъявления в качестве стимульного материала лиц, выражающих радость, при анализе компонента N170 выявлены различия между группой пациентов с шизофренией и группой сравнения по латентностям в правой затылочной области ($p = 0,03$). В группе пациентов с шизоаффективным расстройством положительная корреляция латентности с продуктивной симптоматикой ($r_s = 0,7$; $p = 0,02$). Значимых различий по амплитуде между группами не обнаружено ни в одном из блоков. Группа сравнения продемонстрировала значимые различия между категориями эмоций в N170. В то же время у обеих групп пациентов значимых различий ни по амплитуде, ни по латентности между категориями не обнаруживалось.

Обсуждение. Были подтверждены результаты ряда зарубежных работ, в которых сообщалось об увеличении латентных периодов N170 у пациентов с шизофренией. При этом описанные изменения компонента наблюдались для всех категорий эмоций. Неожиданные результаты получены

в группе пациентов с шизоаффективным расстройством. Пациенты этой группы демонстрировали противоположные больным шизофренией изменения для всех категорий эмоций. Более того, пики исследуемого компонента имели в этой группе более короткие латентности, чем в группе сравнения. Нам не удалось найти публикаций со схожими результатами. Возможно, полученные в работе результаты можно объяснить наличием у этих пациентов аффективной симптоматики, оказывающей влияние на скорость обработки информации, однако данная гипотеза нуждается в дальнейшей проверке. Также только для группы пациентов с шизоаффективным расстройством удалось обнаружить положительные корреляции латентности пика с продуктивной симптоматикой, что в целом согласуется с современными данными, но сообщается только для больных шизофренией.

Выводы. Данное исследование подтверждает предположение, что пациенты с шизофренией демонстрируют отклонения на ранних этапах обработки зрительной информации, лежащих в основе распознавания лицевой экспрессии, что, по-видимому, связано с нарушениями социальной когниции. Многообещающими выглядят результаты, полученные в группе пациентов с шизоаффективным расстройством, хотя на данный момент выводы из полученной информации делать преждевременно. Однако если при увеличении выборки такие различия между группами пациентов будут сохраняться, вероятно, их можно будет использовать как дифференциально-диагностический биомаркер. Дальнейшая работа ведется в направлении включения в исследование большего количества пациентов, а также анализа других вызванных потенциалов (P100, N250, P300).

Особенности психологической и психиатрической патологии у мигрантов

Станкевич А. С.

г. Новосибирск

*Новосибирский государственный медицинский университет,
Успенский психоневрологический интернат*

Актуальность. Рост темпов миграционных процессов является характерной чертой не только для России, но и для всего мирового сообщества. Миграция, в свою очередь, приносит в жизнь человечества существенные социально-политические и экономические изменения, следствием которых могут быть психолого-психиатрические проблемы (Tagay, S., 2008). По данным зарубежных авторов, уровень нервно-психических расстройств

среди вынужденных мигрантов довольно высок и достигает 65–90 % (Agorastos A. Anxiety, 2012). Психолого-психиатрические, в частности непсихотические расстройства, являются особенно сложными с точки зрения диагностического и терапевтического подхода в условиях мультикультурального контекста, где часто расходятся точки зрения врачей и пациентов как на саму болезнь, так и на особенности терапии. Миграция, по сути, является высоким стрессовым фактором, но индивидуальная реакция на стресс зависит от личностных, социальных и культуральных факторов (Aichberger M.C.). Миграция населения в XXI веке остается одной из самых дискуссионных и устойчивых социальных и политических проблем во всем мире, в связи с чем актуальны теоретические и практические подходы к изучению психологической адаптации мигрантов (Султанова А.Н.). Цель исследования. Основной целью настоящего исследования является изучение клинко-динамических и структурных особенностей психологических и психических расстройств и адаптационного процесса у мигрантов с определением характера воздействия условий.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилось с 2008 г. по 2015 г. в учреждении УФМС по Новосибирской области (скрининговое исследование); на базе медико-консультативного центра НГМУ (амбулаторное исследование) и в ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная психиатрическая больница № 5» (исследование госпитализированных пациентов). Основную выборку составили 923 взрослых мигранта. В работе применялись следующие методики: опросник депрессивности Бека, шкала диссоциации, миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (гражданский вариант), методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Цунга (адаптация Т. И. Балашовой), опросник Спилбергера–Ханина, шкала алекситимии, методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (адаптированная А.К. Осницким), опросник SF-36, предназначенный для диагностики качества жизни (англ. The Short Form-36), опросник Плутчика–Келлермана–Конте «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI), опросник «Копинг-стратегии» Р. Лазаруса, шкала стрессоустойчивости и социальной адаптации Т. Холмса и Р. Рея, опросник по выявлению особенностей мотивации потребления алкоголя (МПА) (методика В.Ю. Завьялова).

Результаты исследования и их обсуждение. Выделены условные группы трудовых мигрантов. К группе доминирующих мигрантов отнесены наиболее успешно интегрированные в российское общество, владеющие русским языком, «проводники» для большинства мигрантов, помогающие землякам как в преодолении языкового барьера, так и в решении повседневных проблем, связанных с культуральными различиями, тяготами

трудоустройства, съёма жилья. В группу субдоминирующих были включены мигранты, которые отличаются высокой культурной дистанцией от принимающей страны и очень слабым владением русским языком, в результате чего они становятся зависимыми в решении различных проблем, начиная с оформления документации и заканчивая. Аддиктивная патология в выборке мигрантов имела следующее распределение в группах: у мигрантов-соотечественников она диагностирована в 22 случаях (15,6 %±3,05 %); у доминирующих мигрантов – в 7 случаях (10,6 %±3,8 %) и среди субдоминирующих трудовых мигрантов – у 50 человек (7,1 %±1,03 %). Диагностически значимые симптомы аффективной патологии выявлены у 174 мигрантов, из них 106 человек из группы субдоминирующих мигрантов (16,0 %±1,4 %), 50 человек (75,8 %±5,3 %) – доминирующие мигранты и 18 человек – мигранты-соотечественники (12,8 %±2,8 %). Невротические расстройства диагностированы у 172 мигрантов, в том числе в группе доминирующих они зарегистрированы у 13 человек (19,7 %±4,9 %), в группе субдоминирующих – у 123 человек (18,6 %±1,5 %), в выборке мигрантов-соотечественников – у 36 человек (25,5 %±3,7 %). То есть при изучении профиля психиатрической патологии обнаружены специфические особенности распределения в зависимости от занимаемой мигрантом ступени в иерархической структуре. Доминирующие мигранты, будучи более успешно интегрированы в принимающее общество, однако несущие большую ответственность за своих соотечественников, предъявляли в анамнезе высокую нервно-психическую напряженность. У половины респондентов из группы доминирующих мигрантов диагностированы депрессивные расстройства, что проявлялось в подавленности, снижении интереса к окружающей действительности, разной выраженности адинамии. Группа субдоминирующих мигрантов имела примерно равное распределение расстройств психиатрического спектра, таких как соматоформные, тревожно-фобические, дистимические и депрессивные расстройства. Наличие множественных психопатологических симптомов свидетельствовало о выраженной дезадаптации в этой группе мигрантов, когда ситуации и обстоятельства в новой культурной среде воспринимались как психотравмирующие, причем воздействие их, как правило, было пролонгированным, а отрицательные эмоции зачастую не имели выхода, подавлялись (влияние традиционного воспитания). В выборке мигрантов-соотечественников тревожно-фобические и аддиктивные расстройства явились наиболее распространенной психиатрической патологией. Во время адаптации, если мигрантам приходится сталкиваться с изменениями в новой культуре, превышающей их способность справляться, они могут проявлять высокий уровень личностной тревоги, что подтвердили полученные в данной работе результаты ($p = 0,001$). Также нами была выявлена коморбидность симптомов ПТСР с диссоциативными симптомами

на уровне высокой достоверности ($p = 0,003$). Достоверно высокий уровень диссоциативных процессов в группе мигрантов с симптомами ПТСР можно объяснить с позиции адаптационной перестройки личностного ресурсного потенциала мигранта в стране прибытия. Можно предположить, что описанное диссоциативное поведение, как защитно-адаптивный механизм приспособления в новой культурной среде, приведет, в конечном счете, только к усугублению симптомов ПТСР, поскольку не происходит проработки коренного чувства страха, который в патогенетическом аспекте явился пусковым механизмом.

Таким образом, можно сказать, что действительно есть особенности в диагностики клинико-динамических и структурных особенностей психологических и психических расстройств и адаптационного процесса у мигрантов с определением характера воздействия условий. Существуют единичные исследования в этой области, и дальнейшее изучение данной проблемы представляется перспективным в силу наличия актуализации темы мигрантов по всему миру.

Клинико-психопатологические особенности нарушений половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и транссексуализме

Старостина Е. А., Ягубов М. И.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского

Актуальность. Актуальность изучения расстройств половой идентификации обусловлена резким увеличением обращаемости в медицинские учреждения лиц с запросом на смену пола (Leibowitz S. et al., 2016; Holmberg M. et al., 2018). Популяризация темы «трансгендерности» в масс-медиа только подогревает интерес к этому феномену. В последнее время процедура перемены пола становится более упрощенной, сокращаются и рекомендованные сроки наблюдения таких пациентов (Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. и др., 2018). Вместе с тем ощущение гендерного несоответствия может быть не только проявлением транссексуализма, но и быть симптомом других психических заболеваний, в частности шизофрении.

Цель исследования: выявление клинико-психопатологических особенностей нарушений половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра и транссексуализме.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе отделения сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» в период с октября 2018 г. по май 2020 г. В работу было включено 100 пациентов, обратившихся на амбулаторный прием с намерением смены пола. В исследование не вошли пациенты с эндокринными или генетическими заболеваниями, являющимися причинами нарушений половой идентичности. Обследуемые были разделены на две группы. Первую группу составили 58 чел. с расстройствами шизофренического спектра (с диагнозами: Шизофрения параноидная, F 20.0; Шизотипическое расстройство, F 21; Хронические бредовые расстройства, F 22) с идеями смены пола. В данной группе было 22 жен. (38 %) и 36 муж. (62 %). Средний возраст на момент обращения составил $25,5 \pm 10,02$ лет. Во вторую группу вошло 42 пац. с диагнозом «Транссексуализм», F 64.0, среди них – 26 жен. (62 %) и 16 муж. (38 %). Средний возраст на момент обращения – $26,2 \pm 6,59$ лет. В работе использовались клиничко-психопатологический, клиничко-сексологический, экспериментально-психологический и статистический методы исследования. Применялись методики для диагностики полового самосознания: Маскулинность и Фемининность (Бессонова Т.Л., 1994); Цветовой тест отношений А.М.Эткинда. Статистическая обработка данных проводилась с использованием U-критерия Манна-Уитни; критерия χ^2 .

Результаты. Среди обследуемых первой группы преобладали пациенты с шизотипическим расстройством (45 чел., 77,6 %), с параноидной шизофренией было 8 чел. (13,8 %), с паранойяльной шизофренией – 5 чел. (8,6 %). Наиболее поздний возраст обращения по поводу смены пола отмечался у пациентов с паранойяльной шизофренией ($46,4 \pm 13,3$ лет), у пациентов с параноидной шизофренией – $27 \pm 8,7$ лет, с шизотипическим расстройством – $22,9 \pm 6,7$ лет. Возраст осознания гендерного несоответствия составлял $14,4 \pm 5$ лет. Опыт жизни в желаемом гендере имели 20,7 %. Средняя длительность такого опыта составила $3,8 \pm 3,1$ лет. Большинство обследуемых (55,2 %), несмотря на заявление о своей «трансгендерности», исполняли социальную роль своего биологического пола. Самостоятельную гормональную терапию начали 34,5 %, 1 пац. выполнил хирургические операции до прохождения врачебной комиссии по смене пола. Из 58 чел. только 9 (15,5 %) имели партнеров, остальные были одиноки. 29,3 % в детстве предпочитали игры, больше характерные для противоположного пола, 27,6 % – для своего пола, остальные – гендерно-нейтральные. 69,4 % мужчин имели опыт переодевания в женскую одежду в детском и/или подростковом возрасте. У 77,6 % наблюдались нарушения психосексуального развития, преимущественно в виде его задержки. Преобладала гомо- и бисексуальная направленность полового влечения (по 41,4 %).

Группа пациентов с расстройствами шизофренического спектра являлась неоднородной, тем не менее были выявлены некоторые общие клинико-психопатологические закономерности:

1. Особенности становления полового самосознания в виде сомнений в необратимости своей половой принадлежности в детском возрасте «думал, что когда я вырасту, то превращусь в девочку», а также в виде нарушенного представления о гендерных ролях «не понимал, почему я должен играть с мальчиками».

2. Склонность к сверхценным образованиям. Помимо сверхценных установок на смену пола имели место сверхценные увлечения, отнимающие большую часть времени пациентов.

3. Инфантилизм. У большинства обследуемых (81,0 %) отмечались признаки психического или психофизического инфантилизма. Незрелость эмоционально-волевой сферы проявлялась в высокой внушаемости, сниженной способности контролировать эмоциональные реакции, низкой ответственности, большей уязвимости к стрессам.

4. Деперсонализационно-дисморфофобические переживания, впервые возникшие в подростковом возрасте. При этом дисморфофобия была связана не только с половыми признаками, но и с другими аспектами внешности.

5. «Информационное озарение». В большинстве случаев, на почве имеющих дисморфофобических и деперсонализационных переживаний, после получения информации о транссексуализме, «все становилось на свои места», происходило переосмысление своей прошлой жизни с «ложными воспоминаниями», формировались установки на смену пола.

6. Диссоциация между внешним видом и высказываниями на счет своей «трансгендерности». При психологическом обследовании у пациентов с шизофренией выявлялась дисгармоничность психосексуальной сферы в виде слабой дифференцированности полового самосознания, полоролевого поведения и когнитивных представлений о мужских и женских половых ролях.

При анализе семейного статуса пациентов двух групп было установлено, что пациенты с транссексуализмом чаще состояли в романтических отношениях (52,4 %), чем пациенты с шизофренией ($p = 0,002$). У 95,3 % обследуемых с транссексуализмом с детства наблюдалось трансролевое поведение. С началом полового созревания возникало неприятие первичных и вторичных половых признаков, однако степень ее выраженности была различной: от «нейтрального» отношения и игнорирования до выраженной неприязни вплоть до аутоагрессивных тенденций.

Средний возраст осознания гендерного несоответствия составлял $8,5 \pm 3,3$ лет. Опыт жизни в желаемом гендере имели 85,7 %, средняя продолжительность такого опыта была $6,3 \pm 6,4$ лет. 61,9 % прибегали к самостоятельной гормональной терапии, 19 % подверглись хирургическим

операциям до прохождения врачебной комиссии по смене пола. По сравнению с пациентами первой группы у обследуемых с транссексуализмом реже наблюдались нарушения этапов психосексуального развития ($p < 0,5$). Преобладала гомосексуальная направленность полового влечения (88 %). По результатам психологического обследования у мужчин с транссексуализмом половая идентичность и полоролевое поведение имели феминный характер. Отношение к себе чаще было амбивалентным или негативным. У женщин половое самосознание характеризовалось мужской половой идентичностью, маскулинной (часто гиперролевой) моделью поведения, положительным или амбивалентным отношением к себе.

Выводы. Было выявлено, что у пациентов с шизофренией осознание гендерного несоответствия приходилось на более поздний возраст ($p < 0,01$), чем у обследуемых с транссексуализмом. Идеи смены пола при расстройствах шизофренического спектра формировались на почве уже имеющих отклонений на ранних этапах формирования половой идентичности, что отражалось в частой встречаемости у таких пациентов нарушенных представлений о полоролевом поведении, кросс-дрессинге уже с детского возраста. Обращала на себя внимание частая встречаемость задержки психосексуального развития у пациентов с шизофренией. Нарушения половой идентичности при расстройствах шизофренического спектра были связаны с деперсонализационно-дисморфофобическими переживаниями, на почве которых формировались сверхценные, бредаподобные или паранойяльные идеи смены пола.

Исследование генетически обусловленной регуляции антихолинэстеразной терапии и перспективы ее применения в психиатрии, неврологии и травматологии

**Степанов Я. А.¹, Шнайдер Н. А.¹, Медведев Г. В.²,
Насырова Р. Ф.**

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева;*

*Национальный медицинский исследовательский центр
травматологии и ортопедии им. Р. Р. Вредена*

Актуальность. Антихолинэстеразные препараты (ингибиторы холинэстеразы (ХЭ)) широко используются в различных направлениях клинической практики. Основным механизмом действия данной группы препаратов является их способность обратимо или необратимо взаимодействовать

с активными центрами сериновых гидролаз – эстеразами. К биомишеням ингибиторов ХЭ относят «первичную» биомишень (первый тип ХЭ) – ацетилхолинэстеразу (АХЭ, КФ 3.1.1.7) – и «вторичную» биомишень (второй тип ХЭ) – бутирилхолинэстеразу (БХЭ, КФ 3.1.1.8). Также выделяют пропионилхолинэстеразу, которую относят ко второму типу ХЭ. Генетически детерминированных вариаций активности АХЭ, которые можно было бы применить в практике, не выявлено. Высокий уровень экспрессии гена ВСhЕ, локализованного в локусе 3q26.1–q26.2, обуславливает наличие в плазме крови человека, помимо обычной формы БХЭ, еще 9 её изоформ. Около 76 % людей являются носителями распространенного (мажорного) аллельного варианта гена ВСhЕ, а 24 % являются носителями минорных аллельных вариантов (однонуклеотидных вариантов – ОНВ). Клинически значимые ОНВ гена ВСhЕ, ассоциированные с изменением активности БХЭ, можно рассмотреть как обоснование нового подхода к антихолинэстеразной терапии с позиции персонализированной медицины.

Цель – рассмотреть возможность регуляции антихолинэстеразной терапии на основании генетически обусловленных вариаций активности бутирилхолинэстеразы.

Задачи: проанализировать проведенную ранее оценку чувствительности различных фенотипических групп по БХЭ к модельному препарату на доклиническом уровне в эксперименте; – определить возможные клинические направления, необходимые для уточнения и персонализированного подхода к антихолинэстеразной терапии.

Материалы и методы. Исследована активность БХЭ и АХЭ в плазме и цельной крови на доклиническом уровне. Исследование не противоречило Хельсинской декларации (в модификации 64th WMA General Assembly, 2013). Обоснование вида экспериментальных животных было выполнено посредством сопоставимости соотношений фенотипов по БХЭ внутри случайной выборки нелинейных белых крыс (n = 120) и кроликов (n = 91) с человеком (n = 19). Распределение исследуемых экспериментальных животных и людей (клинически здоровых добровольцев) по типам БХЭ осуществляли по дибукаиновому числу. Определение *in vitro* дибукаинового числа осуществляли посредством стандартного набора фирмы Chema Diagnostica. Данный набор позволяет оценить активность БХЭ с ингибированием и без ингибирования дибукаином в сыворотке крови экспериментальных животных на биохимическом анализаторе Metrolab-2300. Наиболее простым в биохимическом фенотипировании носителей минорных ОНВ является определение способности ингибирования БХЭ дибукаином. Дибукаиновое число позволяет разделить экспериментальных животных на 3 фенотипические группы по БХЭ: более 75 % (гомозиготы); 35–75 % (гетерозиготы); менее 35 % (атипичные гомозиготы) соответственно. Активность АХЭ

экспериментальных животных определяли в цельной крови по методу Hestrin S.J., сущность которого заключается в определении избытка ацетилхолина, не подвернутого гидролизу, после инкубации его с АХЭ. По критерию выраженного антихолинэстеразного эффекта был выбран модельный препарат, производное прозерина. После распределения животных на группы по генотипам БХЭ – гетерозиготы, гомозиготы, атипичные гомозиготы – производили внутримышечное введение водного раствора модельного препарата в дозе 10 ED50, рассчитанной ранее для случайной выборки животных, т. е. со смешанным генотипом. Критерием порогового действия модельного препарата являлось угнетение активности АХЭ от 5 % до 30 %.

Результаты и обсуждение. В видовом распределении генотипов по БХЭ наибольшей вариабельностью обладают человек и кролик. Максимальный процент наличия атипичной формы БХЭ зарегистрирован у кроликов – 60 %. В исследуемой случайной выборке среди белых крыс преобладают гомозиготы – более 80 %, что можно связать с селективностью разведения данного вида и ставит его нецелесообразным для доклинического исследования вариаций активности БХЭ. У кроликов критерий селективности определен в меньшей степени, что отображается в количественном составе всех генетических групп. Для человека не свойственна селективность и данное распределение является показателем, характеризующим случайную выборку. Для всех фенотипов по БХЭ у кроликов наблюдается тенденция к снижению средней активности АХЭ с течением времени. Наибольшее среднее значение угнетения активности АХЭ отмечено у кроликов-гетерозигот – 37,5 % – в первые 2 ч после воздействия препарата. Гомозиготные особи кроликов оказались наиболее устойчивым к воздействию препарата, что можно объяснить высокой активностью БХЭ. В работе показано, что предварительное разделение экспериментальных животных на фенотипические группы по БХЭ позволяет предупредить ложную интерпретацию результатов доклинических исследований антихолинэстеразных средств, а также может повысить достоверность результатов их оценки и дальнейшей экстраполяции экспериментальных данных на человека. Исключение или, напротив, более детальное изучение устойчивых фенотипов по БХЭ поможет разработать новый алгоритм экстраполяции экспериментальных данных на человека при доклиническом исследовании антихолинэстеразных препаратов.

Предварительное распределение пациентов по чувствительности к антихолинэстеражным препаратам может позволить спрогнозировать целевой эффект, предупредить осложнения, а также корректно оценить диагностические тесты. Наиболее актуален данный подход к терапии нейродегенеративных заболеваний, а также заболеваний, сопровождающихся нарушением передачи нервного импульса. Одним из таких заболеваний является миастения гравис. В основу патогенеза миастении лежит дизиммунный

процесс, сопровождающийся выработкой гетерогенной группы аутоантител к ацетилхолиновым рецепторам. В исследованиях последних лет отмечена повышенная актуальность патогенетической терапии миастении при раннем дебюте заболевания. Вместе с тем, известно, что примерно у 20 % пациентов выявлена резистентность к медикаментозной патогенетической терапии, причины которой активно изучаются в настоящее время. Предполагаем, что выявленные гетерогенные результаты лечения могут быть следствием генетического полиморфизма БХЭ и, соответственно, различной чувствительностью организма к терапии заболевания.

Еще одним потенциально сопряженным с полиморфизмом БХЭ клиническим направлением является диагностика миастении. Раннее выявление дебюта заболевания является предиктором успешной терапии. В настоящее время существует распределение степени достоверности диагностики, согласно которой прозериновый антихолинэстеразный тест является не достоверным, а вероятным критерием, что обусловлено высоким процентом ложноотрицательных результатов. Молекулярно-генетический скрининг на предрасположенность к резистентности к ингибиторам АХЭ, обусловленную полиморфизмом БХЭ, может улучшить исходы терапии и качество жизни пациентов.

Также, ингибиторы АХЭ являются препаратами выбора в терапии болезни Альцгеймера (БА). Терапия БА является сложной и долгосрочной из-за хронического течения заболевания и отсутствия полного понимания этиологии. В данных условиях, персонализированный подход с разделением пациентов с БА по вариации активности БХЭ на старте назначения ингибиторов АХЭ и контроль уровня угнетения АХЭ в динамике могут стать условием повышения эффективности и безопасности антихолинэстеразной терапии. Эффективность лечения полного нарушения целостности нерва зависит от следующих факторов: хирургической техники; расстояния, которое необходимо преодолеть регенерирующим волокнам; адекватной восстановительной антихолинэстеразной терапии.

Анализ литературных источников свидетельствует о высоком уровне инвалидизации пациентов при травматических повреждениях периферических нервов. Генотипирование пациентов на носительство ОНВ гена ВСНЕ и/или фенотипирование по дибукаиновому тесту могут улучшить прогнозирование ответа на антихолинэстеразную терапию при повреждениях периферических нервов, снизить или предупредить инвалидизацию, а также ускорить процесс реабилитации.

Выводы. Авторы предполагают, что результаты исследования помогут разработать новый персонализированный подход к антихолинэстеразной терапии в клинической практике, а именно при регуляции ответа ферментов эстеразного пула на селективное или неселективное ингибирование.

Расстройства сексуальных предпочтений как коморбидные состояния у лиц, страдающих расстройством личности

Степанова Н. А., Афанасьева А. В.

г. Москва

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского*

Актуальность. Расстройства личности (РЛ) представляют собой устойчивые врожденные или приобретенные патологические состояния, впервые проявляющиеся в детском или подростковом возрасте, приводящие к ухудшению межличностного функционирования и снижению адаптационных способностей. РЛ составляют одну из наиболее частых психических патологий. По данным ряда исследователей их распространенность может достигать от 11–13 % в общей популяции до 64 % среди лиц, обращающихся за медицинской помощью (Torgersen S., 2014, Bridget F., Grant, 2004; Mark F., Lenzenweger, 2008; Ястребов В.С., 2011). Еще большая распространённость РЛ наблюдается среди лиц, находящихся в местах лишения свободы. S. Fazel, J. Danish (2002) на основе обобщения результатов обследования 23 тыс. заключенных в 12 европейских странах сделали вывод, что среди лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, расстройства личности являются наиболее распространенной психической патологией. Проводились исследования, демонстрирующие высокую коморбидность РЛ с аффективными (Симуткин Г.Г., 2014) и тревожными расстройствами (Welander-Vatn A., 2016), зависимостью от психоактивных веществ (Горинов В.В., Корзун Д.Н., Самылкин Д.В., 2020). Несмотря на имеющиеся статистические данные о высокой коморбидности (свыше 75 %) РЛ и расстройств сексуального предпочтения (РСП) у осужденных (Eher R., Hofer S., 2019), число исследований, посвященных данной проблеме, невелико. Имеющиеся публикации, в большей степени освещающие РЛ, касаются повышенного риска суицидального и самоповреждающего поведения (Soloff P.H., 2008), потенциально опасного поведения (Dumais A., 2005) и склонности к совершению противоправных действий (Сазонова Н.И., 2010).

Цель и задачи: оценка современного состояния проблемы распространенности и характера коморбидности расстройств личности и расстройств сексуального предпочтения.

Материалы и методы: анализ современных отечественных и зарубежных исследований, посвященных коморбидности РЛ и РСП.

Результаты и обсуждение. В последние годы возрастает интерес исследователей к изучению коморбидных психических расстройств. Было установлено, что коморбидные расстройства могут развиваться последовательно, одно за другим, или возникать одновременно, либо их сочетание может приводить к формированию качественно нового состояния (Гиленко М.В., 2011). Изучались различные гипотезы о взаимосвязи коморбидных расстройств: оба патологических состояния являются результатом единого процесса, а возникающие различия связаны с действием внешних факторов, одно расстройство служит условием для возникновения второго, оба расстройства имеют общий механизм развития (Wittchen H.U., 1996). Проблема изучения коморбидности РСП и РЛ, влияния данной коморбидности на нарушение социальной адаптации приобретает все большую актуальность в свете меняющейся классификации. В проекте ICD-11 для диагностики РЛ был предложен дименсиональный подход, предполагающий выделение РЛ в зависимости от степени тяжести расстройства, от легкого до тяжелого, с выделением 5 доменов – негативной аффективности, диссоциальности, расторможенности, ананкастности, отгороженности. Изменения затронут также рубрику расстройств сексуального предпочтения, где было предложено раздельное выделение парафилий и парафильных расстройств, последние из которых ассоциированы с длительно существующими и значительно выраженными паттернами аномального сексуального поведения, в соответствии с которыми индивид реализует действия, либо испытывает выраженный дистресс (Демидова Л.Ю., 2014; Wright S., 2010; Каменсков М.Ю., 2014; The ICD-11, 2018). Расстройства сексуального предпочтения имеют тенденцию существовать одновременно. Проводились исследования, показавшие, что лица с педофильным расстройством, также демонстрировали эксгибиционистское (12–13 %) и вуайеристское поведение (11–36 %) (Bradford JMW, 1992). Лицам с РЛ и лицам с РСП свойственны сходные характеристики, при этом констатируется недостаток научных исследований в данной области (Carrie A., Knight R.A., 2014). Коморбидность РЛ и РСП изучалась в основном среди лиц, совершивших сексуальные преступления (Michael C. Seto, 2014). В исследовании, проведенном N.W. Dunsieith, продемонстрировано их достоверное преобладание по сравнению с иными видами психических расстройств, РЛ встречалось в 74 %, что совпадало с установленным диагнозом РСП (74,3 %), наиболее частым из которых была педофилия – 37,2 %. Чаще всего коморбидное расстройство сексуального предпочтения наблюдалось у лиц, страдающих антисоциальным РЛ (52,4 %), пограничным РЛ – 32,1 %, параноидным РЛ – 29,8 % (N.W. Dunsieith, 2004; A. Leue, 2004). В ряде проведенных исследований, изучавших коморбидность РЛ и расстройств сексуального предпочтения, были получены противоречивые результаты, например,

было обнаружено, что садизм связан не с большей вероятностью антисоциального расстройства личности, а скорее с большей вероятностью иных расстройств личности (Marshall, Kennedy, Yates, 2002); избегающие, шизоидные и шизотипические личностные шкалы, использовавшиеся в опроснике MCMI, показали высокие результаты при обследовании «сексуальных агрессоров» (Knight, Prentky, 1990). Также исследовалась гипотеза о том, что лица, страдающие РЛ, как и лица, страдающие сексуальным садизмом, проявляют дефицит эмпатии из-за трудностей обработки и переживания эмоций (Kirsch, Becker, 2007). Полученные противоречивые результаты вероятнее всего связаны с использованием различных определений расстройств сексуального предпочтения, слабой диагностической надежностью существующих критериев, различными пропорциями выборок исследуемых, их нерепрезентативностью. Также важно, что в большей части исследований были использованы критерии DSM-IV или субъективные критерии, на которые опирался врач-исследователь, и лишь малое количество исследований было проведено дименсионально (Darjee R., 2019). Среди последних исследований, проведенных с использованием дименсионального подхода, было обнаружено, что садизм коррелирует с осуществлением межличностных манипуляций, черствостью, беспорядочным образом жизни, антисоциальным поведением и дезинтеграцией/шизотипией (Međedović, 2017). В проведенных исследованиях было установлено, что РЛ, вероятно, может предрасполагать к развитию PCП, но не наоборот (Mokros et al., 2011; Robertson, Knight, 2014). РЛ может являться предрасполагающим фактором для проявления сексуального садизма при реализации открытого сексуального насилия, при этом бессердечие и/или расторможенность способствуют совершению доставляющих удовольствие стимулирующих сексуальных действий, причиняющих вред другим (Longpré, Guay, Knight, 2018; Mokros et al., 2011; Robertson, Knight, 2014).

Выводы. Расстройства сексуального предпочтения являются частой коморбидной патологией при РЛ, что наиболее характерно для диссоциального, пограничного или параноидного типов. Расстройства сексуального предпочтения включали в себя чаще всего педофилию и сексуальный садизм, что, вероятно, могло быть связано с особенностями использовавшихся в исследованиях выборок (большая часть исследований проводилась среди лиц, находящихся в местах лишения свободы). Лица, страдающие РЛ и PCП, имеют схожие характеристики, что может затруднять установление коморбидного диагноза. Малое количество исследований было проведено с использованием дименсионального подхода оценки тяжести РЛ, единичные – в отношении расстройств сексуального предпочтения. Необходимо проведение дальнейших исследований с использованием более точных дименсиональных критериев диагностики.

Особенности формирования контингента пациентов отделения интенсивного оказания психиатрической помощи

Сурикова В. В., Галкина А. О., Земскова А. А.

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

Актуальность. Перераспределение медицинской помощи на внебольничное звено стало неотъемлемой частью реформирования психиатрической службы в России. Возросла роль участкового врача-психиатра, увеличилось число дневных стационаров, появились новые стационарозамещающие технологии такие как отделения интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2006). Данная структура позволяет оказывать помощь на дому, способствует ранней выписки пациентов из круглосуточного стационара и предупреждения госпитализации в него, тем самым снижая экономическую нагрузку учреждений здравоохранения (Прытова Е. Б., Костенко Р. В., Правдина Н.В., 2018). Данное полустационарное отделение введено в номенклатуру в 2012 г., и за это время ОИОПП стало неотъемлемым звеном сложного механизма внебольничной психиатрической помощи. В связи с этим постепенно формируется определенный кластер пациентов, которому широко и активно назначается данная стационарозамещающая технология.

Цели и задачи исследования: определить основной контингент пациентов, которому назначается лечение в условиях ОИОПП, провести анализ его клиничко-социальных характеристик, а также такого индикативного показателя как госпитализация в круглосуточный стационар в течение года после выписки из данного полустационарного отделения. Материалы и методы исследования: В ходе исследования было проанализировано 216 выписных эпикризов пациентов, проходивших лечение в отделениях интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП) филиалов психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева (Москва). Для определения контингента пациентов, для которого широко используется данная форма стационарозамещающих технологий, были сопоставлены группы пациентов первично ($n = 143$) и повторно ($n = 73$) госпитализированных в ОИОПП, проанализированы и выявлены особенности их основных клиничко-социальных характеристик. Также в динамике был оценен такой индикативный показатель как госпитализация в круглосуточный психиатрический стационар в течение года после выписки из ОИОПП.

Результаты и обсуждение. Нозологический состав пациентов ОИОПП распределился следующим образом: среди первично направленных больных чаще госпитализировались лица с диагнозом шизофрения и расстройствами шизофренического спектра – 83 (58,0 %) и органическими психическими расстройствами (включая и деменцию) – 42 (29,4 %), значительно меньше с аффективными (9 (6,3 %)), невротическими (1 (0,7 %)), личностными расстройствами (2 (1,4 %)), умственной отсталостью (6 (4,2 %)). Среди пациентов, направленных повторно, распределение по нозологии сохранилось, но отмечалось возросшее количественное преимущество лиц с диагнозом шизофрения (чаще непрерывного типа течения) и расстройств шизофренического спектра (58 (79,5 %)). Второе место занимали по-прежнему органические психические расстройства (15 (20,5 %)). Средний возраст пациентов незначительно различался среди первично и повторно направленных в ОИОПП (49,4 и 49,6). Длительность госпитализации при повторных госпитализациях в ОИОПП была короче, чем при первичных (27,9 и 25,4). Отмечались гендерные особенности пациентов: первично госпитализированных мужчин и женщин было примерно одинаковое количество – 64 (44,75 %) и 79 (55,25 %), при повторных госпитализациях доля женщин возросла (51 (69,87 %)). Контингент госпитализированных повторно в ОИОПП был тяжелее, чем первичных направлений: выше доля диспансерных (61 (83,6 %) и 92 (64,3 %) соответственно), длительно наблюдающихся (более 5 лет) (58 (79,5 %) и 92 (64,3 %)), с частыми госпитализациями в анамнезе (40 (54,8 %) и 43 (30,1 %)) пациентов. Отягощалась ситуация неблагоприятным социальным статусом: одиноких пациентов среди повторно госпитализированных пациентов было больше, чем у первично (63 (86,6 %) и 119 (83,2 %)). Также процент употребляющих ПАВ и алкоголь среди повторно направленных в ОИОПП пациентов выше, чем у первично (10 (13,4 %) и 12 (8,4 %)). Изменилась и маршрутизация при повторных госпитализациях в ОИОПП: чаще стали направлять участковые врачи-психиатры (43 (58,9 %) и 65 (45,5 %)) при обострении хронических заболеваний с целью предупреждения госпитализации в психиатрические больницы. Несмотря на более тяжелый и сложный в ведении контингент пациентов при повторных направлениях в ОИОПП процент госпитализаций в круглосуточный стационар в течение года почти не изменился (12 (16,5 %) и 24 (16,8 %)) и его можно расценивать как низкий.

Выводы. Отделение интенсивного оказания психиатрической помощи эффективно выполняет функции стационароразмещения несмотря на формирующийся тяжелый контингент пациентов, который представлен длительно наблюдающимися, диспансерными и с частыми госпитализациями в анамнезе пациентами. Ситуация осложняется неблагоприятным социальными статусом и наркологической отягощенностью пациентов. Индикативный

показатель работы отделения как госпитализация в круглосуточный психиатрический стационар обусловлен тяжелыми формами течения заболеваний и в целом можно характеризовать как низкий.

Анализ семейной тревоги у созависимых родственников, обратившихся за психологической помощью и начавших участие в психотерапевтической группе

Титова М. Ю.

г. Тамбов,

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность. Наличие кризисных явлений во всех областях жизни современного общества обуславливают возникновение у граждан различного рода психических расстройств и пограничных состояний. Состояние неопределенности и шаткости существующих устоев вызывают ощущение уязвимости и страха перед действительностью. В поисках средств снижения возникающего напряжения, ощущения удовлетворения жизненно важных потребностей, в поисках чувства благополучия и ухода от страдания, люди зачастую прибегают к использованию аддитивных агентов, таких как психоактивные вещества и/или психоактивные действия. В результате систематического использования такого способа иллюзорного удовлетворения потребностей несомненно возникает зависимость к данному аддитивному агенту. Проблема зависимости всегда стояла остро, и вопрос предупреждения и преодоления зависимости до сих пор не решен. Как известно, не существует одного гарантированно эффективного средства для лечения зависимости, аддикция представляет собой комплексную проблему, затрагивающую все сферы жизни человека – био-, психо-, социо-, духовную (Вайсов С.Б., 2008). Исследователи, работающие с данной проблемой, изучают ее разные стороны и дополняют знания в этой области. В настоящее время все большее внимание исследователей привлекает к себе проблема семейной созависимости как фактор, усугубляющий проявления зависимости у члена семьи (Москаленко В.Д., Зайцев С.Н., Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж.).

Цель и задачи. Целью нашего исследования явилось изучение особенностей проявления поведенческих паттернов у созависимых, обратившихся за психологической помощью и начавших участие в психотерапевтической группе, и общего фона их переживаний, связанных с их позицией в семье.

Задачи: 1. Определение основных трудностей у созависимых, начинающих участие в психотерапевтической группе; 2. Определение уровня

информированности о проблемах зависимости и созависимости у участников группы; 3. Определение ожиданий и целей участия в психотерапевтической группе для созависимых; 4. Определение степени созависимости и особенностей проявления поведенческих паттернов у созависимых в семье; 5. Изучение общего фона переживаний созависимых, связанных с их позицией в семье. Материалы и методы. Анкетирование, методика «Шкала созависимости» (Кулаков С.А., Вайсов С.Б., 2002), методика «Анализ семейной тревоги» Эйдемиллер Э.Г. Результаты и обсуждение. Мы рассматриваем семью как систему, в которой изменения, происходящие с одним членом семьи, неизменно приводят к изменениям у других членов семьи. Так зависимость у одного из членов семьи затрагивает остальных, в результате у них происходят системные нарушения здоровья в эмоциональной, поведенческой и социальной сфере (Москаленко В.Д., 2008). Длительно действующий стресс, связанный со злоупотреблением ПАВ одним членом семьи, обуславливает появление пограничных психических нарушений у других. «Созависимость – состояние, определяющее нарушения психического здоровья и личностного развития, сформированное у представителей семьи, где проживает зависимый от алкоголя, в результате длительной приверженности стрессу и сконцентрированности на его поведении и проблемах» (Стоянова И.Я., Мазурова Л.В., Бохан Н.А., 2011). В медицинском понимании созависимость как болезнь – это психическое нарушение, проявляющееся у родственников и близких зависимого в результате постоянной психической травмы и попыток приспособиться к ней, а также препятствующее выздоровлению зависимого (Горохова Н.И., 2017).

Исходя из данных представлений в диспансерном наркологическом отделении ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница» организована психотерапевтическая группа для созависимых. Целью работы данной группы является смягчение или устранение проявлений созависимости, снижение негативного влияния симптомов созависимости на физическое, эмоциональное и социальное здоровье членов семьи. Основными частными задачами работы группы являются: коррекция дисфункциональных представлений о проблеме зависимости; формирование у членов семьи системного взгляда на проблему зависимости; создание альтернативных моделей разрешения проблем в семье; уменьшение эмоциональной вовлеченности членов семьи в симптоматическое поведение одного из ее членов; улучшение межличностных отношений (Вайсов С.Б., 2008). Психотерапевтическая группа для созависимых представляет собой курс из десяти еженедельных занятий продолжительностью 2,5 часа, включающий психообразовательный, психокоррекционный лечебные компоненты и компонент групповой динамики. В исследовании приняли

участие 12 женщин и 2 мужчин, обратившихся за психологической помощью в связи с проблемой зависимости в семье и начавшие участие в психотерапевтической группе для созависимых. Возраст испытуемых от 19 до 60 лет. По данным анкетирования длительность заболевания зависимостью у члена семьи испытуемого составила: менее 1 года – 14 % испытуемых; 1–5 лет – 50 %; более 10 лет – 36 % испытуемых. Испытуемые отмечают в анкете следующие проблемы в семье, связанные со злоупотреблением алкоголем: проблемы со здоровьем (сердечно-сосудистая система, зрение, психическое состояние: тревожность, раздражительность, агрессивность, неадекватное поведение зависимого), проблемы в отношениях в семье (конфликты), проблемы с законом, материальные трудности. При этом половина испытуемых (49 %) отмечают, что «хорошо», «средне» осведомлены о проблеме зависимости и созависимости, 51 % – имеют «мало» информации. На вопрос о целях участия в группе участники отвечают: «получить информацию», «вылечить мужа», «повлиять на зависимого, чтоб перестал пить», «как относиться к употреблению зависимым алкоголя», «как себя вести в ситуации срыва», «как поменять свое поведение, чтобы не провоцировать употребление». По результатам опросника «Шкала созависимости» у 71 % испытуемых отмечается высокий уровень созависимости, 29 % – умеренный. Высокий уровень созависимости отражается в таких проявлениях, как: чувство ответственности за других людей (их мысли, действия, чувства, выборы, потребности и благополучие); попытки доставлять удовольствие другим, забывая о себе; чувство вины, страх отвержения близкими; подавление своих чувств, сдерживание себя в попытках удерживать рядом с собой людей; трудности заявлять о своих потребностях; попытки укрывать зависимость в семье; боязнь огорчить зависимого из-за страха, что это спровоцирует срыв; попытки останавливать употребление ПАВ зависимым; появление болезней и расстройств в связи с проживанием с зависимым. По результатам методики «Анализ семейной тревоги» у 78 % испытуемых отмечается высокий уровень общей семейной тревожности (выше 50 %). При этом наблюдается закономерность – у испытуемых, имеющих высокий показатель созависимости, отмечается высокий показатель общей семейной тревоги. Семейная тревога является плохо осознаваемым, фоновым чувством у одного или нескольких членов семьи, которая проявляется в страхе, сомнениях, опасениях, касающихся семьи – здоровья, отлучек и поздних возвращений ее членов, конфликтов. Она не распространяется на внесемейные сферы. Важной чертой «семейной тревоги» является ощущение беспомощности и неспособности вмешаться и повлиять на ход событий в семье, ощущение своей малозначимости, в независимости от того, какую позицию член семьи в ней в действительности занимает (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2000).

Выводы. В результате проведенного исследования нам удалось выяснить, что основные трудности у созависимых, обратившихся за психологической помощью и начавшие участие в психотерапевтической группе для созависимых: проблемы со здоровьем (сердечно-сосудистая система, зрение, психическое состояние: тревожность, раздражительность, агрессивность, неадекватное поведение зависимого), проблемы в отношениях в семье (конфликты), проблемы с законом, материальные трудности. Половина участников группы плохо осведомлены о проблемах зависимости и созависимости, во время участия в группе они желают получить информацию о том, как способствовать выздоровлению зависимого, «как себя вести с зависимым, чтобы не провоцировать употребление». 71 % участников группы имеют высокий уровень созависимости, 29 % – умеренный. У 78 % испытуемых отмечается высокий уровень общей семейной тревоги. При этом наблюдается закономерность – у испытуемых, имеющих высокий показатель созависимости, отмечается высокий показатель общей семейной тревоги, что может указывать на взаимосвязь переживаний созависимого, связанных с его позицией в семье, и созависимыми паттернами поведения.

Взаимосвязь агрессивности с эмоциональным состоянием у медицинских работников в период пандемии COVID-19

Трофимова Е. В., Яковлев Я. В.

г. Калининград

Балтийский федеральный университет им. Иммануила Канта

Введение. Главные психологические последствия пандемии выражаются в повышенном уровне стресса и тревожности. Факторы стресса могут быть связаны со страхом заразиться, заразить своих коллег и близких, необходимостью строгого соблюдения противоэпидемических мер безопасности, увеличению времени рабочих смен, из-за недостатка персонала, большим количеством пациентов, которым необходимо одновременно оказать помощь. Поэтому важным становится вопрос изучения особенностей детерминант эмоциональных состояний в период пандемии. Агрессивность в ситуации стресса, может служить причиной возникновения новых эмоциональных состояний и быть источником эмоционального истощения медицинских работников и неэффективного реагирования в трудной стрессовой ситуации. Таким образом, актуальность исследования связана с малой степенью разработанности проблемы.

Цель. Изучить взаимосвязь агрессивности с эмоциональным состоянием медицинских работников в период пандемии COVID-19.

Задачи.

Теоретические задачи. Изучить теоретические и эмпирические исследования по проблеме агрессии, эмоционального состояния врачей в период пандемии, копинг-поведения. – Обосновать соотношение понятий агрессии, эмоционального состояния и копинг-поведения медицинских работников.

Методические задачи. Разработать программу эмпирического исследования проблемы взаимосвязи агрессии с эмоциональным состоянием у медицинских работников в период пандемии COVID-19.

Эмпирические задачи. Исследовать агрессию, эмоциональное состояние, копинг-поведение медицинских работников. Изучить взаимосвязь агрессии и эмоционального состояния медицинских работников в период пандемии COVID-19. – Изучить взаимосвязь эмоционального состояния и копинг-поведения медицинских работников в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Материалы исследования – анамнестические данные 30 курируемых испытуемых. Методы исследования: 1. Организационные методы – сравнительный. 2. Эмпирические методы- психодиагностический. 3. Методы обработки данных – качественный анализ – количественный анализ. 4. Интерпретационные методы- структурный метод.

Методики исследования: 1. Я-структурный тест Гюнтера Аммона (ISTA). 2. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4 DSQ). 3. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (CISS) (С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.А. Джеймс, М.И. Паркер, адаптированный вариант Т.А. Крюковой).

Методы обработки данных: Для статистической обработки данных используется пакет прикладных программ SPSS 22; методы математической статистики (критерий Т-Стьюдента U и критерий Манна-Уитни (для анализа различий средних значений), коэффициент корреляции Спирмана. Результаты исследований. С помощью методики «Я-структурный тест Аммона» мы смогли выявить и оценить уровни конструктивной, деструктивной и дефицитарной агрессии у медицинских работников. Было выявлено, что у большинства исследованных нами медицинских работников уровни конструктивной, деструктивной и дефицитарной агрессии находятся в норме. С помощью четырехмерного опросника дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4DSQ) мы смогли оценить уровень дистресса, депрессии, тревоги, соматизации среди опрошенных нами респондентов. Нами было выявлено, что умеренный и сильно выраженный дистресс преобладает над другими субшкалами, по мнению авторов опросника 4DSQ, дистресс может рассматриваться в качестве первого этапа в развитии депрессии или тревожного расстройства. Вместе с тем результат, полученный по субшкале

дистресса, является наиболее надежным показателем нарушения социальных функций. С помощью методики Копинг-поведения в стрессовых ситуациях (CISS) мы смогли выявить показатели по следующим шкалам: Копинг, ориентированный на решение задачи, Копинг, ориентированный на эмоции, Копинг, ориентированный на избегание, Копинг, ориентированный на отвлечения, Копинг, ориентированный на социальные отвлечения. Мы заключили, что показатель «агрессия деструктивная» статистически значимо положительно коррелирует с показателем эмоционального состояния «дистресс» ($r = 0,405$ при $p = 0,026$). Деструктивная агрессия подвергает медицинских работников дистрессу. Их деятельность отличается склонностью к разрушению контактов и отношений, к деструктивным поступкам, склонностью к обесцениванию других людей и межличностных отношений, суицидальными тенденциями, социальной запущенностью, тенденциями к самоповреждению. Показатель «дистресс» статистически значимо отрицательно коррелирует с показателями «копинг, направленный на избегание» ($r = -0,396$ при $p = 0,03$) и «копинг, направленный на отвлечение» ($r = -0,458$ при $p = 0,011$). Медицинские работники, подверженные дистрессу, не могут самостоятельно уйти и отвлечься от сложившейся ситуации. И чем выше становится уровень дистресса, тем менее вероятно медицинские работники смогут избежать или отвлечься от негативного фона. Показатель «агрессия дефицитарная» статистически значимо положительно коррелирует с показателем «копинг, направленный на эмоции» ($r = 0,461$ при $p = 0,01$), а также отрицательно коррелирует с показателем «копинг, направленный на социальное отвлечение» ($r = -0,369$ при $p = 0,045$). Медицинские работники, у которых выражена копинг-стратегия, ориентированная на эмоции, позитивная активность с миром полностью отсутствует. Они открыто выражают свои негативные эмоции (недовольство, напряжение и т.д.), что создает трудности во взаимодействии с коллегами, пациентами.

Выводы. Результаты проведенного эмпирического исследования позволяют сделать следующие выводы. 1. У большинства опрошенных медицинских работников уровень конструктивной, деструктивной, дефицитарной агрессии находится «в норме». 2. Доказана взаимосвязь деструктивной агрессии с эмоциональными состояниями медицинских работников, а именно с дистрессом. 3. Была выявлена взаимосвязь дефицитарной агрессии с копинг-поведением медицинских работников, а именно с копингами, направленными на эмоции и социальное отвлечение. 4. Была выявлена взаимосвязь дистресса с копинг-поведением медицинских работников, а именно с копингами, направленными на избегание и отвлечение. 5. Взаимосвязь деструктивной и дефицитарной агрессии с показателями соматизации, тревоги и депрессии не была доказана. Итак, гипотеза о том, что чем выше деструктивная агрессия, тем выше показатели соматизации, дистресса, тревоги

и депрессии, чем выше дефицитарная агрессия, тем выше депрессия у медицинских работников в период пандемии COVID-19 подтвердилась частично. Частная гипотеза о том, что эмоциональное состояние медицинских работников взаимосвязано с их копинг-поведением, а именно: чем выше соматизация, дистресс, тревога, депрессия, тем выше копинг, направленный на решение задачи, и ниже копинги, направленные на избегание и отвлечение подтвердилась частично.

Изменения пространственного порога тактильной чувствительности при шизофрении

***Тумова М. А., Абдырахманова А. К., Муслимова Л. М.,
Становая В. В., Иванов М. В.***

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Еще Э. Блейлер отмечал, что «ощущения, происходящие от органов тела, у больных шизофренией изменяются» и что «даже у хорошо ориентированных пациентов часто можно наблюдать присутствие полного обезболивания частей тела и кожи» (Bernard P., et al., 2001). Подобно нейронам центральной нервной системы, механорецепторы, отвечающие за осязание, происходят из эктодермы. Предполагается, что нарушения остроты тактильного восприятия связаны с нейрокогнитивными нарушениями, вызванными аномалиями нейроразвития с филогенетической и онтогенетической точек зрения. Во многих исследованиях подтверждаются изменения соматосенсорной чувствительности при шизофрении в виде снижения пространственной остроты, нарушения обработки сигналов от тактильных раздражителей, дискриминационного соматосенсорного дефицита (Boettger et al., 2013).

Изменения на начальных этапах восприятия, обработки и передачи информации на этапе ощущения могут привести к формированию болезненных переживаний. Соматосенсорная кора, расположенная в постцентральной извилине, известна своей центральной ролью в обработке сенсорной информации из различных частей тела. Кроме того, она играет важную роль в эмоциональной регуляции (Kropf et al., 2019). Последние данные фМРТ указывают на существенную фрагментацию и реорганизацию первичной сенсорных, слуховых и зрительных областей у пациентов с шизофренией (Bordier C, et al, 2018). Однако, существует мнение, что сенсорные нарушения при шизофрении, в частности тактильная чувствительность,

не являются самостоятельными, а отражают когнитивный дефицит и вследствие этого – недостаточность нисходящей регуляции. Так, Liu D. et al., 2020 обнаружили, что нейрокогнитивные функции, особенно рабочая память, были отрицательно связаны с порогом угловой дискриминации, что указывает на то, что когнитивные нарушения у больных шизофренией лежат в основе дефицита остроты тактильного восприятия (измеряемого как порог тактильной угловой дискриминации) (Liu D. et al., 2020).

Целью данного исследования было изучить характер нарушений пространственного порога тактильной чувствительности у больных параноидной шизофренией и изучить их связь с когнитивным дефицитом.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 54 пациента (1 группа) с параноидной формой шизофрении (F20 согласно критериям МКБ 10), проходивших стационарное лечение на 1-м отделении ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. Контрольная группа (2 группа) состояла из 33 здоровых испытуемых, не имевших среди родственников 1-й и 2-й степени родства больных психическими заболеваниями. В связи со снижением порогов чувствительности с возрастом в исследование включались испытуемые от 18 до 40 лет ($28,78 \pm 6,69$ в первой группе и $27,85 \pm 7,07$ во второй). Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом (№ ЭК-И-120/19 от 24.10.2019). Все испытуемые перед началом исследования подписали добровольное информированное согласие. Обследование пациентов проводилось в соответствии с протоколом, стандартами GCP, Хельсинкской декларации всемирной медицинской ассоциации и нормативными требованиями. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, были упорядочены в поведении и способны усвоить инструкции к обследованиям. Все пациенты получали психотропную терапию антипсихотиками первого или второго поколения, влияние антипсихотической терапии оценивалось с помощью хлорпромазиновых эквивалентов. Тяжесть психического состояния пациентов оценивалась врачом-психиатром во время структурированного интервью с помощью Шкалы оценки позитивных и негативных синдромов, PANSS, когнитивные функции оценивались с использованием Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией, BACS. Пространственный порог тактильной чувствительности измерялся эстезиометром Вебера на тыльном участке кисти по методу истинных и ложных случаев (Б.А. Сосновский, 1979). Расстояние между иглами эстезиометра менялось от 0 до 60 мм. Пространственный порог тактильной чувствительности рассчитывался по формуле Вундта: $t_0 = I_1 (50 - u_2) + I_2 (u_1 - 50) / u_1 - u_2$, где I_1 – минимальная интенсивность раздражителя (в нашем случае – расстояние), при которой правильное ощущение впервые имеется более чем в 50 % случаев предъявления этой интенсивности, I_2 – интенсивность раздражителя

(ближайшая), при которой двойное ощущение прикосновения впервые имеет место менее чем в половине предъявлений. u_1 , u_2 – частоты правильных ответов – в процентном отношении к общему числу, соответствующие интенсивностям I1 и I2 (Б.А. Сосновский, 1979).

Результаты. Пространственный порог тактильной чувствительности в группе здоровых испытуемых был равен $20,00 \pm 1,5$, а в группе больных шизофренией – $20,16 \pm 3,83$. Достоверных различий прога между группами не выявлено (Wilcoxon–Mann–Whitney test, p -value = 0.5957), однако в первой группе размах вариации был намного больше (14.67), чем во второй (2.29). В группе пациентов наблюдались значения порогов значительно превышающие среднее и, наоборот, у части пациентов наблюдалась гиперчувствительность, когда испытуемые начинали распознавать прикосновения с минимальных 15 мм. В связи с неоднородностью по значению пространственного порога пациенты были разделены на три группы для дальнейшего анализа, в качестве границ использовались значения первого и третьего квартиля. У 14 (25,93 %) пациентов порог чувствительности был меньше 16,91, у большей части пациентов (26 чел., 48,15 %) порог находился между 16,91 и 21,93, еще у 14 (25,93 %) пациентов определялось снижение чувствительности ($>$ 21,93). Достоверных различий между этими группами по тяжести психической симптоматике, ответа на терапию, половозрастному составу не было.

Корреляции с общим баллом по шкале BACS (T comp.) у пациентов с в высокой (0, 55) и низкой чувствительностью носили противоположный характер (-0,55). В группе пациентов со средними значениями достоверные корреляции обнаружены только с заданием «Башня Лондона» (0,41). У 23 пациентов во время исследования отмечались тактильные иллюзии, когда вместо 2-х прикосновений они ощущали 3 и более, при этом пациенты понимали, что это противоречит инструкциям. Тактильные иллюзии не были ассоциированы с тяжестью психической симптоматики, длительностью заболевания, когнитивным снижением, получаемой терапией.

Обсуждение. В результате проведенного исследования было подтверждено, что тактильные нарушения являются частым симптомом шизофрении и характеризуются как выраженным повышением пространственных порогов тактильной чувствительности, так и значительным снижением. Нарушения тактильной чувствительности тесно связано с когнитивным дефицитом, что подтверждает теорию недостаточности нисходящей регуляции. Связь тактильных иллюзий с порогами пространственной чувствительности требует дальнейшего изучения. Изучения механизмов сенсорных нарушений представляет интерес для будущих разработок методов лечения и реабилитации сенсорного функционирования, воздействующие на анализаторы, могут привести к улучшению когнитивного и социального функционирования больных шизофренией.

Проспективное мышление пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и его связь с качеством ремиссии

Тучина О. Д.

г. Москва

Московский научно-практический центр наркологии

Актуальность. Центральной проблемой синдрома зависимости от алкоголя (АЗ) является неспособность пациента прерывать употребление, несмотря на информированность о возможных его негативных последствиях (Biscarra, et al., 2017; Lindenger et al., 2018), что связывают с нарушениями так называемого проспективного мышления (ПМ) у зависимых лиц (Bickel et al., 2014; Volkow et al., 2016; Nandrino et al., 2017). Пациенты с АЗ предпочитают размышлять о будущем в самых общих, зачастую абстрактных категориях («все будет хорошо», «выйду на пенсию – заживу») (Nandrino et al., 2017; Gamble et al., 2019), что помогает им справляться с тревогой и депрессией (Nandrino & El Haj, 2019), или предпочитают использовать привычные автоматические когнитивные схемы или сценарии (Singer et al 2013), застревая в «старых главах» собственной жизненной истории при размышлении о будущем (Nandrino et al, 2017). Безрадостное, безнадежное будущее пациентов с АЗ, их «обреченность» (Nandrino & El Haj, 2019; Tuchina et al., 2020) отражаются в представлениях родственников зависимых о специфическом для России культурном алкогольном сценарии, неизбежным финалом которого становится преждевременная смерть (Saburova et al., 2011). Трагические «финальные сцены» иногда проживаются зависимыми пациентами в виде ярких произвольных образов будущего – «флешфорвардов», которые, будучи нагружены тревожными и порой суицидальными сценами, способствуют актуализации патологического влечения к алкоголю (Markus & Hornsveld, 2017; Holmes & Mathews, 2010; Ng et al., 2016). С другой стороны, известно, что способность к формированию произвольных представлений о собственной смерти, предположительно, имеет адаптивное значение для людей и могла бы обуславливать определенные изменения в их поведении (Hallford & D'Argembeau, 2020). Мы предположили, что пациенты с АЗ, формирующие образы смерти от естественных причин в пожилом возрасте, поддерживали бы трезвость для реализации этой социально-одобряемой «финальной сцены», а пациенты, осознающие возможность случайной, насильственной или иной алкоголь-связанной смерти, могли бы останавливать употребление для предотвращения трагической развязки.

Целью исследования стала оценка влияния произвольных представлений о собственной смерти на длительность терапевтических и спонтанных ремиссий у пациентов с АЗ.

Материал и методы исследования. Данное поперечное исследование проводилось в 2018–2021 гг. на базе «Московского научно-практического центра наркологии» и включало 61 мужчину с диагнозом «синдром зависимости от алкоголя» (МКБ-10), без диагностированных коморбидных психических расстройств, находящихся на этапе медицинской реабилитации, со сроком трезвости более 14 дней и длительностью употребления алкоголя – более 14 лет с момента начала эпизодического употребления. Клинические и анамнестические данные собирались в рамках полуструктурированного терапевтического интервью (ПТИ) (Шустов Д.И. и соавт., 2000). Совокупная длительность ремиссий оценивалась в ходе беседы с пациентом, значимыми третьими лицами (с согласия пациента), изучения медицинской документации. Для сбора данных о долгосрочных представлениях о будущей жизни («пятилетний план» и «финальная сцена») использовалось «Сценарное интервью», СИ (Johnsson, 2011). Оценка объема, эмоциональной интенсивности, специфичности, способности к самопроекции (доля соответствующих событий на «Линии жизни»), эмоциональной окрашенности, тематического содержания событий персонального будущего производилась по результатам анализа выполнения проективных методик «Линия жизни», ЛЖ (Нуркова В.В., 2000) и «Формирование самоопределяющих проекций» (D'Argembeau et al., 2012) на основании руководств по оценке автобиографических нарративов (Singer & Blagov, 2002; Thorne & McLean, 2001). Статистическая обработка данных включала проверку распределения данных математическими методами (критерий Шапиро-Уилка); корреляционный анализ (критерий корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена в соответствующих случаях); оценку влияния параметров ПМ и произвольных представлений о смерти на длительность ремиссий с помощью метода множественной линейной регрессии. В модели включалось не более 8 влияющих переменных, имеющих значимые корреляции с длительностью ремиссий по результатам предварительного анализа. Дополнительно проводилась оценка автокорреляции остатков и диагностика коллинеарности. Уровень значимости, принятый в исследовании, составил $p = 0,05$.

Результаты исследования. По результатам предварительного отбора переменных (с помощью корреляционного анализа) был проведен множественный линейный регрессионный анализ и построено две регрессионные модели, описывающие влияние указанных переменных на совокупную длительность ремиссии пациентов с АЗ. В Модель 1 (константа значима на уровне $p = 0,03$) вошли: «оставшееся время жизни» ($\beta = -0,31$; $SE = 15,8$; $t = -2,9$; $p = 0,01$); число родственников в семейной истории ($\beta = 0,26$;

SE = 22,4; $t = 2,5$; $p = 0,02$); ожидание быстрой смерти ($\beta = 0,32$; SE = 675,1; $t = 2,8$; $p = 0,01$); наличие любимой истории ($\beta = 0,26$; SE = 489,5; $t = 2,5$; $p = 0,02$); доля событий с позитивной саморепрезентацией в будущем ($\beta = -0,24$; SE = 9,2; $t = -2,04$; $p = 0,05$). Таким образом, наибольшее влияние на совокупную длительность ремиссий оказывала переменная «ожидание быстрой смерти», причем направление этого влияния было положительным: то есть, пациенты, высказывавшие желание умереть быстро, «никого не мучая», имели больше дней спонтанных и терапевтических ремиссий. Положительное, хотя и меньшее, влияние оказывали и наличие большего числа родственников в семейной системе и любимой детской истории. Интересно, что пациенты с меньшим «остаточным» интервалом дожития на ЛЖ демонстрировали большее число совокупных дней трезвости. Возможно, это связано с более реалистичным взглядом пациентов, оставляющих себе меньше времени на ЛЖ, на себя и собственное здоровье. Интересно, что наличие позитивной саморепрезентации в будущем (позитивных событий, маркированных «Я») оказывало отрицательное влияние на совокупную длительность ремиссии, хотя и наименьшее из остальных факторов. В целом модель объясняла 42 % дисперсии зависимой переменной (SE = 1783,7; $F = 7,9$; $p = 0,000$). Коэффициент Дарбин-Уотсона составил 1,8 и был несколько выше предельного значения. При удалении фактора «позитивной саморепрезентации» (Модель 2) критерий Дарбина-Уотсона вошел в пределы требуемых значений ($DW = 1,59$). Несколько снизился коэффициент детерминации – с 0,42 в Модели 1 до 0,37 (SE = 1834) в Модели 2 (константа значима на уровне $p = 0,01$), однако модель осталась значимой ($F = 8,3$; $p = 0,000$). Влияние объясняющих переменных также скорректировалось: «оставшееся время жизни» ($\beta = -0,38$; SE = 15,5; $t = -3,55$; $p = 0,01$); число родственников в семейной системе ($\beta = 0,26$; SE = 23; $t = 2,45$; $p = 0,02$); ожидание быстрой смерти ($\beta = 0,26$; SE = 675,1; $t = 2,8$; $p = 0,04$); наличие любимой истории ($\beta = 0,22$; SE = 495,3; $t = 2,1$; $p = 0,04$). При корректировке уровня значимости с учетом множественных вычислений, значимое влияние оказывали только «оставшееся время жизни» (фактически, прогноз ожидаемой продолжительности жизни) и число значимых родственников в семейной системе (репрезентация семейной системы в автобиографической базе знаний).

Выводы. Таким образом, были выделены ряд факторов, характеризующих ПМ и автобиографический нарратив, связанных с большим количеством дней трезвости и длительностью ремиссий в анамнезе пациентов с АЗ. Интересно, что представления о будущей тяжелой и мучительной или насильственной (ДТП, суицид, гомицид) смерти не явилось профилактирующим течение АЗ фактором. Наоборот, представление о легкой и быстрой смерти, отражающее общепопуляционный культуральный сценарий, было связано с большим числом дней трезвости. Подобные находки

подтверждают аутоагрессивную концепцию АЗ: где наличие произвольных и осознаваемых тяжелых самопроекции смерти значимо не сказывалось на возрастании дней воздержания от употребления алкоголя. Позитивным также оказалось и количество значимых родственников, окружающих зависимого и в той или иной мере объективно отражающих его поведение.

Факторы риска развития психотических расстройств при эпилепсии

Федоренко Е. А.

г. Москва

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского

Актуальность исследования. Вопросы как ранней диагностики, так и разработки превентивных мер по недопущению необратимых, инвалидирующих последствий хронических заболеваний являются одними из актуальных в медицине в настоящее время. Данные систематического обзора и мета-анализа, проведенного Clancy M.J., Clarke M.C., Connor D.J., Cannon M., Cotter D.R. (2014), показали, что у 6 % пациентов с эпилепсией на том или ином отрезке жизни встречается коморбидная психотическая симптоматика, практически в 8 раз превышая вероятность развития таковой среди общей популяции [Clancy M.J., Clarke M.C., Connor D.J., Cannon M., Cotter D.R. The prevalence of psychosis in epilepsy; a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014; 14:75.].

Психотические расстройства при эпилепсии принято разделять на три основные группы: иктальные, постиктальные, интериктальные [Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. *Am J Psychiatry*. 1998 Mar; 155 (3):325-36. doi: 10.1176/ajp.155.3.325. PMID: 9501741]. Факторами риска развития психозов при эпилепсии признаются начавшееся в детском возрасте сосудистое или инфекционное поражение головного мозга, локализация очага эпилептической активности в левой височной или лобной областях, частые и тяжелые эпилептические приступы, психотическая реакция на определенные противоэпилептические препараты, наличие сложных парциальных приступов [van der Feltz-Cornelis C.M., Aldenkamp A.P., Adèr H.J., et.al. Psychosis in epilepsy patients and other chronic medically ill patients and the role of cerebral pathology in the onset of psychosis: a clinical epidemiological study [published correction appears in *Seizure*. 2010 Mar; 19 (2):136] // *Seizure*. 2008; 17 (5): 446–456. doi: 10.1016/j.seizure.

2007.12.004]. Многие сходятся во мнении о значительно большем риске развития психотических расстройств у больных височной эпилепсией [Sundram F., Cannon M., Doherty C.P., et al. Neuroanatomical correlates of psychosis in temporal lobe epilepsy: voxel-based morphometry study // *Br J Psychiatry*. 2010; 197 (6): 482–492. doi: 10.1192/bjp.bp.110.080218]. Из обследованных 170 больных височной эпилепсией G.M. de Araújo Filho, V.P. Rosa [de Araújo Filho G.M., Tarifa B., Santos R.E., et.al. Clinical and sociodemographic variables associated with interictal dysphoric disorder and interictal personality in patients with drug-resistant temporal lobe epilepsy: A controlled study // *Epilepsy Behav*. 2017; 69:100–103. doi:10.1016/j.yebeh.2017.01.021] у 85 выявили психические расстройства (15,8 % – психозы, 14,1 % – тревожные расстройства). C.M. Feltz-Cornelis, A.P.Aldenkamp et al. [van der Feltz-Cornelis C.M., Aldenkamp A.P., Adèr H.J. Psychosis in epilepsy patients and other chronic medically ill patients and the role of cerebral pathology in the onset of psychosis: a clinical epidemiological study [published correction appears in *Seizure*. 2010 Mar; 19 (2): 136] // *Seizure*. 2008; 17 (5): 446–456. doi: 10.1016/j.seizure.2007.12.004], проведя эпидемиологическое исследование подчеркнули, что в происхождении эпилептических психозов первостепенное значение имеет локализация эпи-очага в левой височной и лобной долях, тяжелая и трудноизлечимая эпилепсия, а также последствия височной лобэктомии. Ряд авторов, говоря о факторах риска развития психотических расстройств при эпилептической болезни, подчеркивали, что женщины более подвержены данным состояниям [Hermann B.P., Schwartz M.S., Whitman S., Karnes W.E. Psychosis and epilepsy: seizure-type comparisons and high-risk variables. *J Clin Psychol*. 1981 Oct; 37 (4): 714–21. doi: 10.1002/1097-4679 (198110)37:4<714::aid-jclp2270370405>3.0.co;2-c. PMID: 6796603]. В качестве возможного фактора риска психотической симптоматики также предполагалась леворукость пациентов, по аналогии с тем утверждением, что пациенты с эпилепсией, в сравнении с пациентами без данного диагноза, достоверно чаще были либо левшами, либо отличались амбидекстрией [Slezicki K.I., Cho Y.W., Yi S.D., Brock M.S., Pfeiffer M.H., McVeary K.M., Tractenberg R.E., Motamedi G.K. Incidence of atypical handedness in epilepsy and its association with clinical factors. *Epilepsy Behav*. 2009 Oct; 16 (2): 330–4. doi: 10.1016/j.yebeh.2009.08.006. Epub 2009 Aug 28. PMID: 19716770], однако, достоверных исследований, подтверждающих взаимосвязь частоты случаев развития психоза у леворуких пациентов с эпилепсией выявлено не было [Kalinin V.V., Zemlyanaya A.A., Krylov O.E., Zheleznova E.V. Handedness, alexithymia, and focus laterality as risk factors for psychiatric comorbidity in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2010 Mar; 17 (3): 389–94. doi: 10.1016/j.yebeh.2009.12.028. PMID: 20138588].

Цель исследования – выявление факторов риска развития психотического эпизода у пациентов с верифицированным диагнозом эпилептического процесса.

Материал и методы исследования. Было обследовано 46 больных, которые находились на лечении в клинике экзогенно-органических расстройств и эпилепсии МНИИП – филиала ФМИЦПН им. В.П. Сербского. Среди обследуемых было выделено две группы в зависимости от наличия или отсутствия психотических эпизодов в структуре эпилепсии. 19 пациентам был установлен диагноз: «Органическое шизофреноподобное расстройство в связи с эпилепсией (F06.2)», 27 – «Органическое расстройство личности в связи с эпилепсией (F07.02)». Критериями включения являлись установленный диагноз эпилепсии, возраст от 18 до 60 лет, согласие на участие в исследовании. Критериями исключения – наличие хронического соматического заболевания, каких-либо вариантов аддикций, выраженное когнитивное снижение. Группы не отличались статистически по полу и возрасту. Всем обследуемым было проведено комплексное клинко-психопатологическое и психометрическое обследование с использованием ряда шкал: Монреальская когнитивная шкала (MoCA), Мюнхенский личностный теста (The Munich Personality Test), тест Annet для выявления ведущей руки, Торонтская шкала алекситимии (TAS-26). Всем обследуемым была проведена запись рутинной ЭЭГ с целью выявления локализации фокуса эпилептической активности.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23.

Результаты и их обсуждение. Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы IBM SPSS Statistics v.23. Не было выявлено статистически значимых различий между группами по шкале МОСА, нацеленной на выявление уровня когнитивного дефицита, так же, по методике выявления степени выраженности алекситимических расстройств. В результате проведенного исследования была выявлена взаимосвязь локализации фокуса эпилептической активности и риска развития психотических проявлений. Именно сосуществование лобной и височной локализации является прогностически неблагоприятным в отношении риска развития психотических расстройств при эпилепсии ($p = 0,033$). Также был проведен анализ взаимосвязи различных типов эпилептических приступов и риска развития психотических эпизодов, по результатам которого лишь наличие фокальных приступов с нарушением сознания и моторным началом продемонстрировало взаимосвязь с развитием психотических эпизодов. При сравнении различных вариантов психотических расстройств при эпилепсии (исходя из классификационного подхода приуроченности психотических проявлений к эпилептическому пароксизму), выявлена

статистически значимая взаимосвязь между фокальными приступами с нарушением сознания и интериктальным психозом ($p = 0,012$). При сопоставлении показателя «возраст» в зависимости от показателя «Наличие психоза», не удалось выявить статистически значимых различий ($p = 0,195$). Анализ личностных черт пациентов обеих групп на основании Мюнхенского личностного теста (The Munich Personality Test) выявил отличие лишь по одной из дименсий данной шкалы, «толерантность к фрустрации» ($p = 0,027$). Пороговое значение показателя «толерантность к фрустрации» в точке cut-off, которому соответствовало наивысшее значение индекса Юдена, составило 66,67. При значении показателя выше данной величины или равной ей, прогнозировалось наличие психотических проявлений. Любопытным представлялось бы исследование данной личностной характеристики у пациентов с перенесенным психотическим эпизодом до его манифестации с целью понимания, является ли данное различие следствием уже перенесенного психоза, либо изначальная особенность пациентов, выражающаяся в более высокой толерантности к фрустрации в том числе может быть расценена как один из возможных факторов риска развития психотических расстройств. Нам представляется более вероятным первое объяснение, где данная особенность является следствием нарастания дефицитарной симптоматики, где повышенная толерантность к фрустрации может быть рассмотрена в качестве нарастания эмоционального оскуднения.

Выводы. Таким образом, дальнейшее изучение проблематики факторов риска развития психотических расстройств при эпилепсии представляется перспективным направлением. Более четкое понимание данного вопроса может помочь клиницистам составить портрет пациента, наиболее подверженного развитию психотических эпизодов при эпилепсии с целью осуществления превентивных мер по минимизации риска развития данных состояний. Интериктальный психоз при эпилепсии является наиболее тяжелым для диагностики состоянием в виду отсутствия его приуроченности к пароксизмальному эпизоду, большей вероятности постановки неверного диагноза при попадании пациента в остром состоянии в психиатрический стационар, таким образом, данные состояния требуют особенного изучения. Целесообразным представляется более тщательное изучение вклада в риск формирования психотического расстройства структуры личности обследуемого, что требует изучения на большей выборке больных, а также, вопроса влияния противоэпилептической терапии на риск возникновения психоза.

Психопатология постковидного синдрома

Фецура И. В.

г Тула

*Тульский областной перинатальный центр,
Тульский государственный университет*

Актуальность: восстановление после коронавируса настолько длительное, что в медицине появился новый термин – Long COVID, «постковидный синдром». Он объединяет комплекс симптомов, проявляющихся во время болезни, из-за которых пациенты думают, что у них развивается рецидив заболевания. Особенность новой инфекции – длительное восстановление. Иногда оно растягивается до 12 недель. Постковидный синдром внесён в МКБ-10 в формулировке «Post COVID-19 condition» (U09.9).

Среди многочисленных и неспецифичных симптомов постковидного синдрома в глаза психиатру бросаются в первую очередь когнитивные нарушения (потеря памяти, дезориентация, тревога, панические атаки), бессонница, в меньшей степени – слабость, утомляемость, головные боли, головокружения.

Давно известно о последствиях перенесенных инфекций, таких как коронавирус, грипп, корь, эпидемический паротит, ветряная оспа, туберкулез, малярия. Эти последствия затрагивают и психиатрический профиль, что нашло отражение в МКБ-10. Но все же стоит признать, что постковидный синдром встречается достаточно часто (у 20 % пациентов до 12 недель и у 2,3 % – дольше).

Лечение многочисленных проявлений постковидного синдрома симптоматическое. Официальные протоколы лечения на текущий момент не опубликованы. Также как и нет систематизированной информации относительно психопатологических проявлений этого синдрома.

Цель: выделение видов, оценка частоты встречаемости и систематизация психопатологических расстройств в структуре постковидного синдрома.

Материал и методы: 1050 пациентов реабилитационного отделения для лиц после перенесенного COVID-19 на базе Тульской областной больницы. Консультация врачом-психиатром с оценкой по шкале тяжести ПИТ-синдрома (когнитивные модальности: нарушение памяти, внимания, исполнительских функций; психиатрические модальности: депрессия, делирий), шкале тревоги и депрессии.

Результаты и обсуждение: при анализе 10 версии методических рекомендаций по COVID-19, можно выделить 3 направления поражения

центральной нервной системы при данной патологии. Прямое: непосредственное поражение вирусом SARS-CoV-2 ЦНС.

Косвенное: SARS-CoV-2-ассоциированный эндотелиит (микроангиопатия головного мозга); тромбозы церебральных сосудов; интоксикационный синдром; гипоксия на фоне ДН; отек головного мозга; полиорганная недостаточность. Сопутствующее: нейротоксические эффекты лекарственных препаратов (глюкокортикостероиды, противомаларийные препараты) и декомпенсация сопутствующих заболеваний с поражением ЦНС. Ввиду отсутствия какой-либо классификации психопатологических расстройств постковидного синдрома, можно выделить 3 вида симптомокомплексов: невротический, психотический и органический. Невротические состояния в структуре психопатологических проявлений постковидного синдрома составляют не менее 90 %. Встречаются следующие варианты:

- невроз навязчивых состояний (тождественные нозологии в МКБ-10: F40 – фобические расстройства; F41 – тревожные расстройства; F42 – обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР); F45.2 – нозофобии);
- истерический невроз (F44 – диссоциативные расстройства; F45 – соматоформные расстройства);
- ипохондрический невроз (F45.2 – ипохондрическое расстройство);
- депрессивный невроз (F34.1 – дистимия; F43.2 – расстройство приспособительной реакции);
- реактивная депрессия (F32 – депрессивный эпизод);
- реактивная мания (F30 – маниакальный эпизод);
- неврастения (F48.0 – неврастения).

Далее стоит рассмотреть расстройства личности, близкий им тип акцентуации по Личко и наиболее характерные для них невротические состояния при декомпенсации, связанной с перенесенным COVID-19:

- гармоничная личность; неврастения, ипохондрическое расстройство;
- параноидное; паранойяльный; ОКР, ипохондрическое расстройство;
- шизоидное; шизоидный; ОКР, ипохондрическое расстройство, депрессивный эпизод;
- эмоционально неустойчивое; эмоционально-лабильный; дистимия, депрессивный эпизод;
- истерическое; истероидный; ОКР, ипохондрическое расстройство, депрессивный эпизод;
- ананкастное; психастенический; неврастения, ОКР;
- тревожное; сенситивный; ОКР, тревожные и фобические расстройства.

Выделяется гармоничная личность, так как при таком выраженном информационном фоне и наиболее устойчивые в психическом плане граждане тоже могут переносить подобные состояния. Наиболее популярными невротическими состояниями в структуре постковидного синдрома

являлись неврастения, ипохондрическое и обсессивно-компульсивное расстройство. Последние 2 нередко сочетались и проявлялись в следующем: выраженная мизофобия, танатофобия с постоянными обсессиями о рецидиве COVID-19, возможных осложнениях вплоть до летального исхода, и, как следствие, постоянные компульсивные действия в виде мытья рук, приема лекарственных препаратов, ношения масок и т.д. Далее стоит по аналогии со стеническими и астеническими эмоциями выделить 2 модели или результата тревожного реагирования: стеническую и астеническую. Если человек реагирует стенически, то есть адекватно на данную проблему, то он меняет свой образ жизни к лучшему (ЗОЖ, отказ от вредных привычек, соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, вакцинация, оптимизация правильного режима труда и отдыха). Однако часто реакция становится избыточной, гипертрофированной и, как следствие, неадекватной. Такая модель лишь усугубляет положение человека: бесконтрольный прием лекарственных препаратов и прохождение диагностических процедур, в том числе без назначения врача; прием алкоголя и ПАВ с целью купирования невротической симптоматики; избыточная самоизоляция, мытье рук и постоянное ношение защитных средств с полным отказом от привычного образа жизни. Расстройства психотического спектра в структуре постковидного синдрома редки и составляют не более 1 %. Их развитие более характерно для лиц, которые испытывают страх заболевания или только что инфицировались. После окончания COVID-19 острые психозы редки, но при этом не исключены. Наиболее частая форма – это реактивные параноиды, фабулой которых чаще всего выступает persecutory бред. Манифестация или рецидивы хронических эндогенных заболеваний психиатрического профиля связано с тем, что согласно дизонтогенетической модели этиологии шизофрении, сильный стресс в виде перенесенного COVID-19 может способствовать обострению заболевания в рамках постковидного синдрома. Также здесь могут быть рассмотрены делирии в связи с инфекцией COVID-19, которые регулярно развиваются в процессе тяжелого течения, а у лиц пожилого возраста коронавирусная инфекция может манифестировать именно в виде делирия. Однако данное расстройство характерно для активной фазы течения заболевания. Если делириозные расстройства сохраняются в постковидном периоде, то их уже стоит рассматривать не как отдельную нозологию, а как синдром в структуре органического поражения ЦНС. Поражение ЦНС после различных вредностей, в том числе инфекционного агента – COVID-19, проявляется в виде психоорганического синдрома. Данной патологии нет в МКБ-10, но существуют различные проявления и формы, наиболее часто встречающимися из которых являются органическое расстройство как личности в целом, так и отдельных психических сфер

в частности (F06.46, F06.66, F06.76, F06.826, F07.06, реже – F02.806 и F04.6). Вероятность развития, а также форма и тяжесть органического поражения центральной нервной системы зависит от ряда факторов, которые можно разделить на 2 большие группы: тяжесть течения коронавирусной инфекции и преморбидный фон со стороны ЦНС (пожилой возраст, патологии со стороны ЦНС и системные заболевания, которые оказывают негативное воздействие на ЦНС). Наиболее неблагоприятным для возможного поражения ЦНС будет служить сочетание нескольких факторов одновременно.

Выводы: можно выделить 3 вида психопатологических симптомокомплексов в структуре постковидного синдрома: невротический (в 90 % случаях), психотический (в 1 % случаях) и органический (в 9 % случаях). Проведена их систематизация в соответствии с отечественной классификацией и МКБ-10, рассмотрены группы риска.

Клинико-иммунологический профиль астенических расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

*Фомичева А. В., Зозуля С. А., Ключник Т. П.,
Андреев Д. А., Любавская А. А., Волель Б. А.*

*г. Москва,
Сеченовский Университет,
Научный центр психического здоровья*

Актуальность исследования. Распространенность ХСН среди населения – 1-2 %, в возрастной группе старше 70 лет – 10 % (Клинические рекомендации ХСН, 2020). ХСН характеризуется симптомокомплексом: астенией, одышкой, сердцебиением и задержкой жидкости в организме. Одним из наиболее распространенных (50-96 %) симптомов ХСН, приводящих к значительному снижению уровня качества жизни, является астения, проявляющаяся повышенной утомляемостью, истощаемостью, недостатком сил и энергии (M. Polikandrioti et al., 2019; H. Walthall et al., 2019; Н.Д. Яковлева, 2008).

Выделяют два типа клинико-психологической реакции на ХСН: адаптивные и дезадаптивные (диссоциативные), ассоциирующиеся с недооценкой тяжести заболевания, оказывающие негативное влияние на клинический исход ХСН и коррелирующие с высоким уровнем повторных госпитализаций и смертностью (S. Bruce Wirta et al., 2018; H. Walthall et al., 2019).

Наряду с клиническими особенностями астенических расстройств при ХСН актуальным остается и вопросом патогенеза астении. Так, результаты ряда исследований свидетельствуют о вовлеченности иммунной системы (воспаления) в патогенез астении: обнаружены различные медиаторы воспаления, в т.ч. провоспалительные цитокины и острофазные белки (Fink AM et al., 2012; Matura LA et al., 2018; Strawbridge R et al., 2019). Предположительно, ХСН, ассоциированная с выраженной астенией, сопряжена с изменениями в иммунном статусе пациентов, определяемыми длительностью заболевания.

Цель исследования: анализ клинического и иммунологического профиля астенических расстройств при ХСН.

Задачи исследования: 1. Изучение клинической структуры астенических расстройств при ХСН. 2. Определение иммунологического профиля астенических расстройств у пациентов с ХСН. 3. Изучение закономерностей корреляции клинической структуры астенических расстройств при ХСН с иммунологическими маркерами.

Материалы и методы. За период с сентября 2018 по январь 2021 года на базе Университетской клинической больницы №1 и Городской клинической больницы №51 были обследованы 192 пациента с верифицированным диагнозом ХСН. I этап исследования включал скрининг психических расстройств (клиническое интервью, госпитальная шкала депрессии и тревоги) среди пациентов с ХСН. На II этапе в результате комплексного клинического обследования в соответствии с критериями включения/невключения была сформирована основная клиническая выборка, составившая 62 наблюдения с ХСН и астеническими расстройствами. Критерии включения: 1. Мужчины и женщины в возрасте от 30 до 85 лет; 2. Верифицированный диагноз ХСН II-IV функционального класса по НУНА и сердечно-сосудистых заболеваний, на фоне которых она сформировалась; 3. Общий суммарный балл по Субъективной шкале оценки астении (MFI-20) больше 30 баллов; 4. Добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: 1. Состояния тяжелой соматической декомпенсации, не позволяющие провести полноценное психопатологическое обследование; 2. Шизофрения (F20); 3. Аффективные расстройства (F30-39); 4. Органические психические расстройства (F0); 5. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F01). Помимо кардиологического обследования проводились рутинные методы обследования пациентов с ХСН. Наряду с психопатологическим методом использовался патопсихологический с применением психометрических методик (Субъективная шкала оценки астении (MFI-20), методика для психологической диагностики копинг-механизмов Э. Хейма, Миннесотский опросник качества жизни больных ХСН (МОКЖ)).

У участников исследования был проведен внутривенный забор крови (4 мл) для верификации иммунологического профиля астении. В крови определяли активность/уровень воспалительных маркеров, входящих в медицинскую технологию «Нейроиммунотест»: активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ), её ингибитора острофазного белка $\alpha 1$ -ПИ, а также уровень антител к белкам S-100B и ОБМ (Клюшник Т.П. с соавт., 2016). В качестве нормативных показателей использовалась база данных доноров (НЦПЗ), содержащая результаты определения вышеуказанных показателей у 45 пациентов соответствующего возраста.

Результаты и обсуждение. Исследуемая группа пациентов с ХСН составила 62 наблюдения (28 женщин, 34 мужчин, средний возраст $64,4 \pm 5,8$ лет). При психометрической оценке астении по шкале MFI-20 средний суммарный балл в выборке с ХСН составил 61,9 (норма 20–30 баллов).

Астенический синдром реализовывался ощущением вялости, упадка сил, общим недомоганием («общая астения» – 75 % случаев). Пациенты отмечали быструю физическую истощаемость, несоизмеримую с выполняемой активностью, сообщали о необходимости делать частые и длительные перерывы. Полученные данные соотносятся с результатами психометрического обследования: «физическая астения» и «пониженная активность» – в 72 % случаев. В части случаев (32 %) астенический синдром включал и «психическую истощаемость»: ухудшение кратковременной памяти, снижение концентрации внимания, трудности инициации интеллектуальной деятельности. При оценке взаимосвязей демографических показателей и астении было обнаружено, что только выраженность «общей астении» при ХСН значимо коррелировала с возрастом ($p = 0,047$). При анализе психосоматических соотношений выявлено, что «общая астения» и более выраженные проявления «снижения мотивации» ассоциировались со сниженной ФВ ($p = 0,0005$ и $p = 0,018$ соответственно). Определение иммунологических маркеров ХСН, ассоциированной с астенией, выявило значимое повышение активности острофазного белка $\alpha 1$ -ПИ по сравнению с нормативными значениями (48,6 (41,6–51,5) и 37,8 (34,3–41,1) ИЕ/мл, соответственно) ($p < 0,001$). Активность ЛЭ – протеолитического фермента, характеризующего дегрануляционную активность нейтрофилов, составила 196,2 (179,3–226,8) нмоль/мин·мл и была ниже контрольного уровня (213,9 (196,6–224,6) нмоль/мин·мл) ($p < 0,05$). В этой группе также выявлено повышение уровня сывороточных антител к белку S-100B по сравнению с нормативными показателями (0,72 (0,63–0,82) и 0,63 (0,56–0,73) е.о.п., соответственно) ($p < 0,01$). Выявлена отрицательная корреляционная связь между активностью ЛЭ и общим баллом по шкале MFI-20 ($\rho = -0,42$; $p < 0,001$). На основании клинико-иммунологических результатов было выделено два типа реакции: адаптивные

(20 мужчин, 18 женщин, средний возраст $64,2 \pm 4,5$), проявляющиеся гармоническим восприятием симптомов ХСН, соответствующим тяжести болезни, и дезадаптивные (диссоциативные) (14 мужчин, 10 женщин, средний возраст $64,9 \pm 5,6$).

Для пациентов с адаптивной реакцией было характерно адекватное восприятие болезни, проявляющееся осознанием наличия хронической патологии и соответствующим изменением образа жизни, что приводило к высокой приверженности лечению и благоприятному течению ХСН. Полученные результаты подтверждаются психологическим исследованием: «общая астения», «пониженная активность», «физическая астения» наблюдались в 81 %, 76 % и 76 % случаев соответственно, формировались адаптивные когнитивные («самообладание») и поведенческие («сотрудничество») копинг-механизмы. По данным МОКЖ для больных было характерно снижение качества жизни (умеренное – 61 %, выраженное – 39 %), что соотносилось с тяжестью ХСН.

Пациенты с дезадаптивной реакцией игнорировали тяжелые проявления астении и ее влияние на качество жизни, отмечалось расхождение между тяжестью состояния и субъективной оценкой. Несмотря на то, что в группе накапливались тяжелые кардиологические пациенты, о чем свидетельствует превалирование сниженной ФВ и III-IV ФК по NYHA (по сравнению с адаптивными реакциями, $p = 0,016$ и $p = 0,004$ соответственно), больные нивелировали проявление астении, приписывая симптомы временному переутомлению, возрастным изменениям. Полученные данные соотносятся с результатами психометрических исследований: «общая», «физическая астения» и «пониженная активность» не отмечались в 34 %, 33 % и 36 % соответственно, формировались неадаптивные когнитивные копинг-механизмы – «диссимуляция», в отличие от группы с адаптивными реакциями ($p = 0,0001$). Кроме того, пациенты отмечали, что не испытывают ограничений при физической активности, что подтверждается данными при использовании опросника качества жизни (25 % пациентов набрали меньше 25 баллов), несвоевременно обращались за специализированной помощью, отказывались от оформления инвалидности. Такой дезадаптивный паттерн поведения, соотносимый с неадаптивными поведенческими копинг-механизмами, такими как «отступление» и «активное избегание» (по сравнению с адаптивными реакциями, $p = 0,042$), приводил к низкой приверженности лечению, неблагоприятному течению ХСН. При сравнении групп выявлены различия активности ЛЭ: у пациентов с адаптивной реакцией активность ЛЭ была ниже нормативного уровня – $192,2$ ($186,5-205,2$) нмоль/мин·мл ($p < 0,05$), а уровень антител к S-100B находился в пределах контрольных значений ($p > 0,05$). Напротив, у пациентов с дезадаптивными реакциями активность фермента составила

200,8 (186,8–239,8) нмоль/мин·мл, что достоверно превышало соответствующий показатель в группе с адаптивными реакциями ($p = 0,037$) и не отличалось от контрольных показателей ($p > 0,05$). В этой группе наблюдалось также повышение уровня антител к белку S-100В в сыворотке крови по сравнению с контролем, составляющее 0,74 (0,67–0,86) е.о.п. ($p < 0,05$), что подтверждало большую тяжесть клинического состояния по сравнению с пациентами с адаптивной реакцией.

Выводы. На основании клинико-иммунологических характеристик было выделено два типа реакции пациентов с ХСН, ассоциированной с астенией: адаптивные и дезадаптивные (диссоциативные). Иммунологический профиль обеих групп характеризуется сниженной по отношению к контролю активностью ЛЭ на фоне повышения её ингибитора $\alpha 1$ -ПИ, что подтверждает роль воспаления в патогенезе ХСН, ассоциированной с астенией, и может быть обусловлено истощенностью нейтрофилов вследствие длительно текущего патологического процесса. При этом выявлены особенности воспалительных реакций (по активности ЛЭ и уровню антител к S-100В), ассоциирующихся с различными клиническими вариантами восприятия астенического синдрома у обследованных пациентов с ХСН, что позволяет использовать данные иммунологические показатели в качестве возможных биомаркеров этих состояний. Комплексный подход к диагностике астенических расстройств, основанный на клинических и иммунологических особенностях, будет способствовать оптимальному выбору терапевтических мишеней, своевременному выявлению пациентов с дезадаптивными реакциями и более благоприятному прогнозу кардиологической патологии.

Типология патологических телесных ощущений в челюстно-лицевой области

***Фофанова Ю. С., Медведев В. Э., Фролова В. И.,
Дробышев А. Ю.***

г. Москва

Российский университет дружбы народов

Актуальность. Патологические телесные ощущения, представляющие собой аномалии соматопсихической сферы, относятся к наиболее часто встречающимся психопатологическим феноменам, регистрируемым в рамках различных психических заболеваний (Александровский Ю.А., 1993; Буренина Н.И., 1997). Большинство пациентов с патологическими

телесными сенсациями первично обращаются к врачам соматической практики, как правило, предъявляя жалобы на боль (Н. Haller, 2015; Акарачкова Е.С., 2016). Челюстно-лицевые хирурги и стоматологи, как и врачи других специальностей, нередко сталкиваются с проблемой не поддающихся соматическому обоснованию, «атипичных», болевых синдромов, когда установить органической причины, объясняющей жалобы пациентов, не удается (Pareja J.A. et al., 2010; Hegarty A.M., Zakrzewska J.M., 2011). Многие авторы отмечают высокую частоту встречаемости психической патологии у пациентов с «атипичными» болями в челюстно-лицевой области (70–100 %), а также их редуцирование на фоне психофармакотерапии (Takenoshita M. et al., 2010; Uezato A. et al., 2014; Данилов А.Б., 2012), что позволяет рассматривать данные болевые синдромы в качестве патологии соматопсихической сферы. Тем не менее большинство исследований, посвященных проблеме «атипичных» болей в челюстно-лицевой области, проводится без привлечения психиатра, с использованием только психометрического метода (Данилов А.Б., 2012; Uezato A. et al., 2014; Shamim T., 2014). В связи с этим типология патологических телесных ощущений, наиболее часто встречающихся в челюстно-лицевой области, остается неизученной.

Цель и задачи: клинико-психиатрическая дифференциация патологических телесных ощущений, наиболее часто встречающихся в челюстно-лицевой области.

Материалы и методы: исследование выполнялось с 2014 г. по 2020 г. на кафедре психиатрии, психотерапии, психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования медицинского института Российского университета дружбы народов с применением клинико-психопатологического метода. Набор пациентов проводился в клиническом центре на базе кафедры челюстно-лицевой и пластической хирургии Московского Государственного Медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова. Общая когорта пациентов составила 108 пациентов (средний возраст 38.7 ± 13.0 лет), обратившихся в клинический центр с жалобами на боль в челюстно-лицевой области, органических причин которой в результате всестороннего сомато-стоматологического обследования установлено не было.

Результаты и обсуждение. Клинико-психопатологическое обследование позволило выявить 4 варианта патологических телесных ощущений в челюстно-лицевой области, с которыми пациенты обращались к стоматологам и челюстно-лицевым хирургам – простые алгии (33,4 % (36 пациентов)), сенестопатии (29,6 % (32 пациента)), конверсии (22,2 % (24 пациента)) и телесные фантазии (14,8 % (16 пациентов)). Простые алгии в челюстно-лицевой области были представлены постоянной, монотонной

болью, мало изменяющейся с течением времени, с четкой локализацией – преимущественно вне полости рта (83.3 %), реже – в проекции одного-двух зубов (16.7 %). Пациенты давали боли однообразную, краткую характеристику.

Болевые ощущения не были склонны к миграции, однако 61,1 % пациентов отмечали их способность к иррадиации в соседние области, а 44,4 % – симметричность расположения участков аллопатии. Длительность персистирования простых алгий до консультации психиатром в среднем составляла $8,4 \pm 8,7$ месяцев, при этом у 58,3 % не превышала 6 месяцев. Ипохондрический синдром, сопутствующий простым алгиям более, чем в половине случаев, носил вторичный по отношению к боли характер и не достигал бредового уровня. Сенестопатии в челюстно-лицевой области выражались в трудно локализуемых, глубоких и диффузных ощущениях странного, необычного, больше неприятного и мучительного, чем болезненного свойства, для характеристики которых пациенты использовали множественные, часто вычурные эпитеты, поясняя, что словесными описаниями не могут полностью отобразить картину своего страдания, которое не было сопоставимо с прошлым болевым опытом.

Сенестопатии, в отличие от других вариантов патологических телесных ощущений чаще располагались в полости рта (84,4 %), однако иногда затрагивали и наружные фациальные ареалы (34,4 %). Сенестопатии отличались непрерывным характером динамики, при этом незначительные колебания интенсивности возникали преимущественно аутохтонно. Длительность персистирования сенестопатий до обращения к психиатру была наиболее продолжительной по сравнению с другими вариантами патологических телесных ощущений ($p < 0,05$) и составляла $14,3 \pm 6,6$ месяцев. У всех пациентов с сенестопатиями им сопутствовал ипохондрический синдром, у 69,2 % достигавший уровня бредовой убежденности в наличии соматического недуга и сопровождавшийся потребностью в многочисленных обследованиях и вмешательствах.

Конверсии в челюстно-лицевой области проявлялись разнообразными, в том числе болевыми ощущениями, как правило, нестойкими, изменчивыми, имеющими множественную локализацию и мигрирующими в пределах орофациального ареала, которым пациенты давали красочные, образные описания. Конверсии возникали главным образом (81,6 %) вне полости рта, реже – в проекции челюстей (33.3 %) и сопровождались ощущениями «спазмов в жевательных мышцах», гиперестезией или онемением определенных участков лица, не соответствовавших зонам иннервации. До момента обращения к психиатру продолжительность существования конверсий наименьшая по сравнению с другими вариантами патологических телесных ощущений – $5,8 \pm 3,6$ месяцев ($p < 0,05$). Конверсии имели

в основном фазный характер динамики с наличием «светлых» промежутков и у большинства пациентов (79,2 %) рецидивировали реактивно при актуализации личностно-значимых психотравмирующих обстоятельств, сопровождающихся усилением тревоги. Симптомы истероконверсионного ряда у 66,7 % затрагивают не только ЧЛЮ, возникая в других участках тела.

Телесные фантазии в челюстно-лицевой области менее всего напоминали боль и реализовывались в рамках дисморфического синдрома, выражаясь в ощущениях фантастического характера с предметной организацией и четкой пространственной ориентацией центрального образа, которому сопутствовали вторичные, в том числе болевые, ощущения множественной локализации. При описании телесных фантазий пациенты использовали красочные, драматичные характеристики, применяя большое количество эпитетов и сравнений. Все пациенты с телесными фантазиями в челюстно-лицевой области заявляли о наличии «дефектов внешности», при этом 56,3 % обращались к челюстно-лицевым хирургам именно из-за неудовлетворенности внешним видом, тогда как о патологических ощущениях они заявляли в качестве аргумента, подтверждающего тяжесть «эстетического недостатка». Телесные фантазии в большинстве случаев манифестировали в орофациальной области вне полости рта (87,5 %), однако нередко возникали и во рту (37,5 %). Длительность существования телесных фантазий в среднем составляла $12,8 \pm 11,7$ месяцев, при этом у половины пациентов превышала год. Телесные фантазии имели, как правило, непрерывное течение с эпизодами интенсификации под воздействием индивидуально значимых стрессовых ситуаций, актуализирующих дисморфические переживания.

Выводы: клинико-психопатологическое изучение органически необъяснимых болевых синдромов в челюстно-лицевой области позволило выявить 4 варианта патологических телесных ощущений: простые алгии (33,4 %), сенестопатии (29,6 %), конверсии (22,2 %) и телесные фантазии (14,8 %). Каждый из вариантов отличался клиническими проявлениями, динамикой и сопутствующими симптомокомплексами.

Оценка безопасности антипсихотической терапии. Инструмент глобальных триггеров

Фрейзе В. В., Сосин Д. Н., Иванов М. В., Семенова Н. В.

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева,
Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования*

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения 20 % от общего числа заболеваний приходится на психические расстройства. При терапии комбинациями лекарственных средств (ЛС) значительно возрастает потенциальная опасность развития нежелательных побочных реакций (НПР), вплоть до летальных исходов (Сычев Д.А., 2016). Такие комбинации ЛС носят название нерациональных. Применение нерациональной фармакотерапии способствует увеличению срока госпитализации и, как следствие, ее стоимости. Кроме этого, частота развития различных НПР у пациентов психиатрического профиля способствует снижению комплаенса, а также их профессиональной и социальной дезадаптацией. Уточнение частоты и структуры НПР у пациентов с психическими нарушениями поможет в разработке алгоритмов, повышающих безопасность психотропной терапии. В последние годы был предложен метод глобальных триггеров (от англ. Global trigger tool), который позволяет на основании анализа завершенных клинических случаев выявить частоту и структуру НПР (Classen DC et al., 2011).

Цель исследования. С помощью метода глобальных триггеров оценить частоту и структуру нежелательных побочных реакций и ее зависимость от рациональности психофармакотерапии у пациентов, получающих лечение антипсихотиками в условиях психиатрического стационара.

Задачи исследования: 1. Разработка панели триггеров, используемых для анализа завершенных клинических случаев пациентов, получавших лечение антипсихотиками в условиях психиатрического стационара; 2. Провести анализ завершенных клинических случаев пациентов, получавших лечение антипсихотиками в условиях психиатрического стационара методом глобальных триггеров; 3. Провести оценку лекарственных взаимодействий и индекса рациональности фармакотерапии MAI, применявшейся в изучаемых завершенных клинических случаях; 4. Провести анализ зависимости развития нежелательных побочных реакций от количества лекарственных взаимодействий и индекса рациональности MAI.

Материалы и методы. В основу исследования легла панель триггеров, используемая Okkenhaug A. Et al при анализе историй болезни пациентов психиатрического профиля (Okkenhaug A. Et al., 2019) с включением дополнительных триггеров (увеличение дозы корректора ЭПС, смена корректора ЭПС) с целью выяснения их эффективности при выявлении НПР. Проведен анализ 200 завершенных клинических случаев, путем анализа архивных историй болезни. Истории болезни отбирались по следующим критериям включения: 1. Диагноз F00-F39 МКБ-10; 2. Возраст от 18 лет; 3. Клиническое описание острого психотического эпизода; 4. Терапия антипсихотиками в качестве основного препарата; 5. Продолжительность госпитализации более 72 часов; 6. Законченный случай обращения пациента за психиатрической помощью. При анализе учитывались следующие параметры: срок госпитализации, диагноз, тип течения болезни, другие диагнозы (сопутствующие заболевания и осложнения основного), общее число госпитализаций, длительность заболевания, ведущий синдром, учитывалась вся фармакотерапия, включая основной антипсихотический препарат, второй антипсихотический препарат, антидепрессант, нормотимик, транквилизатор, корректор экстрапирамидных нарушений. Учитывались сроки приема и дозировки всех препаратов, при смене или отмене препарата указывалась причина. Исследование историй болезни проводилось по методу глобальных триггеров. На анализ каждой истории исследователям отводилось не более 20 минут. Обнаружение «положительного триггера» необязательно означало наличие НПР, это, скорее, служило сигналом о возможном нежелательном событии. При обнаружении положительного триггера исследователи изучали только соответствующие записи в документации с целью обнаружения нежелательного события. Включались также и случаи обнаружения НПР без предшествующего триггера. Рациональность антипсихотической терапии оценивалась при помощи индекса рациональности терапии (от англ. Medical Appropriateness Index, MAI). Анализ лекарственных взаимодействий осуществлялся при помощи специализированного калькулятора – Drugs Interaction Checker. Проведен количественный анализ лекарственных взаимодействий у каждого пациента. Все лекарственные взаимодействия распределялись на три категории: Minor (незначительные), Moderate (средней степени тяжести), Major (тяжелые). Учитывались лекарственные взаимодействия из категории Major, которые имеют самый высокий риск развития НПР.

Результаты и обсуждение. Проведен анализ 200 историй болезни пациентов, проходивших лечение в психиатрическом стационаре (108 мужчин и 92 женщины). Средний возраст пациентов составил 33 года ($\pm 11,6$). Средняя продолжительность госпитализации составила 46,4 дней ($\pm 29,8$). Средняя длительность заболевания составляла 107,8 месяцев ($\pm 108,1$).

Смена антипсихотика в 56,8 % случаев происходила из-за отсутствия эффективности, а в 39,5 % в связи с развитием НПР. Наличие лекарственных взаимодействий категории Major было выявлено в 33,5 % проанализированных историй болезни, из них в 38,8 % случаев было зафиксировано 2 и более взаимодействия категории Major. При исследовании взаимосвязи каждой НПР с полом пациентов значимых различий между мужчинами и женщинами выявлено не было ($p > 0,05$). Большая часть исследованных показателей не ассоциировалась с наличием лекарственных взаимодействий категории Major, однако была выявлена связь наличия нерациональных комбинаций лекарственных средств с внезапной отменой лекарственного препарата, назначением корректора ЭПС и увеличением дозы корректора ЭПС ($p < 0,05$).

Выводы. В результате проведенного исследования было выявлено, что женщины и мужчины с одинаковой частотой подвержены риску возникновения изучаемых НПР и коррекция терапии или режима по половому признаку не требуется. Кроме того, было выявлено, что наличие лекарственных взаимодействий категории Major у большинства пациентов вызывают появление экстрапирамидной симптоматики, которая и требует назначения/увеличения дозы корректора, а также смены применяющегося антипсихотика. Важно отметить, что указанные триггеры не всегда сопровождались развитием НПР, однако их потенциально наличие повышало вероятность дальнейшего развития нежелательных событий. При учете лекарственных взаимодействий и рациональном назначении одновременно нескольких препаратов, в части случаев, возможно избежать или значительно снизить проявление экстрапирамидной симптоматики у пациентов, получающих антипсихотическую терапию и уменьшить вероятность внезапной отмены лекарственного препарата, которая в свою очередь может приводить к появлению нежелательных побочных реакций. В результате исследования было показано, что метод глобальных триггеров является хорошим инструментом выявления НПР при помощи анализа завершенных клинических случаев. Полученные данные являются предварительными. В настоящее время ведется набор выборки завершенных клинических случаев, что позволит показать более точные данные.

Распространенность аддиктивного поведения у студентов-медиков старших курсов (систематика и ранняя диагностика)

Хамская И. С.

г. Белгород

*Белгородский государственный национальный
исследовательский университет*

Актуальность. Аддиктивное поведение – форма отклоняющегося поведения (Личко А.Е., 1991; Малыгин В.Л., 2005), заключающаяся в бес-системном употреблении больших доз психоактивных веществ или постоянной сосредоточенности на определенных предметах или действиях (Старцева Н.Г., 2007) до стадии формирования зависимости (Рохлина М.Л., 1999). Независимо от вида аддиктивное поведение неминуемо приводит к нарушению адаптации в микро- и макросреде (Николаева Е.И., 2002) на фоне проблем в сфере общения, стремления избежать социальных контактов, отгороженности от процессов социализации и глубокого погружения в объект зависимости (Фролов В.А., 2008). По данным Лащпlesa П.Р. (2012), одними из ведущих факторов развития аддиктивного поведения являются особенности отношений в его микросоциальном окружении, в частности деструктивный характер взаимоотношений в семье.

Цель исследования – разработка рекомендаций по первичной и вторичной психопрофилактике различных форм аддиктивного поведения на основе изучения его распространенности у студентов-медиков и их клинико-социальных характеристик.

Задачи исследования: 1. Изучить распространенность различных (химических и нехимических) аддикций и их сочетания у студентов-медиков старших курсов. 2. Выявить факторы риска формирования аддиктивного поведения. 3. Разработать рекомендации по первичной и вторичной психопрофилактике аддиктивного поведения. Материал и методы исследования. Обследовано 455 студентов-медиков старших курсов: 333 (73 %) женского и 122 (27 %) – мужского пола, в возрасте 20–26 ($22,0 \pm 1,1$) лет.

Методы: клинико-психопатологический, «Методика скрининг-диагностики аддиктивного и зависимого поведения» (Руженков В.А., Лукьянцева И.С., 2016), психометрический – госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), методика диагностики уровня социальной фрустрации (Вассерман Л.И., 2004) и статистический (методы непараметрической статистики, критерий χ^2 с поправкой Йетса, отношение шансов OR). Сравнительный анализ проводился в 2 группах: 1 группа – лица с аддиктивным

поведением и зависимостями: 254 (55,8 %) человека, 2 – группа сравнения (без аддикций и зависимостей) – 201 (44,2 %) человек.

Результаты исследования. Установлено, что 55,8 % студентов обнаруживали аддиктивное поведение и зависимости; среди лиц мужского пола – 61,8 % и среди женского – 52,6 % человек. Распределение аддиктивного поведения и зависимостей было следующим (т.к. у одного человека выявлялось сочетание аддикций и зависимостей, то в приведенных ниже данных, общая сумма будет больше 100 %). Алкогольная аддикция обнаружена у 11,9 % человек: 16,4 % среди лиц мужского и у 10,2 % – среди женского пола. Алкогольная зависимость (1 клиническая стадия) выявлена в 1,8 % случаев (у 3,3 % юношей и у 1,2 % девушек). Необходимо отметить, что 6,2 % студентов, из числа употреблявших алкогольные напитки, сами признавали себя зависимыми от алкоголя. Табачная аддикция установлена в 6,8 % (7,4 % среди лиц мужского и в 2,4 % – среди женского пола) случаях ($\chi^2 = 11,8$ $p = 0,001$; $OR = 3,7$; 95 % $CI = 1,7-8,2$). Таким образом выявлено, что мужской пол почти в 4 раза чаще является фактором риска табакокурения, чем женский. Табачная зависимость зарегистрирована у 3,7 % человек: 13,9 % среди юношей и 4,2 % – среди девушек ($\chi^2 = 4,8$ $p = 0,03$; $OR = 3,2$; 95 % $CI = 1,1-9,5$). Отношение шансов свидетельствует, что риск формирования никотиновой зависимости у лиц мужского пола в 3,2 раза выше, чем у лиц женского пола. Пищевая зависимость отмечалась у 21,5 % студентов (10,5 % юношей и 24 % девушек). Интернет-зависимость регистрировалась у 15,6 % (14,6 % юношей и 15,9 % девушек) человек. Зависимость от социальных сетей выявлена у 16,3 % студентов (15,6 % среди лиц мужского пола и 16,5 % женского пола). Зависимость от компьютерных игр установлена у 5,3 % (10,7 % юношей и 3,3 % девушек) человек ($\chi^2 = 8,2$ $p = 0,005$, $OR = 3,5$; 95 % $CI = 1,4-8,6$) с более высоким (в 3,5 раза) риском формирования у лиц мужского пола. Гаджет-зависимость обнаруживалась у 8,3 % студентов (8,4 % юношей и 8,3 % девушек). Зависимость от общения по мобильному телефону и СМС выявлена в 17,8 % (9,8 % среди лиц мужского пола и 20,7 % среди женского) случаев ($\chi^2 = 6,5$ $p = 0,01$, $OR = 2,4$; 95 % $CI = 1,2-4,9$), а риск их формирования был в 2,4 раза выше у девушек. Кибер-порно зависимость встречалась у 2,2 % (5,7 % юношей и 0,9 % девушек) студентов ($\chi^2 = 7,6$ $p = 0,007$, $OR = 6,7$; 95 % $CI = 1,5-33,2$), а риск ее формирования был в 6,7 раза выше у лиц мужского пола. Сексуальная зависимость выявлена у 8,6 % (24,1 % юношей и 2,8 % девушек) студентов ($\chi^2 = 35,1$ $p = 0,0005$, $OR = 11,2$; 95 % $CI = 4,0-32,8$), а риск ее формирования более чем в 11 раз выше у лиц мужского пола. Любовная зависимость встречалась у 22 % человек (19,7 % юношей и 22,8 % девушек). Зависимость от совершения покупок установлена у 9,4 % (4,1 % среди лиц мужского пола и 11,4 % среди женского) студентов ($\chi^2 = 4,8$ $p = 0,03$, $OR = 3,0$; 95 %

CI = 1,1–8,9) с более высоким риском (в 3 раза) формирования у девушек. Зависимость от просмотра сериалов была у 7,3 % студентов (6 % юношей и 7,8 % девушек). Различные виды аддикций и зависимостей сочетались между собой в 37,5 % случаев: 36,2 % среди лиц мужского и 38 % – женского пола. Семья. Установлено, что в семьях студентов первой группы главой семьи одинаково часто выступали отец (46,4 %) и мать (44 %), в то время как у студентов из второй группы отец (53,6 %) чаще матери (38,4 %) являлся главным ($\chi^2 = 5,8$ $p = 0,01$). Студенты первой группы (47 %), реже ($\chi^2 = 7,2$ $p = 0,008$) были откровенны с отцом, чем во второй группе (63 %). Лица женского пола первой группы (43,8 %) реже ($\chi^2 = 6,5$ $p = 0,01$), чем второй (61,5 %), были откровенны с отцом. Также студенты первой группы чаще рассчитывали на поддержку и понимание со стороны матери (31,5 %), чем отца – 3,6 % ($\chi^2 = 43,5$ $p = 0,0005$). Таким образом, пассивная позиция отца в семье, отсутствие доверительных отношений между отцом и ребенком является фактором риска развития аддиктивного поведения у детей. Отношения со сверстниками. В первой группе девушки (91,7 %) имели близкого друга чаще юношей – 78,7 % ($\chi^2 = 4,3$ $p = 0,04$). OR = 3,0; 95 % CI = 1,1–8,6. Студенты первой группы чаще испытывали трудности при общении со сверстниками ($p = 0,04$), чем студенты второй группы. Отношение к учебе. Студенты первой группы (45,6 %) чаще ($p = 0,01$) не готовились к занятиям, опаздывали на занятия ($p = 0,05$), чаще ($p = 0,01$) получали замечания от родителей по поводу учебы. Среди них (25,3 %) было больше ($p = 0,006$) разочарованных в будущей врачебной деятельности, чем второй группе – 6,9 % (OR = 4,5; 95 % CI = 1,5–14,8). Таким образом, разочарование в будущей профессии повышает риск развития аддиктивного и зависимого поведения в 4,5 раза. Социальная фрустрированность. У студентов первой группы в сравнении со второй была больше неудовлетворенность своим социальным ($p = 0,02$) и материальным ($p = 0,01$) положением, жилищно-бытовыми условиями ($p = 0,04$), сферой медицинских услуг ($p = 0,006$), а также образом жизни в целом ($p = 0,007$). Общий уровень социальной фрустрированности студентов первой группы был выше, чем у второй ($p = 0,03$). Тревога и депрессия. Студенты первой группы (44 %) чаще ($\chi^2 = 11,7$ $p = 0,001$), чем второй (24,7 %) обнаруживали тревогу, которая чаще ($\chi^2 = 10,2$ $p = 0,002$) регистрировалась у девушек (52,1 %), чем у юношей (23,4 %). Субклинический и клинический уровни депрессии также чаще встречались в первой группе (15,9 %), в сравнении со второй – 7,3 % ($\chi^2 = 6,6$ $p = 0,01$).

Выводы. Исследование показало, что аддиктивное поведение и зависимости у студентов медиков выявляются в 56 % случаев. Факторами риска их формирования являются: гендерные признаки (мужской пол как фактор риска табачной аддикции и зависимости, зависимости от компьютерных

игр, сексуальной и кибер-порно зависимостей, и женский пол – для зависимости от совершения покупок и общения по мобильному телефону), пассивная позиция отца в семье, отсутствие доверия между отцом и ребенком, социальная фрустрированность, неудовлетворенность своим социальным и материальным положением, жилищно-бытовыми условиями, образом жизни в целом и разочарование в будущей профессии, а также высокий уровень тревоги и депрессии. Первичная психопрофилактика должна включать адекватную профориентационную работу, снижение уровня учебного стресса и проведение тренингов личностного роста, раннее выявление группы риска. Вторичная психопрофилактика заключается в квалифицированной помощи медицинского психолога и врача-психотерапевта, направленной на освобождение от зависимости и переориентацию личности на конструктивные способы совладания со стрессом.

Особенности психиатрической стигмы у больных шизофренического профиля с коморбидной ВИЧ-инфекцией

Хобейш М. А.

г. Санкт-Петербург

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева

Актуальность. Стигматизация несет множество негативных последствий для стигматизируемого индивида, в том числе снижение самооценки и качества жизни (Lysaker P.H et al., 2007). Психотические расстройства, в частности, расстройства шизофренического спектра являются наиболее стигматизируемыми среди всех психических заболеваний (Lundberg, B., 2007; Lincoln, T. M. et al., 2008). В то же время среди ВИЧ-положительных лиц встречаются пациенты с коморбидными психическими расстройствами, которые несут бремя двойной стигмы. Актуальность изучения проблемы стигматизации и самостигматизации обусловлена необходимостью уточнения влияния коморбидной патологии на структуру психиатрической стигмы для более дифференцированного подхода к разработке дестигматизирующих программ. Гипотезой исследования стало предположение о том, что наличие коморбидной ВИЧ-инфекции, стигматизируемой в обществе патологии, может менять структуру психиатрической стигмы у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Цель и задачи. Цель: изучение особенностей психиатрической стигмы у пациентов шизофренического профиля с коморбидной ВИЧ-инфекцией. Задачи: изучение взаимосвязи социодемографических факторов, выраженности психопатологических проявлений, социальной ангедонии и уровня стигматизации; определение различий в структуре стигмы у пациентов шизофренического профиля в сравнении с группой больных с коморбидной ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Были обследованы 70 человек, проходящих лечение в связи с обострением психического расстройства в одной из четырех клиник: «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко», «Городская психиатрическая больница № 6», «Центр СПИД и инфекционных заболеваний», в том числе 24 человека с коморбидной ВИЧ-инфекцией. Все пациенты были разделены на 3 исследуемые группы: F2– 24 (34,3 %), F2+ВИЧ-инфекция – 24 (34,3 %), отдельно изучались пациенты из рубрики F21 – 22 (31,4 %). Применялись следующие методы: клиничко-anamnestический, клиничко-психопатологический, психометрический – с использованием краткой психиатрической оценочной шкалы (BPRS), психологический – с применением опросника оценки внутренней стигматизации (ISMI), опросника воспринимаемой стигматизации, его раздела обесценивания/дискриминации (PDD), опросника социальной ангедонии (RSAS). Опросник оценки внутренней стигматизации (ISMI) используется с целью определения общего уровня самостигматизации пациента и оценки выраженности отдельных кластеров внутренней стигмы: «отчуждения», «одобрения стереотипов», «опыта дискриминации», «социальной самоизоляции» и «сопротивления стигматизации». Математико-статистический анализ полученных результатов проводился с использованием программы Statistica 12.0 (StatsoftInc., США). Статистически значимыми признавались результаты при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В исследовании приняли участие 39 (56 %) мужчин, 31 (44 %) женщина. Средний возраст составил $33 \pm 11,2$ (от 18 до 71) лет. Средняя длительность психического заболевания составила $8,5 \pm 7,4$ (от 1 до 39) лет. Средняя длительность ВИЧ-инфекции у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра, включенных в исследование, составила $11,4 \pm 6,1$ (от 2 до 25) лет. Больше половины (14 человек (58 %)) больных этой категории находились на 4Б стадии ВИЧ-инфекции, треть (7 (29 %)) – на 3 стадии, 2 человека (8 %) – на 4А стадии, и лишь 1 исследуемый (4 %) этой группы находился на 2 стадии по клинической классификации ВИЧ-инфекции. Больные на ранних стадиях ВИЧ-инфекции испытывали большее отчуждение и хуже противостояли внешней стигматизации ($p < 0,05$). Общее количество госпитализаций в психиатрические стационары варьировало от 1 до 34 раз. 62 человека (86,6 %)

госпитализировались до 10 раз, 8 человек (11,4 %) – от 10 до 34 раз. Пациенты с коморбидной ВИЧ-инфекцией отличались более частыми госпитализациями в психиатрические стационары ($p < 0,001$). С увеличением длительности психического заболевания и количества госпитализаций пациенты демонстрировали большие значения по кластеру «опыт дискриминации» ($r = 0,25$ и $r = 0,39$, $p < 0,05$), в то же время с проявлениями стигмы в свою сторону они справлялись успешнее ($r = -0,3$, $p < 0,05$). Длительность заболевания у пациентов с коморбидной ВИЧ-инфекцией коррелировала с выраженностью самостигматизации ($r = 0,61$, $p < 0,05$) и всеми её кластерами, за исключением уровня сопротивления стигме. Значимых различий между средними значениями BPRS в группах ВИЧ-положительных ($53,88 \pm 14,95$) и ВИЧ-негативных ($61,88 \pm 12,64$) больных с различными видами шизофрении не выявлено, достоверно более низкий балл имели пациенты с шизотипическими расстройствами – $47,32 \pm 7,88$ ($p < 0,05$). С увеличением степени выраженности психопатологической симптоматики нарастала социальная ангедония ($r = 0,43$, $p < 0,05$) и ощущение отчуждения ($r = 0,59$, $p < 0,05$). Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем социальной ангедонии и внешней стигмы ($r = 0,46$, $p < 0,05$). Высокая интенсивность восприятия проявлений внешней стигматизации и дискриминации была связана со снижением готовности больных противостоять интернализации стигмы ($r = 0,41$, $p < 0,05$).

Были выявлены различия в структуре внутренней стигмы в трех исследуемых группах. По кластеру «сопротивления стигме» ($p = 0,009$) наиболее уязвимой группой оказались пациенты с шизотипическими расстройствами ($2,61 \pm 0,34$), на втором месте – больные различными формами шизофрении ($2,41 \pm 0,47$), в то время как пациенты с коморбидной патологией (ВИЧ-инфекцией) лучше всего противостояли стигматизации ($2,18 \pm 0,63$). По кластеру «Отчуждение» лица с различными формами шизофрении вне зависимости от наличия коморбидной патологии показали схожие результаты, в то время как лица с шизотипическими расстройствами характеризовались достоверно ($p = 0,025$) более высоким уровнем отчуждения ($2,60 \pm 0,49$) по сравнению с пациентами с психиатрическим диагнозом и ВИЧ-инфекцией. При сравнении выраженности социальной ангедонии (RSAS) и внутренней стигмы (ISMI) достоверных различий в трех группах выявлено не было. По критерию обесценивания и дискриминации (PDD), так называемой «внешней стигме», значимых различий между пациентами с шизотипическими расстройствами и больными различными формами шизофрении не выявлено, в то же время достоверно выше оказалось среднее значение PDD у ВИЧ-положительных лиц – $2,42 \pm 0,48$ ($p < 0,05$), соответствующее умеренному уровню стигматизации.

Выводы. Выявлены различия в структуре психиатрической стигмы в исследуемых группах больных с расстройствами шизофренического спектра. Структура и интенсивность взаимосвязей социодемографических и клинических коррелятов с показателями самостигматизации и выраженностью воспринимаемой стигмы имела свои особенности у больных с коморбидной ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфицированные лица отличались более выраженной воспринимаемой стигмой, однако они лучше пациентов других групп противостояли интернализации стигмы и реже других обнаруживали восприятие собственной неполноценности в связи с наличием психического заболевания. Наиболее уязвимыми по кластерам «сопротивления стигме» и «отчуждение» оказались лица с шизотипическими расстройствами.

Обнаружена взаимосвязь между нарастанием социальной ангедонии и повышением степени самостигматизации в целом и каждого из её кластеров, и в особенности, уровня одобрения общественных стереотипов о психических расстройствах. Взаимосвязь между выраженностью социальной ангедонии и степенью воспринимаемой стигмы выявлена лишь у пациентов из группы больных с коморбидной патологией. ВИЧ-инфицированные лица с нарастанием социальной ангедонии демонстрировали более интенсивное восприятие публичной стигмы и имели более выраженные клинические признаки психического заболевания.

Роль кишечной микробиоты в формировании депрессивных состояний человека

Хобта Е. Б.

г. Москва

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева

Актуальность. Проблема широкой распространенности депрессии является одной из самых серьезных в психиатрии. Депрессивные расстройства ложатся тяжелым социальным и экономическим бременем, негативно влияют на общее состояние здоровья, и связаны с увеличением заболеваемости различными болезнями (Patten et al., 2008), существенно снижает качество жизни пациентов, служит одной из наиболее частых причин суицида и относится к социально-значимым проблемам. В настоящее время исследование этиопатогенеза психических расстройств требует изучения проблемы в междисциплинарном ключе. В числе прочих приобретает актуальность направление, объединяющее психиатрию и микробиологию.

В последние годы было сформулировано и доказано существование оси микробиота-кишечник-мозг (Cryan and Dinan, 2012). В многочисленных опытах на животных и отдельных работах на людях было показано, что существует двунаправленное взаимодействие – нейроиммунное, нейроэндокринное, невральное – между кишечной микробиотой (т.е. совокупностью микроорганизмов, населяющих кишечно-желудочный тракт) и мозгом, в частности при заболевании депрессией (Foster and McVey Neufeld, 2013; Carabotti et al., 2015). Поэтому одним из новых и перспективных направлений исследования возникновения, развития и лечения депрессии является изучение связи заболевания с микробиотой ЖКТ (Winter et al., 2018). Подобные исследования важны для понимания механизмов взаимодействия микробиоты с центральной нервной системой организма человека; они имеют и важное практическое значение для разработки биологических маркеров заболевания и новых способов его лечения.

Цель исследования. Целью данной работы является выявление потенциальных бактериальных биомаркеров депрессии человека путем сравнительного метагеномного анализа кишечной микробиоты (КМ) больных депрессией и здоровых людей.

Материалы. Пациенты отбирались среди лиц, поступивших на стационарное лечение в ГБУЗ ПКБ№1 ДЗМ в течение первых 6 дней их пребывания в клинике. Первичное обследование проводилось в соответствии с принятой в учреждении клинической практикой, включая измерение роста, веса и индекса массы тела (ИМТ).

Для психометрической оценки состояния пациентов в исследовании использовались следующие методики: шкала Гамильтона для оценки депрессии с 17 пунктами (HAM-D-17), Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований (CES-D) и Опросник Генерализованного тревожного расстройства с 7 пунктами (ГТР-7).

Отбирались пациенты с диагнозом монополярной депрессии с одним или более депрессивным эпизодом средней и тяжелой степени тяжести, подписавшие информированное согласие, в возрасте от 18 до 50 лет, с суммарным баллом HAM-D ≥ 14 , общим баллом по CES-D ≥ 27 и общим баллом по Опроснику ГТР-7 ≥ 10 . В группу контроля включались здоровые добровольцы, соответствующие следующим критериям: отсутствие психиатрического заболевания; общий балл по CES-D менее 18 и по ГТР-7 менее 9; отсутствие острых инфекционных и хронических аутоиммунных заболеваний; отсутствие соматических заболеваний, которые могут повлиять на молекулярное тестирование; отсутствие приема антибиотиков в течение последних 3-х месяцев; отсутствие хронического приема пробиотиков. Также по Опроснику питания оценивался рацион и преимущественный типа питания пациентов и добровольцев.

Не включались участники с острыми инфекционными и хроническими аутоиммунными заболеваниями, соматическими заболеваниями, потенциально влияющими на молекулярное тестирование (например, рак или ВИЧ, диабет), с имеющимся текущим расстройством пищевого поведения, а также лица с коморбидными диагнозами шизофрении, биполярного расстройства, посттравматического стрессового расстройства, расстройств, связанных со злоупотреблением психоактивных веществ, включая алкогольную и наркотическую зависимость, а также с сопутствующими неврологическими заболеваниями, тяжелой черепно-мозговой травмой в анамнезе, с недавними суицидальными попытками (за последние 2 недели) с помощью отравления. Отбор крови и фекалий проводили на основе использования стандартизованных подходов. Хранили образцы фекалий при температуре -80 C . Препараты плазмы крови также хранили при -80 C сразу после приготовления.

Методы. Был проведен биохимический анализ плазмы крови пациентов из исследуемых групп на содержание белка нейротрофического фактора мозга (brain-derived neurotrophic factor (BDNF)) и серотонина. Пробы плазмы перед анализом размораживались и далее в них определяли количество BDNF при помощи коммерческого набора для иммуоферментного анализа (Abscam) по протоколу фирмы-производителя и регистрировали полученные данные на спектрофотометре (Biorad) при длине волны 450 нм. Все пробы были проанализированы в двух повторах. Использовались стандартные разведения BDNF от 0 до 1000 пг/мл. Из фекальных образцов, отобранных от исследуемых групп пациентов с депрессией и здоровых волонтеров, была выделена общая метагеномная ДНК и после пробоподготовки секвенирована на приборе Illumina HiSeq X Ten. Полученные нуклеотидные последовательности прошли процедуры контроля качества и тримминга и были готовы для дальнейшего метагеномного анализа. В настоящей публикации приводятся предварительные результаты исследования.

Результаты. Было секвенировано 29 полных метагеномов микробиоты кишечника человека, среди них 14 образцов пациентов с депрессией и 15 – из контрольной группы. Был проведен таксономический анализ всех метагеномов при помощи программы MetaPhlan3 (Beghini et al., 2020) на трех таксономический уровнях: филум, родов и видов. Сравнение индексов разнообразия Шеннона показало пониженное среднее альфа-разнообразие микробиоты кишечника пациентов с депрессией на уровне родов. Анализ бета-разнообразия на уровнях родов и видов также показал различие в таксономическом составе между изучаемыми группами ($P\text{-value} = 0.00221$ и $P\text{-value} = 0.004319$ для родов и видов, соответственно, t -критерий Уэлча). По результатам сравнения относительных представленностей бактерий с помощью критерия Уилкоксона-Манна-Уитни

и поправки на множественное сравнение методом Бенджамини-Хохберга выявлено статистически значимое (P -value ≤ 0.01) понижение представленности родов *Fusicatenibacter*, *Faecalibacterium*, *Roseburia*, *Coprococcus* и *Actinomyces* и видов *Fusicatenibacter saccharivorans* и *Faecalibacterium prausnitzii*, а также статистически значимое (P -value ≤ 0.01) увеличение представленности родов *Erysipelatoclostridium* и *Ruthenibacterium* и видов *Clostridium innocuum*, *Ruthenibacterium lactatiformans* и *Actinomyces oris*.

Содержание BDNF в плазме крови пациентов с депрессией не отличалось от контрольной группы. Однако, содержание серотонина в плазме крови пациентов с депрессией оказалось ниже в сравнении со здоровым контролем.

Обсуждение и предварительные выводы. Полученные на предварительном этапе исследования результаты не противоречат данным литературы. Наблюдаемые изменения в составе КМ пациентов с депрессией в дальнейшем могут позволить разработать новые пути терапии депрессивных расстройств через воздействие на кишечную микробиоту.

Лабораторная часть была выполнена на базе лаборатории генетики микроорганизмов ИОГен РАН им. Н.И. Вавилова, при частичной поддержке гранта РФФ № 20-14-00132.

Оценка чувствительности FCSRT у пожилых людей с додементными когнитивными нарушениями: результаты кластерного анализа

Черкасов Н. С.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Актуальность. Неуклонно растущее число случаев деменции в пожилом возрасте и отсутствие эффективных методов борьбы на этапе уже сформировавшейся деменции привели к активной разработке мер, направленных на выявление доклинических маркеров этого синдрома (Aguera-Ortiz L., 2020). В соответствии с этим предъявляются высокие требования к чувствительности и специфичности применяемых методик по оценке когнитивных и некогнитивных симптомов нейродегенерации. Одной из таких методик является тест свободного припоминания с выборочными подсказками и непосредственным воспроизведением (FCSRT), обладающий особой прогностической ценностью в отношении риска развития деменции в ближайший 2–4-летний период. (Лобзин В.Ю. и соавт., 2019, Zimmerman M. et al., 2015).

Цель и задачи. Разработка подхода к ранней диагностике додементных когнитивных нарушений с использованием FCSRT, оценка ее чувствительности в отношении «скрытого» дефицита памяти, а также оценка сопутствующих некогнитивных субпсихотических расстройств.

Материалы и методы. Набор пациентов осуществлялся на базе амбулаторной клиники отдела гериатрической психиатрии. Критериями включения являлись: возраст старше 60 лет, наличие синдрома мягкого когнитивного снижения (сомнительная деменция по шкале CDR 0.5), информированное добровольное согласие пациентов на участие в исследовании. В дальнейшем пациенты прошли обследование, включая сбор анамнестических сведений (в т.ч. объективных) и клинко-психопатологическую оценку состояния, оценку при помощи психометрических шкал (MMSE, MoCA, тест запоминания 10 слов, FCSRT, категориальные и литеральные ассоциации), а также опросников для выявления некогнитивных симптомов (NPI, MBI). Дополнительно пациентам проводилась МРТ головы (3 Тесла). Статистическая обработка полученных данных проведена с помощью языка программирования «R» в интерфейсе программного обеспечения «R-Studio».

Результаты и обсуждение. Выборку составили 10 больных (9 женщин), которые формально удовлетворяли принятым критериям синдрома мягкого когнитивного снижения: наличие жалоб на когнитивные функции со стороны пациента и/или информанта, объективно выявляемые нарушения в 1 или более когнитивных сферах, сохраненный уровень повседневной активности и самообслуживания, а также отсутствие деменции (Гаврилова С.И. и соавт., 2020). Медиана возраста обследованных – 72 года (64–86 лет), 9 из 10 получили высшее образование, 9 человек находились на пенсии по возрасту. Медиана балльной оценки по MMSE – 28 (26–30), по шкале MoCA – 24 (21–30). Более чем у половины обследованных по результатам монреальского теста отмечались объективно выявляемые признаки дефицита зрительно-пространственных и исполнительных функций, а также памяти по субшкале отсроченного воспроизведения. Всем больным была проведена МРТ головы, результаты которой свидетельствуют о подавляющей распространенности слабо-умеренно выраженной атрофии лобных, теменных и височных долей (медиана значений по шкале Global Cortical Atrophy (Pasquier et al., 1995) – 11), а также гиппокампов (медиана значений по шкале Medial Temporal lobe Atrophy (Scheltens et al., 1992) – 2) в отсутствии значимых изменений белого вещества «сосудистого» характера. Примененные опросники поведенческих нарушений (англ. Mild Behavioral Impairment Checklist, MBI-C; Neuropsychiatric Inventory, NPI) помогли выявить дополнительные некогнитивные симптомы, которые, тем не менее, не достигали уровня развернутых психопатологических синдромов.

Среди них наиболее часто встречались симптомы депрессии, апатии, тревоги, что соотносится с другими данными (Колыхалов И.В., 2018). Следует добавить, что опросник мягких поведенческих нарушений позволял выявить такие симптомы, которые не определялись при использовании NPI (Ismail et al., 2017). Это подчеркивает его чувствительность в отношении ранних, субклинических проявлений расстройств тревожного и аффективного спектров. Методика свободного припоминания с выборочными подсказками и непосредственным воспроизведением (англ. Free and Cued Selective Reminding Test, FCSRT) оказалась наиболее чувствительной в применении к «латентному», т.е. не выявляемому при помощи MMSE или MoCA, дефициту речевой памяти. Методика представляет собой процесс контролируемого заучивания 16 слов с использованием подсказок по категориям. Обследуемому по очереди предлагаются четыре карточки с 4 словами, которые он должен назвать в соответствии с заданной подсказкой. После того, как все слова названы, карточку убирают и проверяют немедленное припоминание. После процедуры обучения следуют три попытки припоминания, каждая из которых состоит из свободного припоминания с последующим припоминанием с подсказкой к тем словам, которые не были воспроизведены. После каждой попытки дается короткая 20-секундная гетерогенная интерференция. Максимальная оценка за 3 попытки составляет 48 баллов (итоговое припоминание). Использование подсказок, полученных во время обучения, восстанавливает условия кодирования и побуждает припоминание слов, не названных при свободном припоминании. Подобное обучение с семантическим контролем выравнивает легкие нарушения памяти, встречающиеся у многих пожилых людей, но лишь минимально облегчает задачу пациентам с начинающейся или текущей деменцией (Buschke H. et al., 2012). Таким образом, у 3 пациентов, набравших сопоставимые баллы по скрининговым шкалам в сравнении с остальной выборкой, обнаружился амнестический синдром гиппокампального типа по методике FCSRT. Это проявлялось в низких показателях как свободного припоминания (менее 16), так и итогового припоминания (менее 25) в совокупности с недостаточной эффективностью подсказок по категории (меньше 50 %). После проведения иерархического кластерного анализа эти больные (n = 3) были объединены в самостоятельный кластер, согласующийся с «чистым» синдромом MCI амнестического типа. Были выделены и другие кластеры, соответствующие легкой когнитивной дисфункции, которая находила объективное подтверждение лишь при тщательном обследовании (n = 3), а также кластер с лицами, соответствующими т.н. возрастной норме с некоторой замедленностью психических процессов и незначительным снижением производительности (n = 4).

Выводы. Методика FCSRT является полезным инструментом по распознаванию скрытого дефицита речевой памяти у пожилых лиц с додементными формами когнитивного снижения.

Высшие психические функции у детей с расстройствами аутистического спектра при коррекции методом транскраниальной микрополяризации

Чурбакова О. Ю.

г. Тамбов

Тамбовская психиатрическая клиническая больница

Актуальность работы заключается в том, что в современных условиях существует значительное количество детей с расстройствами аутистического спектра, и эта проблема в последнее время привлекает все большее внимание специалистов различного профиля. В связи с этим очень важно вовремя выявить проблему и оказать своевременную помощь детям с различными нарушениями, в том числе с расстройствами аутистического спектра. Существует большое разнообразие медикаментозных и психологических методов коррекции психических расстройств. Среди не медикаментозных методов большую популярность в последнее время приобретает метод транскраниальной микрополяризации. Этот метод начинает использоваться клиниками в крупных и средних городах РФ, в том числе и в Тамбовской Психиатрической Клинической Больнице. Однако научных данных о применении данного метода при коррекции различных нарушений пока недостаточно. Степень разработанности проблемы: В научных исследованиях проанализировано использование транскраниальных микрополяризаций (ТКМП) слабым постоянным током для коррекции нарушений восприятия, внимания, памяти, эмоций, произвольной регуляции деятельности у детей с различными видами дизонтогенетического развития. В связи с актуальностью данной проблематики нами было проведено исследование оценки динамики познавательных функций в результате использования транскраниальной микрополяризации. Цель: изучить динамику психических функций детей с расстройствами аутистического спектра в результате использования транскраниальной микрополяризации.

Задачи:

- изучить теоретическую информацию по исследуемой тематике;
- исследовать высшие психические функции во время первого курса микрополяризации;

- исследовать высшие психические функции во время второго курса микрополяризации спустя 6 месяцев;
- проанализировать и сравнить данные, полученные в ходе исследования.

Материалы и методы. Методы: беседа, наблюдение, опросник для родителей «Шкала независимого поведения» Вудкока-Джонсона.

Методики: «Узнавание эмоций», «Предметные картинки», «Съедобное/несъедобное», «Одним цветом», «Картинки по образцу», «Расставь значки», «Геометрические фигуры», «Четвертый лишний», «Обобщение», «Небылицы», «Недостающий предмет», «Перечеркнутые изображения», «Найди отличия», «Корректирная проба», «Запомни картинки», «Пиктограмма», «10 слов», «Пересказ рассказа», «Запоминание со смыслом».

Исследовательская база: Областное Государственное Учреждение Здравоохранения «Гамбовская психиатрическая клиническая больница» Детское отделение, 30 детей в возрасте от 4 до 10 лет с расстройством аутистического спектра.

Анализ эффективности коррекции познавательных функций у детей с расстройствами аутистического спектра. Нами был проведен ряд методик, направленных на диагностику познавательных процессов у детей с расстройствами аутистического спектра. Ниже представлен сравнительный анализ динамики познавательных функций до и после курса ТКМП. Проведя анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку можно говорить о наличии положительных эффектов по всем методикам.

Сравнительный анализ динамики познавательных функций до и после прохождения курса транскраниальной микрополяризации происходил с помощью непараметрического критерия Вилкоксона. Сравнительный анализ по критерию Вилкоксона.

Результаты исследования. Оцениваемые шкалы до/после ТКМП/ Значимость: доступность контакту 0,038; адекватность поведения 0,020; речевая деятельность 0,015; игровые навыки 0,157; дифференциация эмоций 0,157; зрительный контакт 0,038; съедобное/несъедобное 0,157; одним цветом 0,083; картинки по образцу 1,000; расставить значки 1,000; найди отличия 0,157; корректирная проба 0,180; предметные картинки 0,317; перечеркнутые изображения 0,317; разрезные картинки 1,000; геометрические фигуры 0,157; четвертый лишний 1,000; обобщение 0,317; небылицы 1,000; недостающий предмет 1,000; запомни картинки 1,000; пиктограмма 0,102; 10 слов 0,102; пересказ рассказа 1,000. Оценивая каждую шкалу по отдельности и сравнивая результаты, значимые различия определились по шкалам: доступность контакту, адекватность поведения, речевая деятельность и зрительный контакт.

«Речевая деятельность» улучшились после прохождения курса ТКМП. Здесь отмечалось улучшение понимания речи (в случаях раннего детского аутизма) или рост понимания более сложных лексико-грамматических конструкций у детей с нарушениями речи; рост активного и пассивного словаря, в случаях грубого отставания – появление интонационно оформленных вокализаций, слогов; рост речевого сопровождения действий во время игры или занятия. У некоторых детей улучшились «Игровые навыки», изменился характер игр: появились, усложнения сюжета или переход от бесцельных манипуляций к рассмотрению игрушек. После курса ТКМП отмечалось улучшение идентификации эмоционального состояния других людей (в том числе на картинках, в мультфильмах), помимо этого фактора у испытуемых отмечалось изменения в эмоциональной сфере: оживление мимики, повышение настроения, преобладание положительно окрашенных эмоций при снижении раздражительности, агрессивности, эмоциональной лабильности.

Так же хотелось бы отметить, что у большего количества детей отмечалось нарастание общей психомоторной активности: удлинение периода двигательной активности ребенка, освоение новых двигательных видов деятельности (игра в мяч, езда на велосипеде), повышение координации движений, мелкой моторики (появление способности и желания рисовать); в ориентировочно-исследовательском компоненте деятельности: отмечалось появление и рост желания рассматривать, трогать новые объекты (бытовые и учебные); при грубом отставании – появление указательного жеста; активировался и познавательный интерес: появление или рост числа вопросов «кто?», «что?», «зачем?», «почему?» и т. п.

Также по окончании курса отмечалось появление или нарастание эффективности волевых усилий уменьшение стереотипий в поведении; проявление инициативности при выполнении деятельности; снижение капризов, агрессии, неуправляемости поведения; изменения характера игр: появление, усложнение сюжета. По остальным шкалам не выявилось значимых различий, возможно из-за того, что эффект микрополяризации носит отсроченный характер и изменения будут заметны при проведении дальнейших курсов.

Анализируя данные, полученные в результате проведения теста Вудкока-Джонсона шкалы «Независимое поведение» среди родителей мы получили следующие значения по критерию Вилкоксона: – тонкая моторика 0,046; социальное взаимодействие 0,009; одевание 0,020; пользование языком 0,015; пищевое поведение 0,046; самообслуживание 0,011; речевые навыки 0,009; домашние навыки 0,014.

Заклучение. При расстройстве аутистического спектра выбор эффективного метода коррекции влияет на успешную социализацию, адаптацию

ребенка, развитие его познавательных процессов. Проведя анализ соотношения полученных интегральных показателей энергетических компонентов у всех испытуемых, вошедших в экспериментальную выборку, отмечается положительная динамика по многим показателям. По результатам исследования можно говорить, что метод ТКМП является эффективным при коррекции расстройства аутистического спектра.

Корреляции типов гипертимных личностей и психопатологических вариантов фазных аффективных состояний (динамика гипертимии)

Чуркина А. М., Субботская Н. В.

г. Москва

Научный центр психического здоровья

Попытки создания классификации гипертимных личностей и вариантов их динамики предпринимались неоднократно. Выделяли уравновешенных и возбудимых (Schneider К., 1928), гипертимно-неустойчивых, гипертимно-истероидных и гипертимно-эксплозивных (Личко А.Е., 1983), стабильных и нестабильных гипертимов (Смулевич А.Б., Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Нефедьева И.О., 2011). К уравновешенным, стабильным относились личности с устойчиво приподнятым фоном настроения и оптимистичным взглядом на жизнь, высокой продуктивностью; возбудимые неустойчивые, нестабильные характеризовались эмоционально-лабильными чертами, вспыльчивостью, раздражительностью, не критичностью к своим действиям, но также сохраняющими оптимизм, высокую самооценку. Все исследователи придерживались мнения, что лица с неустойчивыми вариантами гипертимии наиболее подвержены развитию аффективных фаз. Вместе с тем Н.С. Akiskal (1994, 1997) считал, что и саму гипертимию можно считать «стертой формой аффективного заболевания», а как вариант динамики описывал гипертимическую депрессию (1999)

Цель исследования: установить корреляции между типом гипертимии и вариантом ее динамики. Материал исследования: за период с января 2019 по март 2021 года было обследовано 50 пациентов (42 женщины, 8 мужчин), в возрасте 22–55 лет (средний возраст – 39,1 год), находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в ФГБНУ НЦПЗ в связи с наличием аффективного расстройства или личностной патологии. Критерии включения: личности гипертимного круга с наличием фазных аффективных состояний – выборочный метод (включались пациенты, характеризовавшие

себя энергичными, активными, общительными, оптимистичными; с укорочением ночного сна до 5-6 часов в сутки); диагностические рубрики по МКБ-10: F31.0-F31.6, F34.0, F60, F61; возраст от 18 до 55 лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический. Результаты и обсуждение. Ранее выделено 4 типа гипертимных личностей: тревожно-гипертимные, истеро-гипертимные, шизоидно-гипертимные и «эталонные» гипертимы, у которых были диагностированы два типологических варианта аффективных фаз: аффективно-смешанные и «двойные» мании. Аффективно-смешанные состояния в свою очередь были классифицированы в зависимости от преобладания маниакального (астенические гипомании, ипохондрические мании) или депрессивного (тревожно-ипохондрические, полиморфные депрессии, соматоформная декомпенсация) аффекта. Также среди смешанных состояний был выделен альтернирующий вариант, характеризующийся частой (в течение суток) пароксизмальноподобной сменой фаз, представленных отдельными (или в полном объеме) составляющими депрессивной и маниакальной триады (Чуркина А.М., Субботская Н.В., 2019, 2020, 2021). Тревожно-гипертимный тип, 20 % (n = 10, 8 женщин, 2 мужчин, средний возраст Me – 46,3 года) характеризуется сочетанием повышенной активности, энергичности, общительности с такими чертами, как мнительность, склонность к сомнениям, перфекционизм, скупулесность, повышенная ответственность, требовательность, раздражительность, озабоченность своим здоровьем и стремление к поддержанию здорового образа жизни. У большинства представителей этого типа (8 человек, 80 %) наблюдалась тревожно-ипохондрическая депрессия, характеризующаяся проявлениями выраженной тревоги со страхом сойти с ума, инвалидизирующего психического или соматического заболевания. Гиперактивация проявлялась идеаторным и моторным ускорением. У 2 пациентов (20 %) с данным видом гипертимии аффективное состояние было представлено астенической гипоманией с идеомоторной ускоренностью и присоединением признаков депрессии в виде астеноподобных явлений – повышенной физической и психической истощаемости, адинамией. Истеро-гипертимный тип, 46 % (n = 23, 20 женщин, 3 мужчины, средний возраст Me – 38,6 лет) подразумевает помимо гипертимных наличие гистирионных личностных черт в виде повышенной эмоциональности, преувеличенного самомнения, склонности к драматизации, стремления к признанию со стороны окружающих, вытеснения субъективно травмирующих переживаний. 10 представителей истеро-гипертимов (43,5 %) перенесли аффективно-смешанное состояние в виде тревожно-ипохондрической депрессии. У 4 пациентов (17,4 %) аффективные расстройства были представлены полиморфной депрессией, характеризующейся признаками идеаторного торможения, апато-адинамическими, анестетическими

нарушениями, пароксизмальной тревогой и невротоподобными проявлениями (деперсонализационными, обсессивно-фобическими), при достаточно выраженной моторной ускоренности. Астеническая гипомания наблюдалась у 4 пациентов (17,4 %) с истеро-гипертимным темпераментом. 2 пациентки (8,7 %) имели проявления по типу соматоформной декомпенсации, что проявлялось вегетативными конверсионными расстройствами (приступы рвоты, выпадение волос) в качестве изолированной ведущей симптоматики на фоне «вторичной» тревожно-ипохондрической субдепрессии. У 3 представителей данного типа (13 %) имела место «двойная» мания – состояние, развившееся на фоне гипертимии за счет углубления приподнятого аффекта, достигающего степени простой веселой, гневливой, психопатоподобной мании.

Шизоидно-гипертимный тип, 10 % (n = 5, женский пол, средний возраст Me – 24,7 года) представлен преимущественно пациентами с экспансивными чертами. Помимо типичных гипертимных характеристик, пациенты этой группы склонны к богатству внутреннего мира, фантазированию, сверхценным увлечениям, формальной общительности, стеничности, эмоциональной бедности и рационализму. Превалирующее количество представителей этого типа (4 пациентки, 80 %) имели альтернирующий вариант аффективно-смешанного состояния: в утренние часы наблюдались проявления депрессии в виде выраженной немотивированной тревоги, импульсивного аутодеструктивного поведения, подавленности, а во второй половине дня – картина гипоманиакального состояния. Также среди шизоидных гипертимов была 1 пациентка (20 %) с проявлениями по типу двойной мании.

«Эталонные» гипертимы, 24 % (n = 12, 9 женщин, 3 мужчины, средний возраст – 35,1 лет) характеризуются наличием типичных гипертимных черт – оптимистичность, энергичность, постоянное стремление к продуктивной деятельности и как следствие – успешность в выбранной профессии, быстрый карьерный рост, коммуникабельность, открытость. Этот тип гипертимии продемонстрировал разнородность вариантов динамики: у 5 представителей отмечались состояния депрессивного типа (4 пациента (33,3 %) с тревожно-ипохондрической депрессией, 1 (8,3 %) – соматоформная декомпенсация), у 7 – маниакального (4 (33,3 %) – ипохондрическая мания с диффузными ипохондрическими образованиями навязчивого и/или сверхценного уровня на фоне ярко выраженных признаков моторной и идеаторной ускоренности, 3 (25,1 %) – астеническая гипомания).

Выводы. Таким образом, установленные корреляции гипертимных личностей и вариантов динамики выявляют преобладание тревожно-ипохондрических депрессий у тревожных гипертимов (80 %) и у истеро-гипертимов (43,5 %), альтернирующих состояний у шизоидных гипертимов

(80 %), аффективно-смешанных состояний маниакального типа у «эталонных» гипертимов (ипохондрическая мания – 33,3 %, астеническая гипомания – 25,1 %). Это позволяет сделать предварительные выводы о наличии взаимосвязи между типом гипертимии и вариантом ее динамики, что планируется дополнить другими методами исследования (нейроиммунологическим, патопсихологическим).

Гендерные особенности дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Шакун Е. Ю.

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В. П. Сербского*

Актуальность. Во многих современных исследованиях, дезадаптация трактуется как нарушение взаимодействия личности с окружающей средой и с самой собой. Понятия адаптации и дезадаптации тесно связаны со взаимодействием человека с окружающим миром с целью проявления и развития своих личностных качеств (Райс Ф., Долджин К., 2012; Киселёва Ю. С., Ильина М. А., 2019). Существует ряд определенных факторов и причин, увеличивающих риск дезадаптации у детей младшего школьного возраста (Золотникова Г. П., Фирсова К. А., Лунькова К. В., 2019), которые в дальнейшем могут вызывать различные нарушения развития.

Цель исследования – провести сравнительный анализ общих и гендерно-специфичных особенностей дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Материалы и методы. В качестве психометрического инструмента в исследовании использовалась Вайнлендская шкала адаптивного поведения (Vineland Adaptive Behavior Scales – VABS) – методика исследования адаптации детей с нормальным и отклоняющимся развитием. Составляющей частью данной шкалы является субшкала дезадаптации, описывающая различные поведенческие паттерны, свидетельствующие о нарушении адаптивного поведения. Статистическая обработка данных проводилась с использованием IBM SPSS Statistics – 26. Статистическая значимость различий между переменными определялась критерием Хи-квадрат Пирсона. Для исследования показателей дезадаптивного поведения применялись вычисления распределения частот и таблицы сопряженности.

Описание выборки. В исследовании приняло участие 77 детей с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 7 до 10 лет. Дети обучались в различных учебных заведениях: муниципальных казенных образовательных учреждениях (школ-интернатов), государственных казенных образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, специальных (коррекционных) детских домах для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с ограниченными возможностями здоровья, центрах социальной помощи семье и детям, социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних одного из административных центров Российской Федерации, а также средних общеобразовательных и коррекционных школах. В первую группу были включены 57 мальчиков (средний возраст $8,5 \pm 1$), во вторую группу вошли 20 девочек (средний возраст $8,9 \pm 0,9$). Отмечались ограничения, связанные с неравномерностью выборки по половому признаку, в связи с чем полученные результаты требуют дополнительного подтверждения в дальнейших исследованиях.

Результаты. Общими особенностями дезадаптивного поведения у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья являлись: гиперактивность, импульсивность, резкие аффективные проявления, хулиганство и неуважение к окружающим, избегание зрительного контакта. Такие показатели, как повышенная тревожность (65 % мальчиков и 65 % девочек), привычка грызть ногти (53 % мальчиков и 55 % девочек), регулярные прогулы учебы (37 % мальчиков и 40 % девочек), замкнутость и упрямство (32 % мальчика и 35 % девочек) в равной мере проявляются в обеих группах с высокой частотой. Более детальные особенности дезадаптивного поведения были выявлены при сравнительном анализе гендерно-специфичных особенностей. Сравнительный анализ результатов обеих групп по общему разделу шкалы Вайнленд показал следующие различия: в группе мальчиков статистически значимо чаще ($p \leq 0,05$) встречалось нарушение концентрации внимания – данный дезадаптивный признак был выявлен у 82 % мальчиков и 60 % девочек. 53 % мальчиков и 30 % девочек демонстрировали признаки негативизма и непослушания, что является различием на уровне тенденции ($p = 0,081$). Кроме того, у 46 % мальчиков и 25 % девочек отмечаются частые случаи воровства и обмана ($p = 0,106$). Специфичным признаком дезадаптивного поведения для девочек часто встречались нарушения пищевого поведения (у 45 % девочек и 26 % мальчиков), а также чрезмерно зависимое поведение от значимых близких (у 50 % девочек и 33 % мальчиков). Сравнительный анализ результатов обеих групп по дополнительному разделу шкалы Вайнленд показал следующие различия: в группе мальчиков наиболее сильно преобладали такие показатели дезадаптивного поведения,

как повторяющиеся, навязчивые мысли или действия (у 14 % мальчиков и 5 % девочек), выражение неразумных, бессмысленных высказываний бессмысленные высказывания (нарушения логики высказываний, лишенная логики или алогичная речь) (14 % мальчиков, 5 % девочек). Следующие показатели дезадаптивного поведения наблюдались только у мальчиков: манерность или отдельные нетипичные появления в поведении ребенка (14 %), странная речь (разговоры с самим собой на людях, высказывание бессмысленных фраз, заикание, повторение фраз и предложений) (7 %). В обеих группах у пятой части выборки отмечаются такие показатели дезадаптивного поведения, как стереотипии (по типу яктаций) (18 % мальчиков, 20 % девочек), дезориентация в пространстве и непосредственном окружении (18 % мальчиков, 15 % девочек).

Выводы. Результаты сравнительного анализа полученных данных позволяют акцентировать внимание на следующих гендерно-специфичных особенностях у детей младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья:

1. Наиболее часто встречающимся нарушением адаптивного поведения у мальчиков являются: нарушение устойчивости внимания, случаи негативизма и непослушания, импульсивность, вспышки гнева, хулиганства и неуважения к окружающим, избегания зрительного контакта, которые могут быть связаны с самодостаточностью, тревожностью, эмоциональной неустойчивостью, низкой доминантностью и открытостью межличностным контактам. Такие признаки дезадаптивного поведения, как бессмысленные высказывания и заикание на объектах можно связать с нарушением развития эмоционально-волевой и коммуникативной сферы.

2. Наиболее специфичными для девочек проявлениями дезадаптивного поведения являются: нарушения пищевого поведения, чрезмерно зависимое поведение от значимых близких, пропуски занятий, замкнутость и упрямство можно связать с такими качествами, как социальная инфантильность и эмоциональной незрелость, высокая доминантность и реактивность, низкое соблюдение нормативности поведения и тревожность, низкий самоконтроль и фрустрация. Высокая встречаемость стереотипий и дезориентации в социальных ситуациях может свидетельствовать о высоком уровне тревожности и низком уровне социальной компетентности соответственно.

Заключение. С учетом большого числа факторов, оказывающих влияние на адаптацию личности в окружающем мире, диагностика поведенческих нарушений должна быть системной и учитывать не только данные факторы, но и связанные с ними индивидуальные особенности жизни, окружения и личности ребенка. Выявленные в данном исследовании гендерно-специфические поведенческие проявления дезадаптации младших

школьников могут быть использованы сотрудниками социально-психологических служб в целях как диагностики, так и оказания наиболее эффективной профилактической и коррекционной помощи. Помимо этого, своевременное выявление определенных дезадаптивных признаков позволит предположить наличие других поведенческих нарушений, детерминируемых связанной с ними сферой деятельности и личностными особенностями ребенка. Подробное изучение факторов и причин, влияющих на дезадаптацию детей младшего школьного возраста, позволяет выявить наиболее эффективные пути профилактической и коррекционной работы в рамках учебно-воспитательного процесса, определить задачи по предотвращению формирования у школьников деструктивных форм поведения, а также выявить «группы риска» для углубленной диагностической и усиленной педагогической коррекционно-развивающей работы.

Сравнение особенностей клинической картины нервной анорексии у подростков с личностными особенностями и аноректического синдрома при ранее выявленных психических расстройствах

Шапошникова Ю. В., Косогова А. И.

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

Актуальность. Важность изучения нервной анорексии определяется большой распространенностью и значительным ростом заболеваемости, особенно в последние годы, трудностями лечения и реабилитации больных. По статистическим данным российских и зарубежных авторов, распространенность нервной анорексии составляет от 0,3 до 5 % среди лиц женского и мужского полов, а заболеваемость колеблется от 5 до 5,4 на 100 тыс. человек в год. Летальные исходы при нервной анорексии могут достигать 18 %. Для нервной анорексии характерен относительно типичный личностный преморбидный фон, наряду с преобладающими истерическими или психастеническими чертами. (Коркина М.В. 1974). Основываясь на особенностях патогенеза, (А.Е. Личко 1987) рассматривает это заболевание как эндореактивную пубертатную анорексию. В отличие от аноректического синдрома при шизофрении больные с нервной анорексией постепенно отказываются от части продуктов, начиная со снижения калорийности блюд и доводя до полного голодания. Чувство голода в начале ограничения в еде обычно сильно выражено, больные мучительно

превозмогают его, мотивацией для них является убежденность в излишней полноте, а рвота служит способом похудения. Началу голодания часто предшествуют психогенные провокаторы; идеи отношения при этом выражены слабо или вовсе отсутствуют; другие симптомы кроме депрессии также отсутствуют; отношение к близким у пациентов остается теплым и внимательным. До тяжелой кахексии продолжают упорно и старательно учиться, усиленно выполняют физические нагрузки. Сложности в дифференциальной диагностике данных состояний связаны с разнообразием клинической картины, что особенно важно для грамотного выбора лечебной тактики и предотвращения ухудшения состояния.

Цель исследования. Выявление и сравнение особенностей клинической картины нервной анорексии у подростков с личностными особенностями и аноректического синдрома при ранее выявленных психических расстройствах.

Материалы и методы. В ходе данного исследования были рассмотрены нервная анорексия у подростков с учетом личностных особенностей и синдром нервной анорексии при наличии ранее выявленных психических расстройств. Всего обследовано 50 подростков. Критерии включения: 1. Все пациенты женского пола; 2. Возраст 12–17 лет (средний возраст $14,5 \pm 2$). 3. Индекс массы тела от 12,5 до 17. Исследование проводилось на базе детского диспансерного отделения КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2020 года. Во время проведения исследования использовались: диагностическая беседа, изучение анамнестических данных, патопсихологическое обследование, методика «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale) HADS», методика Дерогатис, «Миннесотский многоаспектный личностный опросник (MMPI)», «Тест личностных акцентуаций», проективные методики, субъективная оценка состояния и восприятия своего тела самими подростками; индекс массы тела.

Результаты и их обсуждение. В группе у 40 пациентов с выставленным впервые диагнозом нервная анорексия на первый план выходило недовольство своим весом, которое достигало навязчивых мыслей о несовершенстве своей фигуры и влияло на привычный образ жизни. У 15 из них (37,5 %) выявлялась фиксация на других, зачастую мнимых «недостатках» своей внешности, которые стремились маскировать специально подобранной одеждой, косметикой. По мере снижения веса теряли цель похудения, не могли описать модель идеального тела. В клинике присутствовала выраженная тревога, связанная с набором веса. Индекс массы тела исследуемой группы подростков варьировал от 12,5 до 17. Акцентуация черт характера отмечалась у 40 обследуемых (100 %) (в основном это смешанный тип, в состав которого всего входили: шизоидный, психастенический, истероидный

типы). Из данной группы в более старшей возрастной категории 16–17 лет, 10 подростков (25 %) периодически вызвали рвоту, втайне от окружающих, также с целью очищения и снижения веса использовали слабительные и диуретические препараты. Суицидальные высказывания наблюдались у 10 (25 %) пациентов. Были выявлены поверхностные самоповреждения у 7 пациенток (17,5 %). У 30 подростков (75 %) в анамнезе выявлялось наличие критичных высказываний о внешнем виде и травли со стороны сверстников, связанные с избыточной массой тела, после чего появилось желание снизить вес. В основном все подростки длительно сохраняли нормальную активность, лишь при значительном снижении массы тела (ИМТ варьировал от 15 до 12,5) проявлялась картина астено-вегетативных нарушений.

Из 40 пациентов на фоне проводимого лечения в течение 3-х месяцев у 30 (75 %) отмечалось прибавка массы тела на 4–5 кг, улучшение настроения, изменение восприятия своего тела. У 10 подростков (25 %) на фоне проводимого лечения в течение 3-х месяцев сохранялись дисморфофобические переживания, пациенты стремились достигнуть как можно более низкой массы тела, практически не поддавались разубеждению, разговоры о еде и прибавке в весе вызывали агрессию, тревогу. В данной группе преобладал шизоидный тип акцентуации. В процессе наблюдения у пациентов увеличивались сложности с осуществлением привычной деятельности, нарастало безразличие к своей семье и окружающим, редко выходили из дома.

В другой группе у 10 подростков имелись ранее выявленные психические расстройства (шизофрения, шизотипическое расстройство). У всех пациентов из данной группы выявлялась избирательность в еде, не связанная с количеством и калорийностью продуктов. Для клинической картины было характерно наличие стойких идей снижения массы тела. После приема пищи наблюдалось наличие: «ритуалов» (в виде подпрыгивания, втягивания живота, массажа), навязчивого взвешивания, постоянного времяпрепровождения перед зеркалом. Зачастую предъявляли жалобы на чувство переполненности после еды, ощущение, что сразу после приема пищи «образуется жир и покрывает все тело». Периодически вызывали рвоту, которую зачастую не могли объяснить, не скрывали это от окружающих, часто переедали перед очищением. Высказывания со стороны окружающих, которые на самом деле не имели отношения к внешнему виду больных воспринимались как осуждающие или оскорбляющие. По анамнестическим данным у 5 подростков выявлялся шизоидный тип акцентуации в преморбиде, наличие негативных комментариев со стороны окружающих, связанных с избыточной массой тела в основном не прослеживалось, либо при наличии факта таких высказываний, они не имели существенного значения для пациента. У данной группы пациентов прослеживалась

взаимосвязь с течением основного ранее выявленного психического расстройства, при улучшении психического состояния идеи снижения массы тела становились неактуальными, но социальное взаимодействие и ведение привычного образа жизни было затруднено.

Выводы: Для пациентов с нервной анорексией, в отличие от аноректического синдрома при ранее выявленных психических расстройствах характерно наличие критики к своему состоянию, скрытность в своих переживаниях, отсутствие идей отношения, отсутствие выраженных аффективных нарушений, длительное сохранение активной деятельности вплоть до сильного истощения. Помимо фобических и дисморфофобических расстройств у подростков с расстройством пищевого поведения, в том числе с нервной анорексией обнаруживается и другая психопатологическая симптоматика. У данных пациентов восприятие образа своего тела принимает специфическую психопатологическую форму, в качестве навязчивой сверхценной идеи выступает низкая масса тела. По мере прогрессирования заболевания наблюдается обеднение круга общения. Для больных характерно снижение критики к своему состоянию. Нарушается адекватное восприятие собственного тела, идея снижения веса трудно поддается коррекции и разубеждению. У пациентов с нервной анорексией в анамнезе зачастую можно обнаружить признаки какого-либо психотравмирующего фактора, но довольно сложно отследить его пусковую роль в развитии нервной анорексии. Замечания или критика практически всегда попадали на уже готовую почву, так называемую, дисморфоманическую настороженность. В этих случаях возможно происходило потенцирование еще четко не сформированных дисморфоманических переживаний, однако часть пациентов не имела проблем с лишним весом и не подвергалась грубой критике, которые предположительно могли сыграть решающую роль в развитии нервной анорексии. В основном у всех пациентов выявляется наличие акцентуаций характера, при более детальном изучении прослеживается наличие преморбидного фона. Нельзя забывать также о том, что идеи снижения веса и ограничения себя в еде могут быть частью бредовой системы в рамках психотических расстройств. При неправильном трактовании регистра симптомов выбранная тактика ведения может привести к ухудшению состояния пациентов. Прогноз лечения при нервной анорексии зависит от своевременной диагностики данного заболевания и грамотного подхода к лечению и реабилитации больных, с учетом выявленных личностных особенностей. При аноректическом синдроме у лиц с ранее выявленными психическими расстройствами похожая тактика ведения как у пациентов с нервной анорексией может не только не улучшить состояния пациента, но и вызвать ухудшение (обострение симптомов основного заболевания).

Высокочастотная электрическая активность мозга у больных с церебральным инсультом в сопоставлении с психоэмоциональными нарушениями

Шарапова К. М., Новикова Л. Б.

ГУфа,

*Башкирский государственный медицинский университет»,
Больница скорой медицинской помощи*

Актуальность. Математический анализ электроэнцефалографии (ЭЭГ) даёт информацию о функциональном состоянии мозга, расширяет понимание механизмов взаимодействия различных областей мозга, увеличивает возможности диагностики и позволяет выдвинуть новые задачи в области изучения деятельности головного мозга. Цель: оценить изменения гамма-ритма у больных с полушарным ишемическим инсультом в сопоставлении с когнитивными и тревожно-депрессивными нарушениями.

Материалы и методы. В Региональном сосудистом центре ГБУЗ РБ Больницы скорой медицинской помощи г. Уфы было проведено исследование 32 больных с полушарным ИИ в бассейне средней мозговой артерии (СМА). Всем пациентам осуществлялось комплексное клинично-неврологическое, инструментальные, лабораторные и нейропсихологические исследования. Изучение и запись ЭЭГ проводилось на 19-канальном электроэнцефалографе фирмы «Nicolet» с локализацией электродов, установленных по международной схеме «10–20», с референтным ушным электродом продолжительностью 30 минут в 1-е и 21-е сутки заболевания. Методом математического анализа оценивали спектры мощности и пиковую частоту гамма-ритма фоновой ЭЭГ.

Результаты. В неврологическом статусе больных преобладали двигательные (62,5 %) и речевые нарушения (43 %). Когнитивные нарушения (КН) были выявлены у 81 % больных, депрессивные нарушения – у 53 % больных, высокий уровень личностной тревоги (ЛТ) – у 36 % больных и низкий уровень ситуационной тревоги (СТ)- у 46,4 % больных. Математический анализ ЭЭГ больных с полушарным ишемическим инсультом показал отклонения в показателях высокочастотной активности мозга-гамма-ритма в диапазоне 30-100 Гц, в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$). Нами установлено повышение мощности гамма-ритма при полушарном ИИ в острейшем и остром периодах, в сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$), преимущественно в лобных и центрально-височных областях, играющих существенную роль в интеллектуально-мнестической деятельности. Также у больных с полушарным ИИ

отмечены статистически значимые корреляции между когнитивными, тревожно-депрессивными расстройствами и индексом гамма – ритма в лобных и центрально-височных областях в частотном диапазоне 30–100 Гц ($p < 0,05$).

Заключение. В комплекс обследования больных необходимо включать, помимо нейропсихологического исследования, математический анализ данных ЭЭГ для оценки состояния биоэлектрической активности мозга, когнитивных и тревожно-депрессивных нарушений, что очень важно для определения прогноза и профессиональной ориентации.

Ассоциация маркеров редокс-дисбаланса с выраженностью ранних экстрапирамидных побочных эффектов антипсихотиков при лечении шизофрении

*Швачкина Д. С., Жукова Е. С., Иркаева А. М.,
Жиляева Т. В., Щербатюк Т. Г., Мазо Г. Э.*

г. Нижний Новгород

Приволжский исследовательский медицинский университет

г. Санкт-Петербург

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и неврологии им. В. М. Бехтерева*

Актуальность. Применение антипсихотиков (АП) сопряжено с целым рядом проблем, в частности, с развитием у пациентов экстрапирамидных (ЭП) побочных эффектов (ПЭ) (Potkin S.G. et al., 2020). Данные проявления наблюдаются при приеме как типичных, так и атипичных АП, включая последнюю генерацию (Saddichha S. et al. 2012; Druschky K. et al., 2020). Изучение механизмов развития ЭП симптомов (ЭПС) невозможно без комплексной оценки биохимических показателей, потенциально вовлеченных в патогенез. Фармакологические свойства АП позволяют предположить, что в основе развития ЭПС лежит блокада дофаминовых рецепторов 2 типа (D2R), усиление высвобождения глутамата вследствие блокады D2R и избыточная активность глутаматергических субталамических нейронов. Имеются сведения о том, что к развитию поздней дискинезии может иметь отношение окислительное повреждение дофаминергических нейронов ЭП системы (Shireen E., 2016). Наличие подобной связи с ранними ЭПС, а также сведений о механизмах развития ЭП ПЭ АП до сих пор остается гипотетическим (Caroff S.N., 2016) и подтверждено только в эксперименте с животными (Shireen E., 2016).

Цели и задачи. Целью данной работы является пилотная оценка ассоциации комплекса биохимических маркеров редокс-дисбаланса с выраженностью ранних ЭП ПЭ АП при лечении шизофрении.

Материал и методы. Обследованы 50 пациентов с шизофренией с длительностью заболевания не более 5 лет, 24 женщины, 26 мужчин, возраст 29 [22; 33] лет (медиана и межквартильный размах). Критерии включения: подтверждение диагноза шизофрении с помощью «Международного нейропсихиатрического интервью» для психотических расстройств Диагностического и статистического руководства 5-й версии; отсутствие хронических соматических заболеваний и неврологических расстройств, ассоциированных с оксидативным стрессом; отсутствие приема витаминов и антиоксидантов в течение месяца до включения в исследование. Средняя длительность заболевания с момента манифестации $21,5 \pm 2,8$ месяцев ($M \pm SE$), все получали АП: 12 человек в отделениях дневного пребывания, 36 стационарно и 2 в амбулаторных условиях. 15 пациентов получали АП первого поколения; 27 – второго поколения; 8 – комбинации АП 1 и 2 поколения. Оценка ЭПС производилась с помощью шкалы «The UKUSERS-Clin», Lingjaerde, O., 1987 (UKU).

Степень окислительного повреждения белков плазмы оценивали по методу Levine R.L. (1990) в модификации Дубининой Е.Е. (1995), определяли концентрацию альдегид- и кетон-2,4-динитрофенилгидразонов (АДНФГ и КДНФГ соответственно) спектрофотометрически. Активность супероксидсмутазы (СОД) оценивали на основе способности фермента конкурировать с нитросиним тетразолием за супероксидные анионы, образующиеся в результате взаимодействия восстановленной формы НАДН2 и феназинметасульфата. Об активности каталазы в гемолизате эритроцитов судили по изменению концентрации пероксида водорода в пробе за 20 с. Содержание глутатиона оценивали методом, основанным на способности сульфгидрильной группы глутатиона вступать в реакцию с 5,5-дитио-бис-(2-нитробензойной) кислотой (ДТНБК) с образованием 2-нитро-5-тиобензойной кислоты (Арутюнян А.В., 2000). Определение концентрации малонового диальдегида (MDA) в плазме крови проводилось по методу Folch и соавт. (1957). Количественные параметры определяли спектрофотометрически.

При проведении анализа дозы антипсихотиков оценивались в хлоппромазиновом эквиваленте (ХПЭ). К высокопотентным АП отнесли: галоперидол, рисперидон, арипипразол, зуклопентиксол; к препаратам средней потенции: оланзапин, трифлуоперазин, перфеназин; к низкопотентным: клозапин и кветиапин; других АП пациенты изученной выборки не получали.

Анализ данных осуществлялся Statistica 6.0. Так как распределения полученных данных в изучаемых выборках отличались от нормального

(W-тест Shapiro-Wilk), применялись непараметрические критерии: Манна-Уитни U-тест (MWU); для оценки корреляций использовался критерий Спирмена (ρ). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. С дозой АП в ХПЭ коррелировала общая выраженность ПЭ ($\rho = 0,39$; $p = 0,0063$), но не ЭП ПЭ ($\rho = 0,054$; $p = 0,71$) по шкале UKU; кроме того была обнаружена связь между ЭП ПЭ по шкале UKU и избирательности (потентности/аффинности) АП ($\rho = 0,30$; $p = 0,036$). Отсутствие влияния доз АП в ХПЭ и поколения АП на степень ЭП ПЭ АП, выявленное в данной работе, соответствует имеющимся данным литературы о том, что ХПЭ не отражает способность препарата вызывать ЭПС, так как механизмы действия АП разные (Danivas V., 2013). Полученные результаты также согласуются с мнением об условности деления АП на 1 и 2 поколение: разница в выраженности побочных эффектов между двумя классами препаратов статистически не значима и клинически слабо выражена. Побочные эффекты, как общие ($Z = -0,73$; $p = 0,46$), так и экстрапирамидные ($Z = -0,99$; $p = 0,32$) лишь незначительно выше в группе пациентов, получавших типичные АП. Ассоциация степени ЭПС с аффинностью АП подтверждает гипотезу о том, что блокада D2R играет существенную роль в развитии двигательных нарушений (Caroff S.N., 2016).

Из всех характеристик препаратов на выраженность ЭПС влияла только потентность, но и она не коррелировала даже на уровне тенденции ($|\rho| < 0,2$; $p > 0,1$) поэтому ее вмешивающийся эффект можно считать отсутствующим.

Получены результаты об ассоциации выраженности ЭП ПЭ АП с повышением активности СОД ($\rho = 0,47$; $p = 0,00053$) и снижением уровня GSH ($\rho = -0,37$; $p = 0,0091$), что свидетельствует о роли редокс-дисбаланса в развитии ранних ЭП ПЭ АП и требует дальнейшего изучения. Эти результаты соотносятся с данными Л.Я. Либина и соавт. (2012), согласно которым наличие выраженных ЭП расстройств у пациентов в ответ на применение АП может служить клиническим маркером вероятного выраженного оксидативного стресса, однако других данных по ассоциации ранних ЭПС при шизофрении с выраженным окислительным стрессом в литературе обнаружить не удалось.

Пациенты, получавшие корректоры, имели большую выраженность ЭПС: 2 [0; 3] против 1 [0; 2] балла по шкале UKU ЭПС соответственно, но статистически не значимо ($Z = -1,81$; $p = 0,070$, MWU). Проведен анализ влияния приема разных корректоров на изученные биохимические параметры, обнаружено, что у пациентов, получавших амантадин, концентрация MDA ниже, чем у остальных (MWU $Z = 1,95$; $p = 0,050$), это с осторожностью позволяет предположить участие глутаматергической эксайтотоксичности в развитии окислительных нарушений при ранних ЭПС.

Если редокс-дисбаланс ассоциирован с ЭПС, то его наличие независимо от характеристик АП можно рассматривать в качестве клинического маркера редокс-дисбаланса – важного патогенетического фактора риска развития вторичных нарушений в ЦНС при шизофрении (Егмаков ЕА, 2021). Ранние ЭП ПЭ АП заметны уже в первые недели терапии, благодаря чему удобны для скрининговой оценки с целью определения необходимости обследования и коррекции редокс-дисбаланса антиоксидантами.

Ограничениями исследования являлись обсервационный дизайн (пациенты получали разнородную терапию на усмотрение лечащего врача), оценка ЭПС общей шкалой без уточнений клинических вариантов ЭП синдромов. Также в рамках данной работы не удалось установить, является ли вызванный АП ЭПС причиной редокс-дисбаланса или лишь его маркером имеющихся в качестве predispositions окислительных нарушений.

Выводы. Таким образом, в рамках данного пилотного исследования выявлена ассоциация ранних ЭП ПЭ АП с показателями редокс-дисбаланса, что говорит о необходимости дальнейших исследований в данном направлении с целью разработки скрининговых алгоритмов и стратегий профилактики развития вторичных нейродегенеративных нарушений при шизофрении у пациентов, получающих АП.

Финансирование: оценка экстрапирамидных симптомов – грант федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации ПИМУ, выполнение биохимических маркеров – грант РФФИ 19-015-00420 А.

Небредовые ипохондрические расстройства в позднем возрасте. Особенности клинико-динамических проявлений

Шестакова Р. А.

*ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский
университет им. И. М. Сеченова*

*Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)*

Актуальность. Исследование ипохондрических расстройств небредового уровня, учитывая их высокую распространенность, актуально как для психиатров, так и для врачей иных специальностей. Это подтверждается

данными о том, что контингент больных с ипохондрическими расстройствами составляет большую долю от числа всех лиц, обращающихся за медицинской помощью. На сегодняшний день сохраняются существенные разногласия при количественной оценке распространенности данного феномена, его нозологической трактовки, отсутствуют единые алгоритмы для выявления состояния. Существующие в литературе данные представляют собой либо отдельные сведения об ипохондрических расстройствах и отдельно о гериатрической психопатологии, либо узкоспецифичные факты и заключения из различных исследований.

Цель и задачи. Цель исследования – изучить клинико-психопатологические особенности небредовых ипохондрических расстройств у больных позднего возраста (старше 50 лет). Задачи исследования: изучить клинико-психопатологические особенности небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста; оценить наличие других психопатологических проявлений (гипотимических и/или тревожных) у пациентов старше 50 лет с ипохондрическим синдромом; выделить различные клинические варианты небредового ипохондрического синдрома в позднем возрасте.

Материалы и методы. В исследование были включены 108 пациенток женского пола в возрасте от 50 до 88 лет, поступивших на стационарное лечение в Клинику психиатрии им. С.С. Корсакова, состояние которых определялось ипохондрической симптоматикой небредового уровня. Понятие «ипохондрического расстройства», используемое в настоящем исследовании, частично совпадает с концепцией, принятой в международной классификации психических болезней (МКБ -10), согласно которым, «ипохондриа» относится к кластеру «соматоформные расстройства» и выступает в качестве частной рубрики и, соответственно, не противоречит критериям рубрики F 45 (F 45.2). Однако, в соответствии с транснозологической классификацией ипохондриии, в настоящем исследовании небредовая ипохондриа рассматривается как базисное, типологически дифференцированное психопатологическое образование, охватывающее широкий круг нозологических единиц. Ввиду этого в исследование включались пациенты с выраженным «ипохондрическим поведением»; пациенты, ипохондрическая концепция которых реализовалась как чувство тревоги о здоровье, а также пациенты с нарушениями в сфере телесного самосознания. Общими критериями включения были: женский пол, возраст старше 50 лет, наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании, невозможность объяснить ипохондрические проявления существующим соматическим заболеванием. Не включались в исследование: пациенты с бредовыми формами ипохондрических расстройств, пациенты с психотическими формами шизофрении, пациенты

с острыми галлюцинаторно-бредовыми психозами, пациенты с ипохондрическими расстройствами в сочетании с острой соматической патологией и обострением хронической соматической патологии, а также пациенты, страдающие алкоголизмом, наркоманией и/или токсикоманией.

Основным методом, обеспечивающим решение поставленных в настоящем исследовании задач, избран клинический, позволяющий определить дифференциальные психопатологические характеристики ипохондрических состояний позднего возраста, а также психометрические методики. Для определения ипохондрических проявлений – шкала оценки ипохондрии (Е.М. Гончарова, 2013), для определения уровня гипотимии и тревоги – шкала объективной оценки депрессии (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), объективной оценки тревоги (Hamilton Anxiety Rating Scale). Во время стационарного лечения, начиная с момента госпитализации, пациенты еженедельно вплоть до 12 недель (или ранее – до момента выписки) проходили психометрическую оценку. В связи с возможностью сходства клинических проявлений небредовой ипохондрии у пациентов старшей возрастной группы с симптомами соматической патологии каждый участник исследования прошел детальное соматоневрологическое обследование. Тем самым была полностью исключена возможность маскирования соматической или неврологической патологии психосоматической девиацией.

Результаты и обсуждение. На первом этапе исследования были определены возможные проявления ипохондрического синдрома в позднем возрасте. Были выделены: ипохондрическая фиксация на астеническом компоненте, ипохондрическая фиксация на соматовегетативных проявлениях, страх развития соматического заболевания, уверенность в наличии соматического неблагополучия, а также различные сочетанные и изолированные патологические телесные сенсации. Было отмечено, что данные проявления, составляющие основной тип ипохондрической фиксации, сопровождаются большим количеством сопутствующих жалоб пациента. Сочетание ипохондрии и гипотимии явилось самым распространенным феноменологическим сочетанием. Гипотимические проявления не могли быть оценены пациентом на высоте проявления ипохондрического состояния и выходили на первый план по мере его разрешения.

При психометрической оценке пациенты были распределены на 4 клинические группы: 1) исследуемые без выраженного тимопатического компонента ($n = 18$) – оценка по MADRS ≤ 15 баллов, HADS ≤ 12 баллов; 2) исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем гипотимии ($n = 49$) – оценка по MADRS ≥ 15 баллов, HADS ≤ 12 баллов или MADRS ≥ 30, HADS ≤ 15 баллов; 3) исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким

уровнем как тревоги, так и депрессии ($n = 22$) – оценка по MADRS > 15 баллов, HADS > 12 баллов; 4) исследуемые, ипохондрическая концепция которых сочеталась с высоким уровнем тревоги ($n = 19$) – оценка по MADRS > 15 баллов, оценка по HADS > 12 баллов. При проведении группового сравнения для результатов по Montgomery-Asberg Depression Rating Scale достоверные различия ($p \leq 0,001$ или $p \leq 0,05$) выявлены между всеми группами на срок Baseline, а также на 1 – 11 неделе оценки, кроме 12 недели. По результатам Hamilton Anxiety Rating Scale ситуация была сходной. Все эти вероятности сопровождались высоким показателем коэффициента хи-квадрат, что подтверждало силу гипотезы однозначности таких различий и влияние соотношения пациентов в ту или иную группу с особенностями динамики показателей психометрической оценки.

При сравнительном анализе параметров заболевания в выделенных группах сопоставляли параметрические критерии – возраст пациентов, общая длительность заболевания, общее количество госпитализаций за последние 3 года до текущей госпитализации, длительность текущего стационарного лечения до достижения ремиссии. Возрастное распределение пациентов в выделенных группах показало примерно одинаковый диапазон: в группе 1 средний возраст составил $58,9 \pm 1,57$ лет, в группе 2 – $62,6 \pm 1,28$, в группе 3 – $62,8 \pm 2,08$, в группе 4 – $58,8 \pm 1,41$. Показатели «длительность заболевания» и «общее количество госпитализаций за последние 3 года» составили: в группе 1 – $12,8 \pm 2,27$ лет и $5 \pm 0,7$ госпитализаций, в группе 2 – $10,5 \pm 1,24$ лет и $3 \pm 0,3$ раз, в группе 3 – $8,7 \pm 1,42$ лет и $5 \pm 0,5$ раз, в группе 4 – $12,1 \pm 2,06$ лет и $6 \pm 0,3$ раз. Достоверная разница выявлена по показателю «количество предшествующих госпитализаций» между группами 1 и 2 ($1,365$; $p \leq 0,05$), 2 и 3 ($-1,461$; $p \leq 0,05$) и 2 и 4 ($-2,248$; $p \leq 0,001$). Также достоверная разница с очень высокой чувствительностью ($p \leq 0,001$) выявлена по показателю «длительность лечения до достижения ремиссии» между всеми четырьмя группами при попарном сравнении с 1 группой ($1,955 / 2,021 / 1,440$; $p \leq 0,001$).

Выводы. Ипохондрическое расстройство – это гетерогенная группа состояний, которые могут проявляться изолированной ипохондрической фиксацией пациента, а также сочетаться с гипотимическими и тревожными проявлениями. Ипохондрии и гипотимии является самым распространенным феноменологическим сочетанием. Выраженные ипохондрические проявления «маскируют» гипотимические проявления, которые выступают на первый план по мере редукции ипохондрической симптоматики. Выраженность тревожного и гипотимического компонентов позволяют выделить следующие клинические типы ипохондрических расстройств: ипохондрическое расстройство без тимопатического компонента, гипотимическое ипохондрическое расстройство, тревожное ипохондрическое

расстройство, смешанное (тревожно-гипотимическое) ипохондрическое расстройство и выявить на этой основе определенные клиничко-динамические закономерности.

Особенности течения острых психотических расстройств, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 на примере двух клинических случаев

Широков П. Н.

ГБУЗ ПКБ 1 им. Н. А. Алексеева ДЗМ

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена значительной частотой развития острых психотических состояний на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19. Острые респираторные заболевания, вызванные вирусом SARS-CoV-2, приводят как к декомпенсации имеющихся психических заболеваний, так и к развитию экзогенно-органических расстройств у психопатологически неотягощенных пациентов. Распространенность тяжелых психотических расстройств, ассоциированных с новой коронавирусной инфекцией, требует тщательного изучения особенностей их течения и выработки единого клинического подхода к ведению пациентов с данной патологией.

Цель и задачи. Описание клинической картины острого психотического расстройства, ассоциированного с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и определение характерных особенностей течения данных расстройств на примере двух клинических случаев.

Материалы и методы. Клинический случай № 1: Пациентка Ш., 35 лет. Полиморфное шизофреноподобное психотическое расстройство в связи с коронавирусной инфекцией (F06.26); Анамнез не отягощен ни психической, ни тяжелой соматической патологией. Пациентка перенесла психотический эпизод, вызванный интоксикацией и высокой лихорадкой. Перенесенный психоз характеризуется атипичными чертами, в его структуре в разное время отмечались псевдогаллюцинации, элементы бреда инсценировки и гиперметаморфоза. Наблюдалась в стационаре ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева 16 дней. На фоне лечения галоперидолом, бипериденом, вальпроевой кислотой, промазином, умифеновира гидрохлоридом, цефтриаксоном и ривароксабаном в стандартных дозировках наступило значительное улучшение, купировалась продуктивная симптоматика, выровнялся фон настроения, нормализовался сон, сформировалась критика к перенесенному психозу. Психотические переживания частично

амнезировались. Пациентка была выписана под наблюдение психиатра и терапевта по месту жительства.

Клинический случай №2: Пациентка Б., 46 лет. Атипичный делирий в связи с полисегментарной пневмонией вирусного генеза (F05.86); Анамнез не отягощен ни психической, ни тяжелой соматической патологией. Перенесенный психоз имел черты, присущие как эндогенному (отмечались элементы неконгруэнтного аффекту бреда), так и экзогенного (возбуждение, поведение, соответствующее обманам восприятия) психическому расстройству. Обманы восприятия характеризовались признаками как псевдо-, так и истинных галлюцинаций. Наблюдалась в стационаре ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева 13 дней. На фоне лечения диазепамом, галоперидолом, оланзапином, тригексифенидилом, эноксипарином натрия, имидазолилэтанамидом пентандиовой кислоты в стандартных дозировках наступило значительное клиническое улучшение: купировалась галлюцинозно-бредовая симптоматика, упорядочилось поведение, сформировалась критика к перенесенному психозу. Пациентка выписана под наблюдение психиатра и терапевта по месту жительства.

Результаты и обсуждение. Острые психотические расстройства могут развиваться на фоне новой коронавирусной инфекции COVID-19 у пациентов, не имеющих сопутствующей психической и/или тяжелой соматической патологии.

Подобные расстройства имеют преимущественно экзогенно-органический характер, продуктивная симптоматика данных психозов относительно быстро подвергается обратному развитию.

Данные расстройства характеризуются полиморфизмом и атипичностью психотической симптоматики (сочетание истинных и псевдогаллюцинаций, элементы неконгруэнтного аффекту бреда, признаки нарушения сознания), что может вызывать трудности при диагностике и выборе рациональной тактики ведения данных пациентов.

Выводы. Не только научный, но и большой практический интерес представляет дальнейшее изучение нейротоксичности вируса SARS-CoV-2, а также патогенетических механизмов развития новой коронавирусной инфекции COVID-19. Это может способствовать выявлению факторов риска развития экзогенно-органических психозов и выработке наиболее рационального подхода к ведению данных патологий.

Так же представляется целесообразным дальнейшее динамическое наблюдение пациентов, перенесших подобные заболевания, с целью своевременного выявления и лечения возможной резидуальной симптоматики, а также предупреждения развития возможных повторных психотических расстройств.

Особенности речи у пациентов с эндогенными психозами

*Шишковская Т. И., Шляхова А. Н., Рязанская Г. М.,
Худякова М. С., Олейчик И. В.*

ФГБНУ НЦПЗ, НИУ ВШЭ

Актуальность. Дезорганизация мышления и речи – один из основных критериев диагностики шизофрении в DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). В фундаментальных работах классиков психиатрии подчеркивается диагностическая и прогностическая значимость этой категории симптомов (Jegónimo J., 2018). Развитие современной психиатрии диктует необходимость создания объективных методов регистрации расстройств мышления, применение которых было бы удобно для врачей-психиатров и клинических психологов в их практической деятельности (Смирнова Д. А. & Слоева Е. А., 2015). Перспективным методом, отвечающим данным требованиям, является автоматизированный анализ спонтанной речи (Mota N. V. et al. 2017).

Целью настоящего исследования было выявление лингвистических характеристик текста, специфичных для речи пациентов, страдающих эндогенными психозами.

Материалы и методы В исследовании принял участие 41 человек. В группу контроля вошли 21 участник (18 женщин, 3 мужчин, средний возраст – 24 года). В исследуемую группу вошли 15 пациентов (11 женщин и 4 мужчин средний возраст – 28.8 лет) с диагнозом «Шизофрения» (F20), из них у 3 человек психическое состояние определялось кататонно-бредовым синдромом, а у 12 человек – галлюцинаторно-параноидным синдромом. Кроме того, в данную группу были включены 5 человек с диагнозом «Шизоаффективное расстройство» (F25, далее по тексту – ШАР) (3 женщины и 2 мужчин, средний возраст – 25 лет), у которых психическое состояние определялось депрессивно-параноидным синдромом (3 человека) и маниакально-парафренным синдромом (2 человека). С целью исключения наличия расстройств шизофренического спектра у участников контрольной группы, им предлагалось пройти опросник SCL-90-R (Symptom Checklist-90 Revised) и очное интервью с психиатром. Общими для обеих групп критериями включения были: возраст от 18 до 45 лет, отсутствие в анамнезе данных об употреблении психоактивных веществ, соматических заболеваний в состоянии декомпенсации, Критериями включения в группу контроля служили: отсутствие в анамнезе данных о наблюдении у психиатра, отсутствие признаков расстройств шизофренического спектра

по результатам интервью и общий индекс выраженности симптомов менее 0,55 (согласно Киосевой Е.В., 2016) по SCL-90-R. Критерием включения в исследуемую группу служило соответствие исследуемых пациентов критериям диагноза «Шизофрения» и «Шизоаффективное расстройство» по МКБ-10. Все участники исследования дали информированное согласие на участие в нем. Оценка по шкале PANSS была проведена для участников как контрольной, так исследуемой групп. Образцы дискурса были получены в результате выполнения заданий трех типов: описание картинки (2 картинки, далее по тексту ОК1 и ОК2), описание последовательности действий по картинкам (процедурный дискурс, далее по тексту ПД), рассказ о запомнившемся подарке (личная история, далее по тексту ЛИ). Полученные тексты были аннотированы в программе ELAN. Статистический анализ проводился в программе R.

Результаты и обсуждение. По общему баллу PANSS между пациентами исследуемой группы с различными нозологиями значимых различий выявлено не было ($p = .51$), но больные, страдающие ШАР ($p < .001$) и шизофренией ($p < .001$) значимо отличались от контрольной группы. Значимых различий между пациентами, страдающими шизофренией и ШАР по лингвистическим показателям обнаружено не было. Поскольку распределение в группах было ненормальным, для сравнения использовался критерий Манна-Уиттни.

Использование местоимений 3 лица больше в контрольной группе по сравнению с пациентами с шизофренией (ОК1 $-U = 184.5$, $p = .011$; ПД $-U = 204.5$, $p < .001$) и ШАР (ОК1 $-U = 73$, $p = .007$; ПД $-U = 78$, $p = .001$). Использование местоимений 3 лица больше в контрольной группе по сравнению с пациентами с шизофренией (ЛИ $-U = 204.5$, $p < .001$), для ШАР значимых отличий не обнаружено. Что касается частей речи, по сравнению с контрольной группы использование междометий больше в группе пациентов с шизофренией (ОК2 $-U = 68$, $p = .008$), а использование прилагательных-числительных (ЛИ $-U = 109$, $p = .002$) и предлогов (ЛИ $-U = 139$, $p = .011$) – в контрольной группе. По сравнению с контрольной группой, больше семантических ошибок (ОК1 $-U = 72$, $p = .006$), больше грамматических ошибок (ОК2 $-U = 64$, $p = .008$) и так называемых «неслов» (ОК2 $-U = 48$, $p = .001$, ЛИ $-U = 56$, $p = .011$) у пациентов с шизофренией. Больше семантических ошибок (ОК1 $-U = 16$, $p = .001$), фонетико-семантических ошибок (ОК1 $-U = 16$, $p = .001$), «неслов» (ОК2 $-U = 24$, $p = .012$) у пациентов с ШАР по сравнению с группой условно-здоровых участников. Длительность заполненных пауз больше у пациентов с шизофренией (ЛИ $-U = 76$, $p = .014$) по сравнению с контрольной группой, для пациентов с ШАР значимых различий не выявлено. Количество незаполненных пауз больше в контрольной

группе и по сравнению с пациентами с шизофренией (ОК1 – U = 143.5, p < .001) и ШАР (ОК1 – U = 46, p = .015). Количество заполненных пауз больше в контрольной группе (ОК1 – U = 101.5, p = .008) по сравнению с пациентами, страдающими шизофренией, отличий от ШАР не обнаружено. Использование элементарных дискурсивных конструкций по сравнению с группой пациентов с шизофренией больше в контрольной группе по показателю «количество разных высказываний» (ПД – U = 162.5, p < .001, ОК2 – U = 167.5, p = .005) и по показателю «общее количество высказываний» (ПД – U = 148.5, p = .003, ОК2 – U = 165, p = .007). Общее количество используемых слов больше в контрольной группе (ОК1 – U = 181, p = .016, ПД – U = 163.5, p < .001, ЛИ – U = 139, p = .012, ОК2 – U = 164.5, p = 0.008) по сравнению с группой пациентов с шизофренией. Для ШАР отличий по сравнению с контрольной группой по последним двум пунктам выявлено не было.

Выводы. Согласно предварительным результатам исследования, автоматизированный анализ дискурса позволяет отличить текст пациентов, у которых наблюдались эндогенные психозы от текста условно здоровых участников контрольной группы, однако не позволяет дифференцировать друг от друга пациентов, страдающих шизофренией и шизоаффективным расстройством. Однако следует заметить, что в целом у пациентов с шизоаффективным расстройством меньшее количество показателей дают значимое отличие от контрольной группы, чем в группе пациентов с шизофренией.

ГБУЗ РНД № 1 МЗ РБ

Шмелькова Е. Н., Ахметова Э. А.

БГМУ

Актуальность. По статистике ВОЗ, 76,3 млн человек во всем мире страдают алкогольной зависимостью, что составляет 14 % населения планеты. При этом, одним из самых опасных моментов, является развитие синдрома отмены, который у 10 % пациентов сопровождается развитием алкогольного делирия (Kristin Salottolo et al, 2017), что в 4 % случаев может сопровождаться летальным исходом. Существует ряд исследований, которые указывают на роль патологической дисфункции мелатонинергической, дофаминергической и серотонинергической системы, ассоциированной с процессами алкогольного делирия. Некоторые исследования показывают молекулярную роль мелатонинергической, серотонинергической и дофаминергической систем на развитие алкогольного делирия у пациентов

с синдромом зависимости от алкоголя. На данный момент нет достаточных молекулярно-генетических исследований отдельных полиморфизмов мелатонинергической, серотонинергической и дофаминергической систем, доказывающих генетическую роль алкогольного делирия у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, что подчеркивает важность исследования в данной области. Цель. Изучить ассоциации полиморфизма генов мелатонинергической, серотонинергической и дофаминергической системы у пациентов с алкогольным делирием.

Задачи.

- Исследовать частоту возникновения алкогольного делирия у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.
- Проанализировать ассоциации генов мелатонинергической системы MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963) у пациентов с алкогольным делирием в анамнезе.
- Выявить ассоциации генов серотонинергической системы HTR2A (rs6313) у пациентов с алкогольным делирием в анамнезе.
- Исследовать ассоциации генов дофаминергической системы DRD2 (rs 1800497) у пациентов с алкогольным делирием в анамнезе.

Материалы и методы. В исследовании использовались молекулярно-генетический и статистический методы. Было включено 307 пациентов, проживающих на территории Республики Башкортостан, соответствующих критериям включения.

Проводился скрининг госпитализированных в Республиканский наркологический диспансер № 1 – г. Уфа и Республиканский наркологический диспансер № 2 – г. Стерлитамак. Проводился сбор анамнеза, психологическое исследование, собирались биоматериалы для исследования. Критерии включения: установленный диагноз (F10.2), период клинического наблюдения в наркологической службе больше года, подписанное информированное добровольное согласие, возраст не младше 18 и не старше 55 лет, не менее 7 дней с момента госпитализации. Критерии невключения: отказ от участия в исследовании, наличие на момент обследования синдрома отмены, пациент отвечает критериям диагностики зависимости от другого психоактивного вещества, исключая кофеин и табак, наличие причин, затрудняющих вербальный контакт, наличие коморбидной психической патологии (шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства, деменция, умственная отсталость с тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы). Наличие алкогольного психоза в анамнезе. Критерии исключения: выявление в процессе исследования критериев невключения, отказ в участии в исследовании после его начала. Использовались психометрические шкалы: AUDIT

(Alcohol Use Disorders Identification Test) – тест на определение зависимости от алкоголя (Bohn M. J., 1995); CIWA-Ar (Clinical Institute Withdrawal Assessment- Alcohol, revised scale) – шкала оценки состояния отмены алкоголя (Saitz, R et al., 1994) Молекулярно-генетические методы исследования. Экстракция ДНК проводилась набором «Рибо-ПРЕП» (Ампли-Сенс). Генотипирование по ОНВ генов MTNR1A (rs 34532313), MTNR1B (rs 10830963), HTR2A (rs6313), DRD2 (rs 1800497) проводили с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (RT-PCR) на амплификаторе RotorGene 6000 (Qiagen, Германия) с помощью набора реагент производства компании Синтол (Москва).

Методы статистической обработки данных представлены программой Statistic ver. 6.1 (Stat soft, США). Обработка данных молекулярно-генетического исследования производилась с использованием IBM SPSS 20.0.

Результаты и обсуждения. В результате нашего исследования было выявлено, что 39,1 % (123 пациента) отметили, что хотя бы однократно испытывали алкогольный делирий за период своей жизни. Для анализа ассоциации алкогольного делирия и полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), DRD2 (rs1800497) и HTR2A (rs6313), был проведен частотный анализ с применением критерия Хи-квадрат Пирсона. Было обнаружено, что у носителей генотипа С*/Т* гена HTR2A (rs6313) реже в анамнезе наблюдался алкогольный делирий по сравнению с носителями других генотипов ($p = 0,025$), что составило 45,4 % (54 пациента). При сравнении носительства полиморфных вариантов генов у носителей MTNR1A (rs34532313) и MTNR1B (rs10830963), встречаемость в анамнезе алкогольного делирия не отличалась. При сравнении носительства полиморфных вариантов генов DRD2 (rs1800497) у пациентов с алкогольным делирием, встречаемость в анамнезе алкогольного делирия не отличалась.

Вывод. Таким образом, в ходе проведенного исследования ассоциации алкогольного делирия у лиц с синдромом зависимости от алкоголя полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs 34532313), MTNR1B (rs 10830963), HTR2A (rs6313), DRD2 (rs 1800497), мы обнаружили возможные ассоциации между генотипом С*/Т* геном HTR2A (rs6313) и алкогольным делирием. Приведенные данные свидетельствуют о вкладе генетических факторов в риск развития алкогольного делирия у лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Предикторы терапевтического ответа на препараты палиперидона пролонгированного действия при параноидной шизофрении

Шумакова Е. А.

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева

Актуальность: Международный опыт применения пролонгированных форм антипсихотических препаратов в целом доказал их эффективность в отношении снижения выраженности психопатологической симптоматики как позитивной, так и негативной. Исследовано их позитивное влияние на углубление ремиссии, отсрочку рецидива [Любов Е.Г. 2017; Suzuki T. 2016; Kishimoto T. et al. 2013], снижение фармакорезистентности, улучшение социального функционирования [Verwaerts J. et al. 2014], снижение уровня смертности [Taipale H et al. 2018]. Однако, данные, полученные на основании рандомизированных клинических исследований не в полной мере отображают реальную клиническую ситуацию. Антипсихотическое действие препарата признается доказанным, а препарат – эффективным, если редукция симптомов по шкале PANSS составляет от 20 до 40 % [Баланина Т.Ю. 2010]. При этом, не всегда уточняется регистр симптомов, которые были редуцированы, процент выживших из исследований пациентов, уровень «плацебо-эффективности» и эквиваленты дозировок. В литературе нет однозначного мнения по поводу назначения палиперидона пальмитата при параноидной шизофрении: одни исследователи рекомендуют применять палиперидона пальмитат при первом психотическом эпизоде [Зайцева М.С. et al 2018; Kim et al. 2008] и длительности заболевания менее 5 лет [Emsley et al. 2008], другие сообщают о том, что вопрос назначения данного препарата на ранних этапах шизофрении остается спорным [Cynthia A. Bossie et al. 2011; McGorry and Group IEPAW, 2005; Schooler et al. 2005], т.к. более высокая чувствительность к побочным эффектам является существенным фактором риска ухудшения состояния, которое и происходит на ранних этапах хронического заболевания [Gilmer et al. 2004; Menzin et al. 2003; Coldham et al. 2002; Robinson et al. 1999]. Недостаточно освещены вопросы переносимости препарата.

Многоосевая диагностика и размерный подход, актуальные в настоящее время в психиатрии [Костюк Г.П. 1999; Кирпиченко А.А. 2012; Коцюбинский А.П. и соавт. 2013; DSM-V, 2013; Pletnikov M; Waddington J. 2015; Смулевич А.Б. 2017], выделение психопатологических структур и симптомокомплексов, специфичных для расстройств шизофренического спектра в зависимости от возраста манифестации [Schröder J. 1902;

Sommer M., 1910; Шахматов Н.Ф 1996; Цуцельковская М.Я. 1968; Кулакова Т.И 2005; Каледа В.Г 2007; Бомов П.О. 2007; Голубев С.А. 2010; Вдовенко А.М 2012], течения эндогенного процесса, коморбидных расстройств (органической резидуальной патологии [Баланина Т.Ю 2010], употребления ПАВ [Muesser K. T. et al., 1990; Пятницкая И.А.1994; Barrowclough S., Haddock G., 2007; Семинихин Д.Г 2015], соматической патологии [Hemmings G., 1981; Kogan L.M. et al., 1989; Жислин С.Г., 1965; Морозов В.Д.,2000; Brown S. et al., 2000]), полиморфизм в иерархиях таксономических структур шизофренического процесса [Пантелеева Г.П.1999; Смулевич А.Б. 2017] (аффективно-психотические, сенесто-ипохондрические, тревожно-депрессивные, дереализационно-деперсонализационные, апато-абулические и прочие симптомы комплекса), клинико-терапевтический патоморфоз, расширение спектра фармакологических препаратов обуславливают актуальность прицельного, фармакоориентированного подхода с выделением целевых симптомов, фармакоориентированного подхода к назначению препарата. Исследование терапевтической предикции с учетом клинико-психопатологической структуры расстройства, коморбидной патологии, социальных характеристик определяет актуальность данного исследования. В данной работе представлены промежуточные результаты исследования, сбор данных продолжается. Цель и задачи: Целью исследования явилось установление предикторов терапевтического ответа на препараты палиперидона пролонгированного действия у пациентов с параноидной шизофренией. Для выполнения поставленной цели были сформированы задачи: 1. Изучить клинико-социальные характеристики пациентов с установленным диагнозом «Параноидная шизофрения», получающих терапию пролонгированными препаратами палиперидона одно- и трехмесячного действия. 2. Провести многофакторный анализ пациентов на терапии палиперидона пальмитатом с формированием терапевтического критерия благоприятного ответа на фармакологический агент. 3. Сформировать предикторы благоприятного и неблагоприятного терапевтического ответа на препараты палиперидона пролонгированного действия у пациентов с параноидной шизофренией. Материалы и методы: Методом поперечного среза исследованы 46 пациентов с верифицированным диагнозом «Параноидная шизофрения» согласно МКБ-10, получающих терапию пролонгированными препаратами палиперидона пальмитата более 3 месяцев на базе ПНД г.Москвы. Исследование проводилось с применением клинико-катамнестического, клинико-психопатологического, психометрического, статистического методов. С целью многоаспектного анализа была разработана индивидуальная карта обследования, состоящая из 9 блоков и 79 переменных, включающая анамнестические данные и клинические характеристики, социальные факторы, объективные параметры медикаментозного лечения,

субъективное отношение пациента к психофармакотерапии, некоторые особенности внутренней картины болезни, показатели динамики клинико-психопатологического состояния на фоне терапии препаратами палиперидона, данные психометрических шкал (PANSS, ВОЗ-КЖ 100, PSP). Статистический анализ проводился на базе SPSS Statistics 27.0.1.0 путем дескриптивного и дисперсионного, корреляционного и факторного видов анализа.

Результаты и обсуждение. Распределение пациентов в исследуемой выборке по полу – 59 % мужчины и 41 % женщины, средний возраст респондентов $42 \pm 5,3$, $p < 0,05$, средняя длительность заболевания $14,2 \pm 7,1$ лет, среднее количество эскалаций в анамнезе $5,3 \pm 2,1$. 87 % (40 человек) находились на терапии палиперидона пальмитатом с интервалом введения в 28 дней, 13 % (6 человек) – на терапии палиперидона пальмитатом 3-месячного действия. Все пациенты исследуемой выборки получали амбулаторную психиатрическую помощь в ПНД г. Москвы. У 98 % (45 человек) больных давность последней госпитализации составляла более года, у 2 % (1 человек) – 3 месяца. Средний балл тяжести позитивной симптоматики по PANSS $17 \pm 4,2$, негативной – $13 \pm 3,7$, выраженности других психических нарушений по общей психопатологической шкале $37 \pm 5,1$, $p < 0,05$. Пациенты, ответ на терапию у которых характеризовался как благоприятный и сопровождался снижением композитного индекса PANSS, удовлетворенностью и увеличением приверженности к терапии, отсутствием обострений на фоне лечения палиперидона пальмитатом, повышением качества жизни составили 76 % (35 человек). Предикторами благоприятного терапевтического ответа в данной группе пациентов, согласно данным корреляционного анализа, выступали: мужской пол и возраст < 45 лет ($r = 0,375$, $p < 0,05$), женский пол, возраст ≥ 40 лет, давность последней госпитализации ≥ 2 лет, терапия рисперидоном в анамнезе ($r = 0,576$, $p < 0,05$). Благоприятный терапевтический ответ на терапию палиперидона пальмитатом пролонгированного действия обнаруживал положительные корреляционные связи с сопутствующей органической резидуальной патологией ($r = 0,467$, $p < 0,05$), употреблением ПАВ в анамнезе у мужчин ($r = 0,633$, $p < 0,05$), параноидным и галлюцинаторно-бредовым синдромом при обострении и отрицательные с маниакальными симптомами на этапе ремиссии ($r = -0,872$, $p < 0,05$), дезорганизацией мышления ($r = -0,552$, $p < 0,05$), давности госпитализации менее года ($r = -0,851$, $p < 0,05$). Выводы: Таким образом, предварительное исследование позволило описать некоторые предикторы и корреляты благоприятного терапевтического ответа у пациентов с параноидной шизофренией, находящихся на терапии препаратами палиперидона пролонгированного действия.

Психологические особенности самостигматизации у пациентов с психическими расстройствами невротического регистра

Шуенков Д. А.

*Федеральный научно-клинический центр реаниматологии
и реабилитологии (ФНКЦ РР)*

Актуальность. Стигматизация лиц с психическими расстройствами является широко известной проблемой. Определенные успехи были достигнуты в понимании аспектов стигматизации психических расстройств и процессов, посредством которых общественные стереотипы трансформируются в дискриминационное отношение (Corrigan & Watson, 2002). Тем не менее, этот культурный феномен остается весьма значимым. Пациенты воспринимают на свой счет негативные стереотипы о психических расстройствах, существующие в обществе как часть культуры. Для описания этого феномена Link (1997) ввел термин «самостигматизация». Она представляет собой совокупность реакций пациента на проявления психической болезни и статус психически больного в обществе (Михайлова И.И., 2005). Факторы, влияющие на формирование самостигматизации, включают коллективные представления, восприятие человеком легитимности стигмы и идентификацию себя с группой лиц, страдающих психическими расстройствами (Corrigan & Watson, 2002). Самостигматизация может иметь важные последствия: тенденции скрывать свое расстройство от других, а также одобрять негативные установки и убеждения относительно процесса терапии (Kanter et al., 2008). Самостигматизация сама по себе как реакция пациента на заболевание и статус в обществе (Link, 1997) может оказывать влияние на развитие паранойяльных тенденций личности и подозрительности к оценке окружающих. Феномен самостигматизации чаще всего изучается в контексте «большой психиатрии» у пациентов с различными психическими расстройствами (Антохин Е.Ю. с соавт., 2019; Гурович И.Я. с соавт., 2003; Серебрянская Л.Я., 2005 и др.), при этом имеется лишь ограниченное число исследований, посвященных особенностям интернализированной стигмы при расстройствах невротического регистра.

Цель и задачи. Оценить степень выраженности самостигматизации у пациентов с психическими расстройствами невротического уровня и определить взаимосвязь интернализированной стигмы с отдельными психологическими характеристиками.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты женского пола, проходящие лечение в отделениях невротозов психиатри-

ческой больницы г. Иваново (N = 85) в возрасте от 18 до 80 лет (Me = 56 [39; 64]). Среди обследуемых было 67,06 % пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4 по МКБ-10) и 32,94 % – с расстройствами органического генеза (органические непсихотические аффективные расстройства и т.п., группа F0 по МКБ-10). Для оценки самостигматизации использовался опросник ISMI – 9 (Hammer, J. H., & Toland, M. D., 2015), адаптированный для русскоязычного населения (Воронцова В.С. с соавт, 2019). Также использовались: методика GASP (измерение склонности к переживанию чувств вины и стыда), опросник социальной тревоги и социофобии (ОСТиСФ), шкала тревоги Спилбергера-Ханина, методика ТОБОЛ (тип отношения к болезни), опросник PhoPhiKat30, опросник стилей юмора Р. Мартина. Для статистической обработки использовался программный пакет STATISTICA v. 10. Были использованы непараметрические критерии: коэффициент ранговой корреляции Спирмена, критерий Краскела-Уоллиса, U критерий Манна-Уитни. Также были использованы анализ надежности (альфа Кронбаха), факторный анализ методом главных компонент (вращение результирующей нормированной матрицы методом Varimax).

Результаты и обсуждения. Анализ надежности шкалы самостигматизации по критерию α -Кронбаха показал удовлетворительную внутреннюю согласованность всех пунктов опросника ($\alpha = 0,78$). У 38,9 % пациентов было выявлено наличие самостигматизации, при этом у 25,9 % пациентов выявлялся низкий уровень самостигматизации, у 11,8 % – умеренный уровень, а у 1,2 % – выраженный уровень. При проведении факторного анализа методом главных компонент с включением всех переменных (Шуненков Д.А., Худяков А.В., 2021) обнаружилось, что самостигматизация входит в первый наиболее значимый фактор, объясняющий 22,9 % общей дисперсии данных с факторной нагрузкой 0,62. По всем группам получены ожидаемые связи самостигматизации с рядом параметров: она положительно связана с длительностью заболевания в годах ($r = 0,47$, $p < 0,001$) и общим числом госпитализаций ($r = 0,34$, $p = 0,002$), и отрицательно – с возрастом начала болезни ($r = -0,32$, $p = 0,004$), первого обращения к психиатрам ($r = -0,27$, $p = 0,012$) и первой госпитализации ($r = -0,28$, $p = 0,011$). Степень выраженности самостигматизации не различалась в зависимости от нозологической подгруппы (F0 vs. F4) ($U = 782,5$, $p = 0,888$), от уровня образования, места проживания, ведущего клинического синдрома, наследственности по психическим расстройствам, типа воспитания, семейного положения и состава семьи (кр. Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$). При анализе взаимосвязей обнаружилось, что самостигматизация тесно связана с уровнем социальной тревожности ($r = 0,42$,

$p < 0,001$), уровнем ситуативной ($r = 0,57$, $p < 0,001$) и личностной ($r = 0,51$, $p < 0,001$) тревожности. Самостигматизация негативно связана со шкалой стремления к исправлению положения в случае возникновения чувства вины ($r = -0,23$, $p = 0,03$), и положительно с шкалой «стыд – действия отказа» ($r = 0,32$, $p = 0,002$), что подтверждает дезадаптивную природу этого феномена: чем более выражена внутренняя стигма, тем менее вероятны действия, направленные на улучшение ситуации и более вероятно избегающее поведение. Самостигматизация связана со всеми типами отношения к болезни: отрицательно с гармоничным ($r = -0,22$, $p = 0,040$), эргопатическим ($r = -0,22$, $p = 0,035$) и анозогнозическим ($r = -0,49$, $p < 0,001$), и положительно с тревожным ($r = 0,53$, $p < 0,001$), ипохондрическим ($r = 0,44$, $p < 0,001$), неврастеническим ($r = 0,51$, $p < 0,001$), меланхолическим ($r = 0,51$, $p < 0,001$), апатическим ($r = 0,37$, $p < 0,001$), сенситивным ($r = 0,30$, $p = 0,005$), эгоцентрическим ($r = 0,44$, $p < 0,001$), паранойальным ($r = 0,35$, $p = 0,001$), и дисфорическим ($r = 0,54$, $p < 0,001$). Соответственно, пациенты с высокими значениями самостигматизации характеризуются дезадаптивными паттернами восприятия болезни. Обнаружились связи самостигматизации с феноменами, характеризующими отношение к юмору и смеху. Самостигматизация оказалась связана с уровнем гелотофобии у пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4): $r = 0,41$, $p = 0,002$. В группе пациентов с органическими непсихотическими расстройствами обнаружили положительные связи самостигматизации с гелотофилией ($r = 0,39$, $p = 0,043$) и катагеластизмом ($r = 0,48$, $p = 0,012$). Наличие связи самостигматизации и гелотофобии у пациентов с невротическими (F4) расстройствами можно объяснить большей сохранностью критических возможностей в данной подгруппе, что приводит к переживаниям по поводу отношения к ним общества. Положительные связи самостигматизации с гелотофилией и катагеластизмом могут говорить об использовании выставления себя в качестве объекта юмора и склонности высмеивать других в качестве совпадающих стратегий с нарастанием чувства интернализованной стигмы. Также самостигматизация отрицательно коррелирует с «позитивным» самоподдерживающим стилем юмора: ($r = -0,25$, $p = 0,02$) и положительно с «негативным» самоуничжительным стилем ($r = 0,22$, $p = 0,04$). Соответственно, лица с выраженной самостигматизацией менее склонны шутить, устанавливать и поддерживать отношения с помощью юмора и использовать юмор для совладания со стрессом или тяжелыми ситуациями. Связь же с самоуничжительным стилем свидетельствует об использовании защитного отрицания, что позволяет скрывать негативные эмоции и избегать рационального способа разрешения проблем.

Выводы. Самостигматизация довольно распространена среди пациентов с психическими расстройствами невротического регистра. Сопреженность данного феномена с рядом дезадаптивных психологических характеристик указывает на необходимость выявления самостигматизации в данной когорте пациентов и использования способов ее коррекции.

**Анализ случаев новой коронавирусной инфекции
среди пациентов госпиталя для лечения больных
с новой коронавирусной инфекцией COVID-19
ГКУЗ «УОКПБ им. В. А. Копосова»
за май – сентябрь 2020 года**

Щенетков П. В.

*Ульяновская область
УОКПБ им. В.А.Копосова*

Актуальность. 11 марта 2020 года ВОЗ объявила о пандемии COVID-19, весенний пик заболеваемости в 2020 году в России пришёлся на 11 мая, когда за сутки по стране было выявлено 11656 новых случаев заболевания. В ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» распоряжением министерства здравоохранения Ульяновской области №997-р от 21.05.2020, был открыт госпиталь для лечения больных с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Цель. Анализ случаев новой коронавирусной инфекции у лиц страдающих психическими расстройствами.

Методы. Клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, лабораторная диагностика, инструментальный, обработка статистических данных.

Результаты. Анализ произведен на основании выборки 91 случая лечения пациентов с психическими расстройствами с сопутствующим диагнозом: новая коронавирусная инфекция. Возраст пациентов от 29 до 92 лет. По гендерному признаку разделение произошло следующим образом 19 человек (21 %) пришлось на мужчин, 72 человека (79 %) на женщин. По нозологиям психических расстройств: шизофрения – 62 человека (68 %); органические расстройства – 23 (25 %); умственная отсталость – 6 (7 %). По тяжести течения сложились следующая картина: легкое течение – 72 человека (79 %); среднетяжелое и тяжелое течение 19 (21 %). По возрасту деление сложилось следующим образом: 57 человек (63 %) были младше 60 лет, 34 (37 %) старше 60 лет. Тяжесть инфекционного процесса отражает тенденции характерные для общей популяции лица

до 60 лет: легкое течение – 47 человек (82,5 %); среднетяжелое и тяжелое течение – 10 (17,5 %); лица старше 60 лет: легкое течение – 25 (73,5 %); среднетяжелое и тяжелое течение – 9 (26,5 %). По длительности пребывания в госпитале: до 16 дней – 15 человек (17 %); 16 – 18 дней – 42 (46 %); свыше 18 дней – 34 (37 %). При делении на возрастные группы данная структура отражает общие тенденции для течения коронавирусной инфекции: лица до 60 лет болели меньше по времени, из них до 16 дней болело – 12 человек (21 %), что на 4 % больше чем в общей выборке, от 16 до 18 дней болело – 28 человек (49 %), что на 3 % больше чем в общей выборке. Лица старше 60 лет в среднем болели дольше, и чаще их приходилось переводить в специализированные пульмонологические и инфекционные отделения: среди них до 16 дней болело – 3 человека (9 %), что на 8 % меньше чем в общей выборке, а перевод в специализированные учреждения был в 32 % случаев, что в свою очередь на 9 % больше чем в целом по данной выборке. Распределение по социальному статусу сложилось следующее: пенсионеры – 5 человек (5 %); БОМЖ – 2 (2 %); не работающие люди – 7 (7 %). Большая часть заболевших это инвалиды 77 человек (86 %). Изменения при рентгенографии органов грудной клетки: всего рентгенография проведена в 87 случаях, без изменений – 65 человек (74,7 %); пневмосклеротические изменения – 15 (17,2 %); признаки пневмонии – 5 (5,7 %); гидроторакс – 1 (1,2 %); эмфизема – 1 (1,2 %). Проводившееся лечение: противовирусные препараты получали – 85 человек (93,4 %); интерферон альфа-2b – 80 (88 %); жаропонижающие средства – 57 (62 %); антибиотики – 44 (48 %); витамины – 21 (23 %); прочая симптоматическая и патогенетическая терапия – 22 (24 %). Особенностью лечения людей с психическими расстройствами является необходимость приёма нейролептиков, многие из которых действуют угнетающе на дыхательный центр, в связи с этим приходится корректировать дозировки, заменять препараты, уменьшать а в отдельных случаях, когда позволяет психическое состояние, и полностью убирать специфическое лечение. Для лиц, участвующих в данном исследовании, применялись следующие схемы: дозировки оставались прежние, и коррекция не проводилась у 60 человек (66 %); препараты были полностью отменены у 16 человек (17,5 %). Это, как правило, связано с тяжестью состояния, когда на первый план выступали симптомы дыхательной недостаточности, пациенты становились соматически отягощёнными и психопродуктивная симптоматика дезактуализировалась. Клинические показатели: СОЭ повышалась у 38 пациентов (42 %); СРБ – у 8 (9 %); изменения в коагулограмме – 25 (27,5 %); изменения клеток крови – 26 (28,5 %). Исход: у 67 пациентов (73,6 %) заболевание закончилось выздоровлением, перевод в другие ЛПУ – 20 (22 %); на конец исследуемого периода продолжают болеть – 4 (4,4 %).

Выводы:

1. В целом течение новой коронавирусной инфекции у лиц с психическими расстройствами, имеет такую же картину, как и в целом в популяции. Дольше и тяжелее болеют лица старшего возраста, и страдающие сопутствующей патологией дыхательной и метаболической систем.

2. Коронавирусная инфекция у лиц с психическими расстройствами осложняется рядом факторов: сниженным иммунитетом у контингента психиатрических больниц; наличием, как правило, сопутствующих заболеваний, необходимостью приёма психотропных препаратов, часть из которых действует угнетающе на дыхательный центр, расстройствами ощущений и восприятия, что в свою очередь приводит к недооценке своего состояния. 3. Отмечаются сложности в организации карантинных мероприятий из за большой скученности лиц страдающих душевными расстройствами, и отсутствием отделения интенсивной терапии в условиях психиатрического стационара.

Исследование особенностей экзистенциальных переживаний специалистов сферы помощи пациентам клинического профиля

Щербакова А. М., Истомина Л. А.

*г. Москва
МГППУ*

Цель. Основная цель работы заключалась в проведении исследования для определения особенностей экзистенциальных переживаний специалистов сферы помощи пациентам клинического профиля и взаимосвязи показателей опросника «Шкала экзистенции» с восприятием базовых экзистенциальных категорий. В результате было определено, что экзистенциальная исполненность определенной группы специалистов коррелирует с спецификой переживания ряда экзистенциальных понятий.

Научная новизна. В литературе существует достаточно большое количество работ, посвященных вопросу психологических особенностей личности специалистов медицинской и коррекционно-реабилитационной практики. Подавляющая часть исследований рассматривают эмоционально-личностные феномены, в их числе: самопонимание, оптимизм, мотивационные аспекты, альтруизм, жизнестойкость и т. д. При этом в доступной нам специальной литературе мы не обнаружили исследований, посвященных изучению переживания экзистенциальной исполненности

специалистами, работающими в сфере помощи людям с ограниченными возможностями здоровья. В исследовании принимали участие 4 группы испытуемых: врачи-психиатры, психологи клинической практики, психологи – консультанты и контрольная группа. Возраст всех испытуемых составил от 28 до 35 лет.

Материалы и методы. В качестве диагностического материала применялись методики – «Шкала экзистенции» А. Лэнгле, К. Орглера в адаптированном варианте И. Н. Майниной, А. Ю. Васанова «Методика исследования Экзистенциальных понятий», разработанная профессором А.М. Щербаковой. Данная методика позволила выявить, какие коннотации для каждой группы испытуемых имели базовые экзистенциальные понятия Жизнь, Смерть, Здоровье, Болезнь.

Результаты и обсуждение. Результаты обработки данных демонстрируют, что средний показатель шкалы G в группе № 1 (врачи-психиатры) выше, чем средние показатели остальных групп: он составляет 210,5 баллов и попадает в область средних значений шкалы G (от 169 до 249; средний – 216). В группе № 2 (психологи /клиническая сфера) мы обнаруживаем среднее значение, составляющее 194,7 что также входит в средний показатель. В группе № 3 обнаруживается самый низкий средний показатель G – 188. Средний показатель в контрольной группе – № 4 составил 207 баллов, приближаясь к группе N 1 и, попадая также в область средних значений шкалы G. Сравнивая средние показания по всем субшкалам используемой методики, мы обнаружили, что наибольшее количество баллов по шкалам E, V, P набрала группа № 1. По остальным шкалам значения этой группы также приближаются к максимальным из всех групп. Следовательно, сравнительно высокий показатель Экзистенциальной исполненности данной группы обеспечен равномерно более высокими показателями по всем шкалам.

По субшкале SD, измеряющей способность создания внутреннего свободного пространства, мы получили данные, согласно которым группы № 1, № 2, № 3 и № 4 имеют средние показатели самодистанцирования. Ближе к нижним значениям расположены количественные показатели по группе 2 и 3 (30,8 и 30,6). Данный результат может говорить о не вполне сформированной способности представителей данных групп к ясному восприятию ситуации, возможных особенностях реагирования на стимулы и раздражители, связанных с излишне быстрой реакцией. Описанное положение дел можно объяснять относительной слабостью контроля внутреннего мира аффектов, неготовности отодвинуть свои желания, намерения и побуждения. На втором этапе исследования был проведен анализ экзистенциальных понятий Жизнь, Смерть, Болезнь, Здоровье. Полученные результаты продемонстрировали отчетливую специфику переживания экзистенциальных

категорий именно группой врачей. Представители данной группы переживают экзистенциальные категории Жизнь, Смерть, Болезнь, Здоровье более нейтрально, как в случае положительно, так и отрицательно заряженных значений, что отражено на графике. Так мы можем сделать предположение, что подобное обнаруженная экзистенциальная установка является частью механизма, выполняющего некую психологическую защиту, выработанную с целью сохранения внутреннего состояния от острых эмоциональных реакций. Возможно, с данным обстоятельством связанна специфика процессиональной задачи врача-психиатра – постановка диагноза, назначение медикаментозной терапии, ведущая роль в лечебном процессе. На завершающем этапе работы мы ставили задачу обнаружить связь общей экзистенциальной исполненности и содержания выбранных экзистенциальных понятий.

Проведенный корреляционный анализ Ч. Спирмена помог обнаружить следующие корреляции:

для шкалы «Общий показатель» (G) и показателя «Здоровье» $r = 0,289$ в группе врачей-психиатров;

для шкалы «Общий показатель» (G) и показателя «Смерть» $r = 0,374$ в группе психологов клинической практики;

для шкалы «Общий показатель» (G) и показателя «Болезнь» $r = 0,293$ в группе психологов-консультантов.

Проведенный корреляционный анализ показал, что подобная связь существует по ряду позиций (Приложение 2). С увеличением показателя положительного наполнения Здоровья возрастает показатель G в группе врачей-психиатров. Так как экзистенциальная исполненность представляет собой переживания субъективного благополучия, мы можем сделать вывод, что тем острее представитель данной группы переживает последнее, чем в более положительном, эмоционально позитивном ключе он видит Здоровье. У психологов клинической практики экзистенциальная исполненность коррелировала с положительной коннотацией понятия Смерть, то есть при тенденции не наполнять феномен смерти отрицательным содержанием увеличивался и уровень глубины переживания истинности жизни. Интересная связь проявилась в группе психологов-консультантов: с увеличением показателей по анализу понятия Болезнь у испытуемых снижается уровень экзистенциальной исполненности.

Выводы. Описанное исследование представляет собой попытку выявить специфику экзистенциальных проблем специалистов, работающих с пациентами клинического профиля, а также обнаружить связь уровня экзистенциальной исполненности и восприятия базовых экзистенциальных понятий Жизнь, Смерть, Болезнь, Здоровье. Полученные данные могут дать почву для предположения о том, что рассматриваемая группа специалистов имеет более высокую степень экзистенциальной исполненности. Согласно

концепции логотерапии, они ближе к своей природной сущности, имеют более развитое чувство бытия. Такие люди более глубоко осознают не только самих себя, но и других людей, а также окружающий мир. Такой человек априори предполагает, что его жизнь имеет смысл и у него есть силы преодолеть свой страх, свою тревогу и начинает жить согласно своему предположению. Для того чтобы не потерять опору, устоять в этом динамичном потоке и быть способной созидательно действовать, данная категория использует «экзистенциальное отношение» к данностям человеческого бытия. Источником подобного положения могут выступать следующие факторы. Работа именно в клинической области предполагает отважность, необходимость делать выбор, часто в неоднозначных ситуациях, за который нужно держать ответ. Врачи-психиатры и коллеги реабилитационного звена, являясь центральными фигурами в диагностическом и лечебном процессе. Специфика сферы предполагает не просто работу с человеком, но помощь группам лиц, особо, остро в этом нуждающимся. Данная категория специалистов, руководствуясь личностной стратегией, не полагаются на случай или везение, а прилагая для преодоления тех или иных обстоятельств свою активность берут на себя ответственность не только за свою судьбу, но и за судьбы людей, которым они призваны оказать помощь. Все обозначенные обстоятельства, по нашему мнению, приводят к тому, что специалисты клинической сферы не игнорируют экзистенциальную действительность – ощущают ценность своего призвания, что создает ощущение исполненности.

Типология и психопатологическая характеристика глоссалгического синдрома

Юзбашян П. Г., Романов Д. В.

г. Москва

Сеченовский Университет

Актуальность. Глоссалгия или синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) – расстройство, проявляющееся коэнестезиопатиями – патологическими ощущениями разнообразного характера в полости рта, которые могут сочетаться с изменениями вкуса, парестезиями, дизестезиями, ксеростомией. Согласно критериям международной ассоциации по изучению боли (IASP), для постановки диагноза «глоссалгия», проявления заболевания должны длиться не меньше 4–6 месяцев ежедневно, не менее двух часов в день. Ощущения могут быть локализованы на губах, деснах, языке, слизистой щек или охватывать всю полость рта.

В большинстве публикаций глоссалгический синдром рассматривается как соматизированное расстройство невротического уровня. При этом имеются единичные описания случаев глоссалгии, при которых симптоматика расстройства проявляется расстройствами более тяжелого, психотического регистра. Однако данные наблюдения являются казуистическими и не учитываются при психопатологической характеристике глоссалгического синдрома. Также за рамками анализа остаются случаи, при которых глоссалгия является расстройством, коморбидным дерматологическому заболеванию (например, безболевым формам красного плоского лишая слизистой рта). Соответственно, цель исследования – клиническая характеристика глоссалгии, направленная на разработку типологической дифференциации и определение нозологической принадлежности расстройства с учетом роли как психопатологических, так и дерматологических факторов.

Материалы и методы. Пациенты выборки были направлены на консультацию психиатра после детального дерматологического обследования (включавшего лабораторные методы – исследование патологической флоры, диагностическая биопсия), исключившего патологию слизистой, которая могла бы полностью объяснять коэнестезиопатии в полости рта. Было проведено клиническое обследование с синдромальной и нозологической квалификацией психопатологических феноменов. Оно дополнялось психометрическими методиками (шкала оценки боли ВРП; опросник соматизированных расстройств SOMS-2; шкала PHQ-4 для самооценки выраженности тревоги (GAD-2) и депрессии (PHQ-2); опросник расстройств личности SCID-II-PD).

Результаты. В выборку исследования вошли 50 больных глоссалгией (45 женщин и 5 мужчины, средний возраст – $56,6 \pm 16,6$ лет). В изученной выборке больных глоссалгией явно преобладает возрастная группа пациентов старше 55 лет (64 %), причем наибольшее количество пациентов находятся в промежутке от 56 до 65 лет. При анализе социо-демографических показателей обращает на себя внимание достаточно высокая адаптация больных. Большинство из них имеют высшее образование (56 %). Лишь 18 % оказались безработными вне связи с возрастом или имеющимся хроническим заболеванием. Согласно данным дерматологического обследования в большинстве наблюдений коэнестезиопатии на слизистой не сопровождаются высыпаниями – 39 наблюдений. В остальных 11 наблюдениях обнаруживаются высыпания, характерные для «безболевых» форм КПЛ (типичной, ретикулярной), которые, тем не менее, не могут объяснить природу и выраженность субъективных жалоб. Уровень интенсивности боли по десятибальной визуальной аналоговой шкале (ВРП) составил $8,0 \pm 2,2$ баллов (медиана 8 баллов), что соответствует высокой

интенсивности болевых ощущений. В выборке наблюдается высокий уровень соматизации (по шкале SOMS-II средний балл $29,0 \pm 6,2$, медиана 25). Позитивный скрининг на тревогу по шкале GAD-2 показали 56 % больных (28 наблюдений). Доля больных с надпороговым значением балла по шкале депрессии PHQ-2 оказалась сопоставима – 52 % (26 наблюдений). Согласно клинической оценке облигатной составляющей синдрома глоссалгии являются патологические телесные сенсации – коэнестезиопатии полости рта, выступающие в качестве базисного психопатологического феномена. Роль коэнестезиопатических феноменов в становлении психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова, интерпретируется в согласии с моделью психодерматологических синдромов (дерматозойный бред, ограниченная ипохондрия, импульсивные/компульсивные экскориации и пр.). Основное теоретическое положение модели бинарной структуры психической патологии может быть сформулировано следующим образом: в структуре обсуждаемых психопатологических образований наряду с ипохондрическими феноменами в качестве облигатной, «базисной» составляющей выступают коэнестезиопатии. Условное клиническое пространство, в котором располагается глоссалгия, представлено континуумом, на одном из полюсов которого доминирует психическая патология, а на другом – соматическая. То есть, с одной стороны – функциональные расстройства органно-невротического круга и патология психотического регистра (ипохондрия *sine materia*), а с другой – истинное дерматологическое заболевание – здесь КПЛ (ипохондрия *cum materia*).

В пределах этого континуума выделено три типа симптомокомплекса – состояния, включающие органно-невротический, соматопсихотический и дерматологический типы.

1) Органно-невротический тип (25 наблюдений, возраст $70,3 \pm 11,7$ лет, 23 женщины, длительность заболевания – $3,13 \pm 4,3$ года). Патологические сенсации в полости рта имеют характер истероалгий и телесных фантазий, локализованы исключительно на слизистой и варьируют по интенсивности в зависимости от субъективно значимых стрессоров. Ипохондрические нарушения представлены драматически окрашенными монопатофобиями (прежде всего, онкофобией). Согласно шкале SCID-II-PD, большинство больных преморбидно соответствовали РЛ драматического кластера: 16 набл. (64 %) – истерическое РЛ. В остальных случаях речь идет об истеро-паранойальном (3 набл. – 12 %), шизоидном с чертами зависимости (2 набл. – 8 %), тревожном РЛ (4 набл. – 16 %). Глоссалгия органно-невротического типа нозологически квалифицирована в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности.

2) Соматопсихотический тип (14 наблюдений, возраст $42 \pm 8,5$ лет, 6 женщин, длительность заболевания $2,6 \pm 5$ лет). В состоянии преобладает соматопсихическая растерянность с тревогой психотического уровня, угрозой собственному существованию, страхом смерти, убежденностью в наличии тяжёлой, неизлечимой болезни не только ротовой полости, но и внутренних органов. Наблюдается более широкий спектр коэнезезиопатий, склонных к генерализации. Согласно SCID-II большинство пациентов (9 набл.; 62,5 %) соответствуют шизотипическому РЛ. Также верифицировано паранойальное (3 набл.; 21,4 %) и шизоидное (2 набл.; 14,3 %) РЛ. Глоссалгия соматопсихотического типа нозологически квалифицирована в пределах заболеваний шизофренического спектра и соответствует критериям ипохондрической шизофрении (F20) – 8 набл., либо шизотипического расстройства – 6 набл. (F21).

3) Дерматологический тип (11 наблюдений, возраст $59,5 \pm 13,5$ лет, 9 женщин, длительность заболевания $4,3 \pm 6$ лет). Помимо ощущений в полости рта выявляются также объективные изменения слизистой, соответствующие диагнозу красный плоский лишай (КПЛ). Телесные сенсации, соответствующие телесным фантазиям и сенесталгиям (однако не достигающие степени выраженности аналогичных расстройств при синдроме *sine materia*) не соответствуют проекции высыпаний, персистируют после редукции сыпи и поддаются психофармакотерапии. Большинство пациентов (7 набл.; 63,6 %) соответствуют РЛ кластера С (избегающее, обсессивно-компульсивное); также верифицировано паранойальное (3 набл.; 27,3 %) и шизоидное (1 набл.; 9 %) РЛ. Глоссалгия *cum materia* нозологически квалифицирована в ряду ипохондрических реакций (расстройства приспособительных реакций – F43.23), формирующихся на поздних этапах траектории развития расстройств личности.

Выводы. Глоссалгия – локальный, ограниченный полостью рта синдром, однако фактически охватывает все условное клиническое пространство психосоматической патологии, на одном из полюсов которого доминируют психические заболевания, а на другом – дерматологические.



ТРЕВИКТА ПЛАН НА ПУТИ К РЕМИССИИ ВСЕГО ТРИ ШАГА

1



КСЕПЛИОН

Инъекционный пролонг 1 раз в месяц.
Контролируемый процесс лечения.
Длительная ремиссия. Улучшение
качества жизни пациента.



ТРЕВИКТА

**Инъекционный пролонг с уникальным
режимом дозирования 1 раз в 3 месяца.**
Финальная точка. Уверенное
возвращение к активной социальной
жизни.

Генеральный спонсор



ГЕДЕОН РИХТЕР

Официальный спонсор



Главный спонсор



Основано в 1994 году
МЕДИНТОРГ
акционерное общество

Grindex



РАФАРМА



НоваМедика

Спонсор



Технический провайдер

С O . F A C T O R