

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПСИХИАТРИЯ – ПРОЗА И ПОЭЗИЯ

МАТЕРИАЛЫ
РОССИЙСКОЙ НАУЧНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ



УДК 616.89

ББК 56.14

П 86

Психиатрия — проза и поэзия [Электронный ресурс]: материалы российской научной конференции; г. Ростов-на-Дону, 25 сентября 2021 г. /ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. — Ростов-на-Дону, 2021. — 212 с.

ISBN 978-5-7453-0554-2

Рецензент:

Ретюнский К.Ю., профессор, доктор медицинских наук, г. Екатеринбург

Статьи включались в сборник исключительно при положительном заключении рецензента.

Оглавление

РОЛЬ НЕЙРОСЕТИ САЛИЕНСА В РАЗВИТИИ НЕЙРОПСИХИЧЕСКИХ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ. <i>Анцыборов А. В., Дубатова И. В.</i>	7
ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ГРУППЫ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ, ОБРАТИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СПб ГКУЗ ЦВЛ «ДЕТСКАЯ-ПСИХИАТРИЯ» ИМ С. С. МНУХИНА В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ 2021 ГОДА, И ЕЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ. <i>Берёзкин Д. В., Кузовков А. В.</i>	15
СЕНЕКА КАК ПСИХОТЕРАПЕВТ. <i>Борохов А. Д.</i>	19
ЗНАЧЕНИЕ БИБЛИОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ. <i>Борохов А. Д.</i>	23
СУИЦИДАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ. <i>Булейко А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.</i>	26
ИГРЫ РАЗУМА И ТЕЛА В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНА. <i>Васянина Ю. Ш., Мальфина И. Ю., Северина О. С., Горбунова З. Х., Чернова А. А.</i>	32
ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. <i>Гильбурд О. А., Филоненко А. Э.</i>	37
ДВА РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, ОБОЗНАЧАЕМЫЕ ОДНИМ ТЕРМИНОМ «ПСИХОПАТИЯ». <i>Дацковский И. (В. М.)</i>	40
НАЗАД В БУДУЩЕЕ: ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ВУЗЕ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19. <i>Дубатова И. В., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.</i>	45
КРИТИЧЕСКАЯ ПРОЗА ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ (ОБНУБИЛЯЦИЯ, АСТЕНИЧЕСКАЯ СПУТАННОСТЬ): ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ. <i>Дубицкая Е. А., Носачев Г. Н.</i>	52
О РОСТЕ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАПРОСОМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛА. <i>Дьяченко А. В., Бухановская О. А., Перехов А. Я., Ковалев А. И.</i>	56
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОТКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ. <i>Дьяченко А. В., Бухановская О. А., Перехов А. Я., Ковалев А. И.</i>	60
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ПАТОЛОГИИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НАСЕЛЕНИЯ ВОЕННОГО РЕГИОНА. <i>Евтушенко Е. И., Титиевский С. В., Токарева А. С., Панченко Д. Р., Мусатова М. И., Лепшина Е. А.</i>	64

ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕТСКОГО СТРЕССА НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ. <i>Зинчук М. С., Кустов Г. В., Войнова Н. И., Попова С. Б., Пашнин Е. В., Позэ И. Б., Галкина И. В., Акжигитов Р. Г., Аведисова А. С.</i>	67
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ. <i>Искандарова Ж. М., Шарипова Ф. К.</i>	72
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19, НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН — ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ. <i>Качаева М. А., Харитоновна Н. К., Шпорт С. В., Семенова Н. Д., Рушаковская О. А., Васянина В. И., Шишкина О. А., Скибина Н. В., Назарова Л. Н.</i>	75
SELF-HARM: ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН? <i>Ковалев А. И., Шаповалова Л. В., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.</i>	78
ФЕНОМЕН «ANWESENHEIT»: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. <i>Крысенко П. Б.</i>	82
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРОСТАТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ. <i>Крючкова М. Н., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Лубянко И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А.</i>	89
СЛУЧАЙ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ НАДЪЯДЕРНОМ ПАРЛИЧЕ. НЕВРОЛОГИЯ/ПСИХИАТРИЯ. <i>Черникова И. В., Лубянко И. А., Хаджиева Х. И., Хебекирова С. А., Назарова В. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А.</i>	94
ПРЕДИСПОЗИЦИЯ К КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ. <i>Мавани Д. Ч., Карпова Е. В., Кашин А. А.</i>	102
СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ). <i>Никонова Н. В., Соловьева С. А., Кучеренко И. Н., Дубатова И. В.</i>	106
СКАЗАНИЯ О СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ: МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ С ПОЗИЦИИ ПСИХИАТРИИ. <i>Носачев Г. Н., Дубицкая Е. А.</i>	113
ФЭНТЕЗИ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОСТИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (НА ПРИМЕРЕ СТАТЬИ 132 УК РФ). <i>Носачев Г. Н., Семенов В. М.</i>	116
ПОЭТИКА ЭВОЛЮЦИИ ДУШИ: ОРГАНИЗМ — ПОВЕДЕНИЕ — ЛИЧНОСТЬ. <i>Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А., Киселева Ж. В.</i>	120
АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПАЦИЕНТОК ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ. <i>Нурходжаев С. Н., Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б.</i>	124

ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА. <i>Осадиший Ю. Ю., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В.</i>	128
ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА. <i>Осадиший Ю. Ю., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В.</i>	132
ПСИХИАТРИЯ И ЭВТАНАЗИЯ. <i>Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.</i>	136
ДЕПРЕССИЯ, СУИЦИД И АНТИДЕПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ. <i>Петрова Н. Н.</i>	140
РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ. <i>Порцева И. А., Уваров И. А., Бурт А. А.</i>	142
КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ. <i>Прокопович Г. А., Сивашова М. С., Пашковский В. Э.</i>	146
«ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА». <i>Рыбакова Т. В. Бубнов А. А.</i>	151
ПРОБЛЕМЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ. <i>Савин С. З., Солодкая Е. В., Чжоу Ююю</i>	156
ДИСТАНЦИОННОЕ ONLINE КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ. <i>Санников А. Н., Дубатова И. В.</i>	161
НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА. <i>Санников А. Н.</i>	165
СОЦИАЛИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО МИРА. <i>Сидоров А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.</i>	169
ФЕНОМЕН ТРАВЛИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ. <i>Сидоров А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.</i>	174
ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. <i>Соловьева С. А., Дубатова И. В., Кучеренко И. Н., Никонова Н. В.</i>	180
ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ. <i>Таджибаев У. А.</i>	187

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ — ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ. <i>Тараканова Е. А.</i>	191
САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ. <i>Ткаченко Н. В., Заика В. Г.</i>	194
МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ — ПОЛЕЗНЫЙ ИНСТРУМЕНТ СКРИНИНГА КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРКОМАНИЕЙ. <i>Хайрединова И. И., Ашуров З. Ш.</i>	197
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ПУТИ РЕШЕНИЯ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ. <i>Холодова Н. Б.</i>	202
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭПИЗОДИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ НА УРОВЕНЬ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ. <i>Худина Ю. С., Заика В. Г., Богма О. А., Бачурина О. В.</i>	207

РОЛЬ НЕЙРОСЕТИ САЛИЕНСА В РАЗВИТИИ НЕЙРОПСИХИЧЕСКИХ И НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Анцыборов А. В., Дубатова И. В.

г. Ростов-на-Дону.

Первые исследования нейробиологии салиенса и его роли в психических и психопатологических процессах головного мозга относятся к 80-м годам прошлого столетия и связаны с работами Koch C., Ullman S. (1987). В них речь шла об универсальном физиологическом феномене — способности различать или приоритезировать значимые стимулы от «фоновых» и «незначимых». В нейрофизиологическом смысле феномен салиенса лежит в основе функции внимания и играет важную роль в процессе обучения, поскольку позволяет организму сконцентрировать ограниченные перцептивные и когнитивные ресурсы на наиболее выделяющихся и заметных объектах или явлениях из всей поступающей сенсорной информации (Crick F., Koch C., 1990). С этого времени термин «салиенс» стал все чаще употребляться в работах, связанных с психологией, социологией, педагогикой. При последующем развитии науки и усовершенствовании методов нейровизуализации появились исследования по нейроанатомии и нейрофизиологии салиенса, сформировавшие, как таковую, теорию нейросети салиенса и обозначившие ее значение как при физиологических процессах головного мозга, так и при развитии различных нейродегенеративных и нейропсихических расстройств (Rees G., Kreiman G., Koch C., 2002; Corbetta M., Patel G., Shulman G. L., 2008). В отечественной литературе о салиенсе заговорили в последнее десятилетие в контексте роли дисрегуляции салиенса при шизофреническом процессе (Мосолов С. Н., 2010; Алфимов П. В., 2014).

Одной из главных функций нейросети салиенса является интеграция внешних стимулов наряду со способностью «выбирать» адаптивную модель поведения в соответствии с текущими целями. В норме нейросеть салиенса с готовностью реагирует на ситуации, требующие переоценки ценностей независимо от источника и типа вновь поступившей информации, подлежащей обработке. Дисфункция нейросети салиенса может способствовать развитию дефициту социальных контактов, аффективным нарушениям, снижению функции внимания и когнитивного контроля, что имеет важное значение при многих нервнопсихических и нейродегенеративных расстройствах (аутизм, психозы, различные виды слабоумия) (Toyomaki A., Murohashi H., 2013; Uddin L. Q., 2015). Нейросеть салиенса различна у каждого отдельного пациента. Предположительно, нейрональные сигналы в интрасети салиенса могут выступать в роли т. н. «мозговых биомаркеров», имеющих высокую диагностическую ценность. В частности, полученные от нейросети салиенса сигналы могут быть использованы для диагностики аутизма у пациентов с высокой степенью точности (Cummings K. K. et al., 2020). Другим заболеванием, которое часто может начинаться в молодом возрасте и продолжаться всю жизнь является шизофрения, характеризующаяся бредом, галлюцинациями и нарушениями аффекта [55,106,107]. Многие исследователи указывают, что решающая роль в возникновении продуктивных расстройств при шизофрении отводится дисфункции инсулы (островок Рейля) (Tseng H. H. et al., 2021; Lee S. K. et al., 2021). Недавние исследования свидетельствуют о том, что клю-

чевую роль в патофизиологии шизофрении играет нейросеть салиенса, а именно, двусторонние связи передней части инсулы и дорсальной части передней поясной извилины коры мозга (Palaniyappan L., White T. P., Liddle P. F., 2012; Orliac F. et al., 2013; Palaniyappan L. et al., 2021). У пациентов с шизофренией обнаружено достоверное уменьшение объема билатерального серого вещества коры инсулы (Han S. et al., 2020). Также у больных шизофренией наблюдается снижение активности инсулы во время выполнения задач, связанных с регуляцией эмоций (Tikász A. et al., 2020). Одна из гипотез патогенеза шизофрении заключается в том, что дисфункция инсулы приводит к снижению способности больных проводить различия между информацией, продуцируемой своим психическим «Я» и той, что поступает извне (McTeague L.M. et al., 2020). Имеются данные, согласно которым дисфункция островка Рейля в структуре нейросети салиенса может привести не только к симптомам психоза (бред, галлюцинации), но и к дефицитности психомоторных реакций и дезорганизации поведения (Limongi R. et al., 2020). Кроме дисфункции инсулы при шизофрении у пациентов с данным расстройством наблюдается уменьшение объема функциональных связей этой области головного мозга (Rössler J. et al., 2020). Структурные и функциональные нарушения в инсуле также наблюдались у субъектов с ультравысоким риском развития психоза, что указывает на то, что нейросеть салиенса может быть дисфункциональной даже до начала шизофрении (Zhang X. et al., 2020). Следует отметить, что все феноменологическое разнообразие клинических проявлений шизофрении трудно объяснить с позиций одной нозологической единицы. Между тем нейрональные механизмы психотических проявлений достаточно схожи. Согласно мотивационной модели салиенса, в норме здоровый мозг присвоение значимости тем или иным внешним событиям или стимулам опосредует через дофамин (McCutcheon R. A. et al., 2019). С позиций нейробиологии салиенса принято считать, что симптомы психоза возникают по причине нерегулируемого гипердофаминергического состояния головного мозга, при котором фазное усиление высвобождения дофамина отражает так называемую «ошибку предсказания», что связано с атрибутом «побудительного салиенса», который присваивается условным сигналам, связанным с вознаграждением (Zhang R., Volkow N. D., 2019). На нейробиологическом уровне шизофрения в течение многих лет характеризовалась как «нейрохимическое расстройство» с первичной патологией дофаминергической системы [124,125]. В 2003 году Капур предложил аберрантную теорию салиенса. Согласно его точке зрения, гиперфункция дофамина способствует аберрантному присвоению значимости внешним и внутренним факторам, которые в норме не считаются существенными или даже отсутствуют, что проявляется нарушением мотивационной модели салиенса («аберрантного салиенса») и может привести к развитию психоза (Kapur S., 2003; Howes O. D., Kapur S., 2009). В контексте объяснения возникновений продуктивных расстройств шизофренического спектра, основная идея сводится к тому, что формирование аберрантного распределения салиенса может вызвать продукцию бредовой симптоматики (по причине «когнитивных усилий», возникающих на фоне аберрантных салиентных событий) и галлюцинаторные нарушения (прямое влияние аберрантных акцентов внутренних репрезентаций (Kapur S., Mizrahi R., Li M., 2005). Этим же объясняются и многочисленные когнитивные расстройства при шизоф-

рении. При этом следует отметить, что когнитивные функции нарушаются неравномерно, в наибольшей мере страдают исполнительские функции, социальные контакты, отчасти затрагиваются внимание и речь. В настоящее время считается, что когнитивные нарушения могут формироваться еще до манифеста психоза и влиять на уровень функционирования и социальной адаптации больного на протяжении всего заболевания. Некоторые авторы высказывают гипотезу о том, что нейросеть салиенса может выступать в роли терапевтической мишени у пациентов с шизофренией (Miyata J., 2019). До настоящего времени многие исследователи считают дофаминергический дисбаланс и дисрегуляцию салиенса стержневым феноменом при шизофрении и даже предлагают сгруппировать расстройства шизофренического спектра в будущих классификациях в группу «синдромов дисрегуляции салиенса» (Bolton M. J. et al., 2020; Puledda F. et al., 2021). Однако не все проявления шизофрении могут быть объяснены с точки зрения нарушения в дофаминергической системе. В настоящее время признано, что при шизофрении кроме aberrантной дофаминергической нейротрансмиссии участвуют и другие нейрохимические пути, например, аномалии в глутаматергической нейротрансмиссии, нарушения антиоксидантной защиты. Наиболее вероятно, что нарушения в дофаминергической системе и глутаматергической системе при шизофрении цикличны и взаимосвязаны посредством сложных механизмов (Uno Y., Coyle J. T., 2019). Еще одна важная нейрохимическая теория шизофрении, которая очень актуальной в этом контексте является теория окислительного стресса, при котором наблюдается усиление свободнорадикального окисления и снижение функциональной активности антиоксидантной защиты. Результаты многих исследований демонстрируют, что окислительный стресс играет определенную роль в развитии шизофрении, хотя неясно, является ли это основной причиной (Дубатова И. В., 2000; Вилков Г. А., Дубатова И. В., Гончарова З. А., 2000). Вполне вероятно, что комплексное взаимодействие между этими процессами приводит к многочисленным дисфункциям нейромедиаторов. В целом, очевидно, что дисфункция одного нейрохимического пути не может ответить на все вопросы развития шизофрении. Модель aberrантного салиенса может являться моделью психоза, но не шизофрении как таковой. Доказательством этого служит тот факт, что медикаментозное лечение, связанное с действием на дофаминергический аппарат, не влияет на негативную симптоматику и когнитивные расстройства при шизофрении. Это обстоятельство также препятствует полному объяснению aberrантного салиенса только дофаминергическими нарушениями. В последующих исследованиях Howes O., Kapur S. (2009), используя aberrантную модель салиенса, пытались объяснить, как нарушение нейротрансмиссии дофамина может привести к развитию негативной симптоматики. Они предположили, что нарушения в дофаминергической нейротрансмиссии может привести к тому, что сигналы, связанные с вознаграждением стимулов, будут пропущены или «утоплены» и это отсутствие стимулирующей значимости может привести к ангедонии и социальному уходу от реальности. Тем не менее, авторы также признали, что «дофаминергические аномалии», по-видимому, в первую очередь относятся к психозу и, если бы были обследованы непсихотические формы шизофрении, то вероятно, что они не были бы связаны с дофаминергической регуляцией и при этих формах другие системы могли бы быть во-

влечены в развитие негативных симптомов и когнитивных нарушений при шизофрении.

Немаловажную роль в патогенезе развития шизофрении многие авторы отводят злоупотреблению психоактивными веществами (ПАВ). Данное сочетание встречается столь часто, что позволяет говорить о том, что некоторые ПАВ, в частности, фитоканнабиноиды, могут играть главенствующую роль в развитии манифестных форм психозов при шизофрении (Müller-Vahl K. R., Emrich H. M., 2008). Новые ПАВ, получившие название «дизайнерских», увеличивают риски развития манифестных шизофренических психозов в несколько раз. Многие исследователи высказывают предположение о возможной иницирующей роли употребления синтетических каннабиноидов при наличии генетической предрасположенности в развитии шизофрении (Müller H. et al., 2010; Дубатова И. В. и соавт., 2018). Достоверно более высокие риски манифестации шизофрении у потребителей синтетических каннабиноидов позволили некоторым исследователям называть подобные состояния- «спайсофрения» (Papanti D. et al., 2013).

В литературе по аддиктивной патологии терминологические сочетания «побудительный салиенс» («incentive salience») или «мотивационный салиенс» напрямую относятся к «желанию/стремлению» («wanting»), т. е. феноменам системы вознаграждения, которые сопровождают большинство аддикций и, как уже было отмечено выше, модулируются дофамином (Galandra C. et al., 2018). Согласно приведенному выше определению салиенса, данный термин, в случаях аддиктивной патологии подчеркивает семантический смысл «желания» (wanting), которое присваивается стимулу, предвосхищающему вознаграждение. Более того, мотивационный салиенс в данном контексте перестает быть простым сенсорным переживанием — это больше, чем простое гедонистическое «влечение» (liking), которое возникает при контакте с привлекательным стимулом, в данном случае он привлекает внимание и стимулирует поисковое поведение. Мотивационный салиенс характеризуется модуляцией вознаграждения на внешние стимулы. Мотивационная значимость вознаграждения является внешне контролируемым параметром. Вектор воспринимаемых значений различных исходов тех или иных поведенческих эпизодов определяет мотивацию организма к различным целям. Происходит присвоение значимости тем или иным событиям или стимулам. Параметры мотивации являются постоянными в пределах одного поведенческого эпизода. Мотивационный салиенс может рассматриваться как универсальный метод поведения индивидуума, идентифицирующий и фиксирующий изменения субъективных или объективных ценностей множественных вознаграждений (Seeley W. W., 2019). Этим, отчасти, объясняется «поисковое поведение» у зависимых лиц при встрече со стимулами, напоминающим об употреблении ПАВ. «Искушением» являются праздничные застолья, встречи с друзьями-потребителями ПАВ и даже, как ни странно, просмотр антиалкогольной и антинаркотической рекламы, где изображены предметы потребления (шприцы, бутылки и т. п.). Немаловажное значение в аддиктологии придается механизмам памяти, поддерживающих влечение к потреблению наркотиков (Zhang R., Volkow N. D., 2019). Этим, отчасти, объясняется «поисковое поведение» у зависимых лиц при встрече со стимулами, напоминающим об употреблении ПАВ. «Искушением» являются праздничные застолья, встречи с друзьями-потребителями ПАВ и даже, как ни странно, просмотр антиалкогольной и антинаркотической рекламы, где изображены предметы потре-

ния (шприцы, бутылки и т. п.). Дисфункция нейросети салиенса лежит и в основе поиска и приема наркотиков, что прослеживается в динамике развития аддиктивной патологии (Zilverstand A. et al., 2018). Результаты большого количества исследований подчеркивают важность процессов нарушений импульсного контроля и недостатка самосознания в механизмах осознанного принятия решений и выбора при аддиктивных расстройствах, что также может быть объяснено механизмами побудительного салиенса (Sevinc G., Gurvit H., Spreng R. N., 2017).

На более поздних этапах жизни психическое здоровье головного мозга также во многом зависит от целостности нейросети салиенса. Многие расстройства, возникающие в позднем возрасте, в частности, различные виды деменции при нейродегенеративных заболеваниях связаны с нарушением функции памяти. Функционирование нейросети салиенса оказывает влияние на процессы памяти и быстроту образования ассоциаций, при этом внешние события кодируются и впоследствии сохраняются в долговременной памяти. Метаанализ данных нейровизуализации доказывает, что структуры нейросети салиенса меняют свое функционирование по мере развития болезни Паркинсона, лобно-височной деменции, болезни Альцгеймера (Moguilner S. et al., 2021).

Таким образом, изучение нейросети салиенса ее функциональных взаимодействиях с другими крупными нейросетями головного мозга может стать ключом к пониманию многих психических процессов как в норме, так и при патологии ЦНС, расширить знания об адаптивных и дезадаптивных механизмах поведения человека, помочь в разработке методов лечения и профилактики нейропсихических и нейродегенеративных заболеваний. Изучение сложных взаимосвязей между функцией синтеза дофамина, процессами салиенса и нарушениями психических феноменов (когнитивных нарушений, нарушений памяти, эмоций, поведения) уже сейчас является темой исследований в области психических и поведенческих расстройств, старения и других функций головного мозга. Дисрегуляция работы нейросети салиенса и системы вознаграждения имеет место при шизофрении и лежит в основе развития аддиктивной патологии. Понимание структуры, механизмов формирования различных интрасетевых и межсетевых нарушений нейросети салиенса является важным шагом к мерам диагностики, лечения и профилактики нейропсихических и нейродегенеративных расстройств и возможности полноценного функционирования человеческого организма.

Список литературы

1. Алфимов П. В. Дофаминергический дисбаланс, дисрегуляция салиенса и система вознаграждения при шизофрении (Обзор материалов XXI конгресса Европейской психиатрической ассоциации)//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2014. — №. 4. — С. 92–99.
2. Вилков Г. А., Дубатова И. В., Гончарова З. А. Модель нейросенсibilизации, подтверждающая зависимость психического здоровья от состояния антиоксидантных систем/«Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний». Материалы юбилейной научной конференции с международным участием, посвященной 140-летию кафедры нервных и душевных болезней Военно-медицинской академии СПб, 2000. — С. 63.

3. Дубатова И.В. Взаимосвязь клинических форм эндогенных психозов с состоянием некоторых систем гомеостаза//Материалы XIII съезда психиатров РФ 10–13 октября 2000. — С. 357–358.
4. Дубатова И. В., Стоякин И. В., Карнаух К. А., Сафроненко А. В. Структурно-динамический анализ клинических проявлений и особенности терапии психотических расстройств у потребителей «дизайнерских» наркотиков. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 1 (98): 36–41. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1\(98\)-36-41](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-1(98)-36-41)
5. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов//Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. — 2010. — Т. 110. — №. 6. — С. 4–11.
6. Bolton M. J. et al. Initial evidence for increased weather salience in autism spectrum conditions//Weather, Climate, and Society. — 2020. —Vol. 12. — №. 2. —p. 293–307.
7. Corbetta M., Patel G., Shulman G. L. The reorienting system of the human brain: from environment to theory of mind//Neuron. — 2008. —Vol. 58. — №. 3. —p. 306–324.
8. Crick F., Koch C. Towards a neurobiological theory of consciousness//Seminars in the Neurosciences. — 1990. —Vol. 2. — №. 263–275. —p. 203.
9. Cummings K. K. et al. Sex Differences in Salience Network Connectivity and its Relationship to Sensory Over-Responsivity in Youth with Autism Spectrum Disorder//Autism Research. — 2020. —Vol. 13. — №. 9. —p. 1489–1500.
10. Galandra C. et al. Salience network structural integrity predicts executive impairment in alcohol use disorders//Scientific reports. — 2018. —Vol. 8. — №. 1. —p. 1–13.
11. Han S. et al. Dysconnectivity between the raphe nucleus and subcortical dopamine-related regions contributes altered salience network in schizophrenia//Schizophrenia research. — 2020. —Vol. 216. —p. 382–388.
12. Howes O. D., Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III — the final common pathway//Schizophrenia bulletin. — 2009. —Vol. 35. — №. 3. —p. 549–562.
13. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia//American Journal of Psychiatry. — 2003. —Vol. 160. — №. 1. —p. 13–23.
14. Kapur S., Mizrahi R., Li M. From dopamine to salience to psychosis — linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis//Schizophrenia research. — 2005. —Vol. 79. — №. 1. —p. 59–68.
15. Koch C., Ullman S. Shifts in selective visual attention: towards the underlying neural circuitry//Matters of intelligence. — Springer, Dordrecht, 1987. —p. 115–141.
16. Lee S. K. et al. The relationship between ambivalence, alexithymia, and salience network dysfunction in schizophrenia//Psychiatry Research: Neuroimaging. — 2021. —Vol. 310. —p. 111271
17. Limongi R. et al. Glutamate and disconnection in the salience network: neurochemical, effective connectivity, and computational evidence in schizophrenia//Biological psychiatry. — 2020. —Vol. 88. — №. 3. —p. 273–281.

18. McCutcheon R. A. et al. Mesolimbic dopamine function is related to salience network connectivity: an integrative positron emission tomography and magnetic resonance study//*Biological psychiatry*. — 2019. — Vol. 85. — №. 5. —p. 368–378.
19. McTeague L. M. et al. Identification of common neural circuit disruptions in emotional processing across psychiatric disorders//*American Journal of Psychiatry*. — 2020. — Vol. 177. — №. 5. —p. 411–421.
20. Miyata J. Toward integrated understanding of salience in psychosis//*Neurobiology of Disease*. — 2019. — Vol. 131. —p. 104414.
21. Moguilner S. et al. Dynamic brain fluctuations outperform connectivity measures and mirror pathophysiological profiles across dementia subtypes: a multicenter study//*Neuroimage*. — 2021. — Vol. 225. —p. 117522.
22. Müller-Vahl K. R., Emrich H. M. Cannabis and schizophrenia: towards a cannabinoid hypothesis of schizophrenia//*Expert Review of Neurotherapeutics*. — 2008. — Vol. 8. — №. 7. —p. 1037–1048.
23. Muller H., Sperling W., Kohrmann M., Huttner H. B., Kornhuber J., Maler J. M The synthetic cannabinoid Spice as a trigger for an acute exacerbation of cannabis induced recurrent psychotic episodes//*Schizophrenia research*. — 2010. — Vol. 118. — №. 1–3. —p. 309–310.
24. Orliac F. et al. Links among resting-state default-mode network, salience network, and symptomatology in schizophrenia//*Schizophrenia research*. — 2013. — Vol. 148. — №. 1–3. —p. 74–80
25. Palaniyappan L., White T. P., Liddle P. F. The concept of salience network dysfunction in schizophrenia: from neuroimaging observations to therapeutic opportunities//*Current topics in medicinal chemistry*. — 2012. — Vol. 12. — №. 21. —p. 2324–2338.
26. Palaniyappan L. et al. Cortical thickness and oscillatory phase resetting: a proposed mechanism of salience network dysfunction in schizophrenia//*Psychiatry*. — 2012. — Vol. 23. — №. 2. —p. 117–129.
27. Papanti D. et al. «Spicephrenia»: a systematic overview of «Spice» □related psychopathological issues and a case report//*Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. — 2013. — Vol. 28. — №. 4. —p. 379–389.
28. Puledda F. et al. Disrupted connectivity within visual, attentional and salience networks in the visual snow syndrome//*Human brain mapping*. — 2021. — Vol. 42. — №. 7. —p. 2032–2044.
29. Rees G., Kreiman G., Koch C. Neural correlates of consciousness in humans//*Nature Reviews Neuroscience*. — 2002. — Vol. 3. — №. 4. —p. 261–270.
30. Rössler J. et al. Dopamine-Induced Dysconnectivity Between Salience Network and Auditory Cortex in Subjects with Psychotic-like Experiences: A Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Study//*Schizophrenia bulletin*. — 2020. — Vol. 46. — №. 3. —p. 732–740.
31. Seeley W. W. The salience network: a neural system for perceiving and responding to homeostatic demands//*Journal of Neuroscience*. — 2019. — Vol. 39. — №. 50. — p. 9878–9882.
32. Sevinc G., Gurvit H., Spreng R. N. Salience network engagement with the detection of morally laden information//*Social cognitive and affective neuroscience*. — 2017. — Vol. 12. — №. 7. — p. 1118–1127.
33. Tikász A. et al. Violent behavior is associated with emotion salience network dysconnectivity in schizophrenia//*Frontiers in psychiatry*. — 2020. — Vol. 11. — p. 143.

34. Toyomaki A., Murohashi H. «Salience network» dysfunction hypothesis in autism spectrum disorders//Japanese Psychological Research. — 2013. –Vol. 55. — №. 2. –p. 175–185.
35. Tseng H.H. et al. Absence of negative associations of insular and medial frontal gray matter volume with dissociative symptoms in schizophrenia//Journal of Psychiatric Research. — 2021. –Vol. 138. –p. 485–491.
36. Uddin L.Q. Salience processing and insular cortical function and dysfunction//Nature reviews neuroscience. — 2015. –Vol. 16. — №. 1. –p. 55–61.
37. Uno Y., Coyle J.T. Glutamate hypothesis in schizophrenia//Psychiatry and clinical neurosciences. — 2019. –Vol. 73. — №. 5. –p. 204–215.
38. Zilverstand A. et al. Neuroimaging impaired response inhibition and salience attribution in human drug addiction: a systematic review//Neuron. — 2018. –Vol. 98. — №. 5. –p. 886–903.
39. Zhang R., Volkow N.D. Brain default-mode network dysfunction in addiction//Neuroimage. — 2019. –Vol. 200. –p. 313–331.
40. Zhang X. et al. Disrupted structural covariance network in first episode schizophrenia patients: Evidence from a large sample MRI-based morphometric study//Schizophrenia Research. — 2020. –Vol. 224. –p. 24–32.

**ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ ГРУППЫ ПОДРОСТКОВ С НЕСУИЦИДАЛЬНЫМИ
САМОПОВРЕЖДЕНИЯМИ, ОБРАТИВШИХСЯ В ОТДЕЛЕНИЕ МЕДИКО-
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ СПб ГКУЗ ЦВЛ «ДЕТСКАЯ-ПСИХИАТРИЯ» ИМ С. С. МНУХИНА
В ПЕВОЙ ПОЛОВИНЕ 2021 ГОДА, И ЕЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
ХАРАКТЕРИСТИКИ**

Берёзкин Д. В., Кузовков А. В.

г. Санкт-Петербург.

Несуицидальными самоповреждениями (НССП) являются широко распространенной формой девиантного поведения в среде современных подростков. По данным С. В. Давидовского и С. А. Игумнова среди подростков, проходящих стационарное психиатрическое лечение, НССП встречается от 30% до 82,4% случаев [1]. 18% населения развитых стран наносили себе НССП в подростковом возрасте [8]. Под НССП понимается преднамеренное, повторяющееся нанесение телесных повреждений без суицидальных намерений, с целью снижения психологического дискомфорта. Следует учитывать, что группы людей с НССП и суицидальным поведением могут взаимно перекрываться. Так у лиц, имеющих в анамнезе попытки самоубийства, могут наблюдаться НССП, или же наоборот [1].

У подростков первые проявления НССП наблюдаются в период между 12–14 годами, с 14–15 лет они резко возрастают и достигают максимума к 16–19 годам [1]. В отличие от суицидального поведения, которое чаще наблюдается у лиц мужского пола, НССП чаще встречается у женщин [2]. Согласно данным за 2015–2019 гг по Минской области Республики Беларусь области среди детей и подростков с НССП 85% составили девочки [1]. НССП распространены среди людей, имеющих психические расстройства, такие как посттравматическое стрессовое расстройство [1, 4], депрессивные расстройства [1, 5], обсессивно-компульсивное расстройство [1, 4], тревожное расстройство [1, 5], пограничное расстройство личности (ПЛР) [1, 7] и расстройство пищевого поведения [1, 6].

С. В. Давидовским с соавторами были выявлены клинические особенности, связанные с полом у лиц, совершивших суицидальную попытку и с НССП. У женщин с НССП преобладают расстройства адаптации с нарушениями эмоций и поведения, у женщин, совершивших суицидальную попытку, наблюдались более выраженные депрессивные проявления. Мужчинам с НССП и суицидальными попытками характерно злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ). У них наблюдались следующие психологические особенности: низкая подвижность, инертность нервных процессов, застревание на негативных событиях, эмоциональная лабильность, возбудимость, повышенная раздражительность, склонность к импульсивному реагированию в ситуации стресса, трудности выработки новых стратегий поведения [2].

В настоящей статье приводятся данные, полученные при работе с подростками с НССП, обратившихся за психотерапевтической помощью на отделение медико-социально-

психологической и психотерапевтической помощи СПб ГКУЗ Центра восстановительного лечения (ЦВЛ) «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина (Санкт-Петербург).

Цель статьи — описать группу подростков с НССП особенности с НССП, обратившихся в отделение МСП и ПП ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина в первой половине 2021 года, дать характеристику их психоэмоционального состояния, а также сформулировать дальнейшее направление клинико-психологических исследований этой группы детей.

Контингент и методы обследования. В настоящей статье были проанализированы сведения о 32 подростках обратившихся за психотерапевтической помощью в отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи Центра восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина в течение первой половины 2021 года. У всех подростков фиксировалось нанесение самопорезов на разные части тела, чаще на предплечья

По возрастам группа подростков распределилась следующим образом: дети 11–12 лет составили 6% (2 человека), подростки 13–14 лет — 9% (3 человека), 15 лет — 19% (6 человек), 16–17 лет — 66% (21 человек).

Среди подростков большинство было девочек — 75% (24 человека); мальчиков насчитывалось 25% (8 человек).

У подавляющего большинства подростков, 72% (23 ребенка) наблюдались невротические, связанные со стрессом расстройства [F 40–48]. У 62% детей (20 человек) фиксировались различные расстройства адаптации [F 43.2]: у 41% (13 человек) — смешанное расстройство эмоций и поведения, [F 43.25], у 9% детей (3 человека) — смешенная тревожная и депрессивная реакция, [F 43.22], у 6% (2 человека) — расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения [F 43.24], у 6% (2 человека) — пролонгированная депрессивная реакция [F 43,21]. У 6% подростков (2 человека) фиксировалось обсессивно- компульсивное расстройство преимущественно навязчивые мысли [F 42.0], у 3% (1 ребенок) наблюдалось паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) [F 41.0]. У 16% (5 детей) наблюдались смешанные расстройства поведения и эмоций детского возраста [F 92.0–8]. 3% детей (1 подросток) наблюдались хронические моторные тики или вокализмы. В группе встретились 6% подростков (2 человека) с синдромом Аспергера [F 84.5], 3% (1 ребенок) — с шизоаффективным расстройством депрессивного типа [F 25.1].

В работе применялись следующие подходы. Клинический метод, который включал в себя полуструктурированное интервью, направленное на выявление основных жалоб пациентов. Психодиагностические методы: шкала депрессии Зунга, методика выявления детской депрессии CDI. В некоторых мы располагали результатами детского патохарактерологического опросника ПДО.

Результаты. По результатам клинической беседы было установлено, что 100% детей имели семейную дезадаптацию: переживали хронический конфликт с родителями. У 71% детей были трудности в общении со сверстниками. 53% детей испытывали сложности в принятии себя как личности, переживали экзистенциальный кризис, связанный с поисками смысла жизни и профессиональной ориентации. 40% — страдали от учебной неуспешности. У 22% подрост-

ков наблюдались сложности во всех четырех перечисленных жизненных сферах (семья, общение со сверстниками, экзистенциальный кризис, обучение в школе). 47% высказывали жалобы, касающиеся трех из четырех, рассматриваемых сфер жизни. У 15% процентов детей оказались сложности в двух сферах, такой же процент был среди детей, указавших только сложности в семейных отношениях. То есть подавляющее большинство подростков данной группы, порядка 70% отмечали трудности адаптации в большинстве жизненных сфер.

У 20 детей из 32 тестировалось актуальное эмоциональное состояние по шкале самооценки и депрессии Зунга. Из этой группы у большинства подростков, 65%, была зафиксирована лёгкая невротическая депрессия, у 25% подростков депрессия не наблюдалась, 10% имели умеренное депрессивное состояние.

У 13 детей из этой группы были в наличии результаты, полученные при заполнении опросника детской депрессии (CDI) М. Ковач. Результаты по этим методикам у подростков различались. У 85%, прошедших тестирование опросником CDI, наблюдалось значительное снижение настроения, они попадали в группу риска по совершению суицида. У оставшихся 15% детей фиксировалось существенное снижение настроения. Согласно этой методике наиболее острые негативные переживания связаны с межличностными проблемами и низкой самооценкой, идентификацией себя с ролью «плохого», «агрессивного» (шкала В в CDI). У 100% подростков наблюдалось значительное повышение значений

Четырем подросткам проводилась психодиагностика характера с помощью Патохарактерологического диагностического опросника (ПДО). У каждого из подростков были диагностированы различные типы акцентуаций характера. При чем у трех из них наблюдались дискордантные акцентуации. У двоих преобладали истероидные черты, при чем в первом случае они сочетались с шизоидными, эпилептоидными и гипертимными чертами, во втором — с сенситивными и с психастеническими. В третьем случае наблюдалось шизоидная акцентуация в сочетании с истероидными и лабильными чертами. И лишь в четвертом случае была зафиксирована сенситивная акцентуация без каких либо сочетаний.

Заключение. Возрастные и половые особенности группы подростков с НССП, сформированной в процессе работы отделения МСП и ПП ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина в Санкт-Петербурге, в целом не отличаются от данных, приводимых в научной литературе, полученных на выборках в других регионах и странах ближнего зарубежья [1, 3]. Так наибольшая активность НССП у детей рассматриваемой группы наблюдается в старшем подростковом возрасте, при этом в редких случаях она может наблюдаться и в возрасте 11–12. У данной поведенческой девиации прослеживается выраженная половая специфика. НССП встречаются значительно чаще у девочек-подростков, чем у мальчиков. В группе подростков, как и в группе взрослых с НССП, наиболее частыми психическими расстройствами являются различные расстройства адаптации.

У подавляющего большинства подростков с НССП наблюдаются нарушения адаптации в большинстве жизненных сфер: семья, обучение, общение со сверстниками, экзистенциальные проблемы. Наиболее остро они переживают сложности в семейных отношениях. Наши ре-

зультаты согласуются с ранее опубликованными данными, полученными при анализе группы детей с суицидальным и парасуицидальным поведением Республики Беларусь [3].

Различия результатов по шкале депрессии Зунга и опросника детской депрессии CDI вероятнее всего связаны с тем, что они касаются разных аспектов депрессивных состояний. CDI направлена на изучение социального функционирования, эффективности учебной деятельности, самооценки, тогда как вопросы методики Зунга связаны в основном с оценкой общего состояния. В связи с этим следует предположить, что подросткам с НССП испытывают сложности в понимании своего состояния и эмоций.

К сожалению, мы не располагали большим количеством результатов опросника ПДО, но на основании тех данных, которые были в наличии, можно говорить о том, что для подростков с НССП характерно наличие выраженных акцентуаций характера. В большинстве случаев наблюдалось дискордантные сочетания характерологических черт, например, истероидно-шизоидных, истероидно-сенситивных. Для дальнейших исследований детей и подростков с НССП необходимо расширение выборки, а также подбор адекватных методов математической обработки результатов. Разделение группы по возрастам, выделение группы старших подростков с НССП для исследования характерологических особенностей.

Литература:

1. Давидовский С. В., Игумнов С. А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения//Суицидология. 2020. № 11 (3). С. 33–43.
2. Давидовский С. В., Ибрагимова Ж. А., Игумнов С. А., Костюк Д. Д., Мещеряков Ю. В., Стефанян А. Л. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь)//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 3 (108). С. 102–113.
3. Пятницкая И. В., Короткевич Т. В., Игумнов С. А. Анализ суицидального и парасуицидального поведения детского населения Республики Беларусь за 2009–2011 годы//Психиатрия и психотерапия, клиническая психология. 2012. № 2 (08). С. 76–83.
4. Bolognini M., Plancherel B., Laget J., Stephan P., Halfon O. Adolescents' self-mutilation — relationship with dependent behavior//Swiss J. Psychol. 2003. N 62. PP. 241–249.
5. Darche M. A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. Psychiatr. Hosp. 1990. N 21. PP 31–35.
6. Iannaccone M., Cella S., Manzi S., Visconti L., Manzi F., Cotrufo P. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders — preliminary results//Eat. Disord. 2013. N 21. PP. 130–139.
7. Klonsky E. D., Oltmanns T. F., Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates//Am. J. Psychiatry. 2003. N 160. PP 1501–1508.
8. Muehlenkamp J. J., Claes L., Havertape L., Plener P. L. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm//Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health. 2012. N 6. PP. 1–9.

СЕНЕКА КАК ПСИХОТЕРАПЕВТ

*Многопрофильный госпиталь «Герцог»,
кафедра психиатрии медицинского факультета Иерусалимского Университета, Израиль.*

Борохов А.Д.

г. Иерусалим.

Задолго до Авиценны, Луций Анней Сенека, древнеримский философ и наставник императора Нерона, понял смысл СЛОВА. Слово исцеляет и слово убивает... (3)

В древнееврейском языке само понятие «слово» означает ни только звук, построенный на определённом сочетании гласных и согласных и наполненный определённым смыслом, но и также имеет и материальную сущность как предмет или вещь!

Итак, откроем его «Нравственные письма к Луцилию» (1) и посмотрим, чем сегодня они нам смогу помочь! Его эпистолярный роман с поучениями не случайно начинается с письма о ценности времени...

Письмо I (1)

О ВРЕМЕНИ (курсив, комментарии и заголовок письма от автора)

Отвоюй себя для себя самого, береги и копи время, которое прежде у тебя отнимали или крали, которое зря проходило. Часть времени у нас отбирают силой, часть похищают, часть утекает впустую. Но позорнее всех потеря по нашей собственной небрежности, ведь наибольшую часть жизни тратим мы на дурные дела, немалую – на безделье, и всю жизнь – не на те дела, что нужно.

Очень важный фрагмент, говорящий о пользе структурирования времени. Достаточно вспомнить гениальную Шварцевскую «Сказку о потерянном времени». Как правило, в возрасте 40-50 лет, будучи зрелыми и самостоятельными людьми, мы с ужасом и с сожалением рассматриваем прошлые годы и часто повторяем: «Ах, если бы можно было бы все изменить! Сколько времени потрачено впустую...»

Удержишь в руках сегодняшней день – меньше будешь зависеть от завтрашнего. Не то, пока будешь откладывать, вся жизнь и промчится. Все у нас чужое, одно лишь время наше.

Считается, что своевременное планирование ни только признак успешного бизнесмена, но и человека, который сводит к минимуму уровень своих тревог, путем ранжирования текущих задач и их решения.

Смертные же глупы: получив что-нибудь ничтожное, дешевое и наверняка легко возместимое, они позволяют предъявлять себе счет; а вот те, кому уделили время, не считают себя должниками, хотя единственно времени и не возвратит даже знающий благодарностью, не беден тот, кому довольно и самого малого остатка.

Кто-то очень остроумно сказал, что стоимость вещи определяется не ее реальной ценой, а тем, какое количество собственной жизни мы готовы потратить на то, чтобы вла-

деть этим предметом.

Ведь, что получается: нам кажется бесконечно долгим или ненужным получение определенного знания, допустим изучения иностранного языка или занятия музыкой, но мы охотно это же время потратим на то, чтобы заработать на машину, более престижной марки... И потом сами себе удивляемся, ведь получили, то что хотели, а на деле: «Это как фальшивые елочные игрушки. Такие же как настоящие... но не радуют».

Вспоминаются строки из поэтических наставлений «Слова-Алмазы» известного восточного поэта Абулькасима Фирдоуси (2):

Знай, цену предмет обретает любой,

Лишь радуя взор человека собой...

Радость человеческого общения, то есть времени которое мы дарим другим и которое дарят нам, вот истинная ценность бытия. Все остальные материальные блага могут быть отняты человеком, временем и судьбой...

Итак, где и как мы можем применить полученные советы о римского мудреца? Прежде всего, когда мы занимаемся когнитивно-поведенческой терапией и пытаемся создать новые более эффективные модели поведения. Так же, если мы имеем дело с кризисом среднего возраста, проблемой хронической усталости или синдромом профессионального «выгорания». Не смотря, что все три указанные причины разнятся между собой, их объединяет чувство неудовлетворенности собой. Путём переструктурирования времени, мы можем придать больший смысл нашей работе, путем более полезного распределения времени. В случае лечения депрессии, мы даем пациенту дополнительный ключ к здоровью. Путем легитимации того, что он может тратить время по своему усмотрению, мы косвенно повышаем его мотивацию.

Письмо II (1)

О ПОСТОЯНСТВЕ И ПОТРЕБНОСТЯХ

Метания – признак больной души

Ничто так сильно как тревога не разъедает душу. Человек, терзаемый сомнениями, не может найти покоя и удовлетворения ни в чем. Он не стабилен, уместно вспомнить поэтическое сравнение: «К камням лавин не липнет мох...»

Безусловно, необходимо трезво рассчитать свои силы, но не имея достаточных данных или фактов, вместо этого мы прибегаем к таким механизмам защиты как максимализация (рассматриваем проблему под увеличительным стеклом), демонизация (приписывание самых мрачных сценариев событиям) «перепрыгивание» (не имея достаточных фактов немедленно переходим к выводам)

Ничто так не вредит здоровью, как частая смена лекарств. Не зарубцуется рана, если пробовать на ней разные снадобья.

Уместно вспомнить это и о фармацевтических препаратах, когда больной не получив в достаточной дозе антидепрессант, тот час же переводится на другой препарат или же не дождавшись действия одного нейролептика, пациенту параллельно назначают еще один...

Даже самое полезное не приносит пользы на лету. Каждый день запасай что-нибудь против бедности, против смерти, против всякой другой напасти. Беден не тот, у кого мало что есть, а тот, кто хочет иметь больше. Каков предел богатства? Низший – иметь необходимое, высший – иметь столько, сколько с тебя довольно.

Сенека придерживается принципа разумной достаточности. Именно этот принцип и позволит избавиться от чувства собственной неполноценности, не позволит испытывать зависть к чужим успехам и богатству, и тем самым уберет ту почву, которая питает нашу тревогу.

Письмо III (1)

О ДРУЖБЕ И ДУШЕ

Если ты кого-нибудь считаешь другом и при этом не веришь ему, как самому себе, значит, ты заблуждаешься и не ведаешь, что есть истинная дружба. Во всем старайся разобрататься вместе с другом, но прежде разберись в нем самом. Подружившись, доверяй, суди же до того, как подружился.

Многие проблемы в детско-подростковом возрасте связаны с понятием «дружбы», потом все это мы несем во взрослую жизнь. Выбор друга, выбор спутника жизни – являются краеугольными в человеческой судьбе. Достаточно вспомнить, что каждый из нас хотя бы раз в жизни ощущал себя преданным, тем, кого он считал близким человеком. А может ошибка была в идеализации этого человека и приписывания ему тех качеств, которыми он на самом деле не обладает!

Живи так, чтобы и себе самому не приходилось признаваться в чем-нибудь, чего нельзя доверить даже врагу. но раз есть вещи, которые принято держать в тайне, делись лишь с другом всеми заботами, всеми мыслями. Будешь считать его верным – верным и сделаешь.

Доверие почти всегда окрыляет. Это один из принципов позитивного мышления, например фраза сказанная человеку, неуверенному в своих силах: « Я уверен, что именно ты сможешь справиться с этой проблемой!»

Все должно сочетаться: и любителю покоя нужно действовать, и деятельному – побыть в покое. Спроси совета у природы: она скажет тебе, что создала и день и ночь.

Разумное чередование труда и отдыха может предотвратить не только появление синдрома «выгорания» или синдрома хронической усталости, но и преждевременную «поломку» нашего организма.

Письмо IV (1)

О СМЕРТИ, СТРАХАХ И СМЫСЛЕ ЖИЗНИ

Сделай шаг вперед – и ты поймешь, что многое не так страшно как раз потому, что больше всего пугает. Никакое зло не велико, если оно последнее. Пришла к тебе смерть? Она была бы страшна, если бы могла оставаться с тобою, она же или не явится, или ско-

ро будет позади, никак не иначе.

Многие психические состояния особенно, такие как тревожные расстройства, психосоматические заболевания имеют в своей структуре такой симптом как страх пред смертью. Он может быть выражен как напрямую, так и косвенным путем. Например, боязнь принимать приписываемый препарат, обосновывая свой отказ возможными побочными эффектами, которые в свою очередь приведут к необратимым последствиям, а затем и к самой смерти.

Но разве ты не видишь, по каким ничтожным причинам от нее с презрением отказываются? Один повесился перед дверью любовницы, другой бросился с крыши, чтобы не слышать больше, как бушует хозяин, третий, пустившись в бега, вонзил себе клинок в живот, только чтобы его не вернули. Так неужели, по-твоему, добродетели не под силу то, что делает чрезмерный страх? Во истину великие слова, ведь большинство суицидентов, оставшихся в живых и не имевших каких-либо корыстных или мстительных мотивов, потом как правило говорят о суициде как «о глупом поступке»!

Да, практически каждый из нас за свою жизнь хотя бы раз задумывается о суициде. Но это не делает человека душевнобольным! Просто проблема, с которой он столкнулся, кажется ему неразрешимой и фатальной, но стоит ему предложить «на холодную голову» эту же проблему, как он сможет найти альтернативное решение «добровольному уходу из жизни»!

Никакое благо не принесет радости обладателю, если он в душе не готов его утратить, и всего безболезненной утратить то, о чем невозможно жалеть, утратив. Знаешь ты, какие границы ставит нам этот закон природы? Не терпеть ни жажды, ни голода, ни холода. А чтобы прогнать голод и жажду, тебе нет нужды обивать надменные пороги, терпеть хмурую спесь или оскорбительную приветливость, нет нужды пытаться счастье в море или идти следом за войском. То, чего требует природа, доступно и достижимо, потеем мы лишь ради избытка.

То, чего с нас довольно, у нас под рукой. Кому и в бедности хорошо, тот богат. *Жизнь, к сожалению, это цепь потерь ... и они неизбежны. Как и выражение : «Неизбежны две вещи: смерть и налоги.»*

Так вот, потери –это налоги, которые накладывает на нас жизнь. Тем дольше наша жизнь, тем больше вероятность потерь.

От нас зависит как мы ее проживет...

Список литературы:

1. Сенека Л.А. Нравственные письма к Луцилию. Эксмо-пресс. 2017. 256 стр.
2. Абулькасима Фирдоуси. Слова-алмазы. Ташкент. 1971. 64 стр.
3. Scogin, F, Jamison, C, Davis, N. Two-year follow-up of bibliotherapy for depression in older adults. J Consult Clin Psychol 1990; 58:665–667 pp.

ЗНАЧЕНИЕ БИБЛИОТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

(Опыт клинического наблюдения)

*Многопрофильный госпиталь «Герцог», кафедра психиатрии медицинского факультета
Иерусалимского Университета, Израиль.*

Борохов А.Д.

г. Иерусалим.

Использование библиотерапии в клинической практике может существенно помочь как в индивидуальном подходе к пациенту, так и в качестве групповой терапии при выборе оптимального метода или направления нелекарственной коррекции. (3, 4)

Процесс чтения книг как дополнительный психотерапевтический инструмент может быть использован не только в амбулаторной практике психиатром, но и в условиях стационара, когда пребывание пациента может растянуться на длительный срок, вовлечение среднего медперсонала в психотерапевтический процесс является важной частью общего лечебного процесса. Более того, оно не только укрепляет и делает глубже взаимопонимание между персоналом и пациентами, но и придает большую значимость его работе, поднимает индивидуальную самооценку, а главное превращает рутинную работу медсестры в творчески осознанный процесс. Цель нашей работы была в том, чтобы среди сотен хороших книг разных жанров, выбрать те, которые заставляют человека задуматься над сюжетом и действиями героев. А главное, ни только сравнить сюжет со своим жизненным опытом, но и ещё услышать мнения тех, кто так же страдает от определенных проблем

Мы считаем рациональным использовать параллельно и различные виды арт-терапии, психодраму Морено, музыкотерапию, терапию творческим самовыражением Бурно М. Е. (1,2) Среди них: игра на музыкальном инструменте, стихосложение, рисование, моделирование, кулинария и т. д. Таким образом происходит канализация и дальнейшее сублимирование отрицательных эмоций через различные виды искусства, путем формирования и реализации индивидуального творческого начала личности.

Библиотерапия эффективна во многих случаях, не только когда нужно воздействовать на личность больного, но и как « отвлекающая терапия», помогающая отвлечься от тяжелых переживаний, пересмотреть травмирующую ситуацию через призму сюжета книги и поведения героев, с дальнейшей возможностью моделирования альтернативных решений и подходов к конкретной проблеме. На практике, наиболее эффективен оказался вариант библиотерапии с последующей письменной рецензией на прочитанную книгу или ее обсуждение как индивидуально с психотерапевтом, так и в группе. К сожалению, при длительных госпитализациях пациентов, роль библиотерапии как доступного и надежного инструмента, явно недооценивается. Как правило, в так называемых «больничных библиотеках» нет специализированного подбора книг. Поэтому, одни пациенты отказывались читать, по причине «несоответствия сюжета реальной сегодняшней жизни», у других это вызывало раздражение « тошнит от морализаторства и дешевого оптимизма», « я пришел избавиться от своего прошлого, а мне опять о нем напоми-

нают», но большинство пациентов не дочитывало с объяснениями: «скучно, не интересно». Это и натолкнуло нас на мысль индивидуально подбирать литературу под конкретного пациента.

Исходя из вышеописанного, мы бы рекомендовали, на первом этапе библиотерапии давать литературу беллетристического жанра, написанного хорошим языком с динамичным сюжетом (детектив, фантастика, приключения), которая выполняя роль «отвлекающей терапии» будет способствовать субъективному улучшению состояния, путем снижения актуализации соматических симптомов и душевных переживаний. На втором этапе уже можно чередовать или переключаться на литературу, имеющую философскую и нравственную воспитательную ценность.

При выборе произведений мы отдавали предпочтение тем сюжетам, где затрагивались такие проблемы как проблема личного выбора и ответственности за него, преодоления физических и душевных недугов путем работы над собой, проблема одиночества, проблема межличностных отношений, вера в свои и силы и желание изменить судьбу вместо существующего фатализма и нигилизма.

В дальнейшем, при обсуждении уместно использовать вариации для пациентов, в виде приглашения к дискуссии, например, расширенным вопросом о жизни знаменитой творческой личности: «Как выразить свою боль и печаль не только вербально, через пересказ услышанного материала, но и через музыку или цветовую гамму?» Если, наша постановка вопроса касалась творчества писателя, то при прослушивании музыки или просмотре картины, наоборот предполагается вербализовать свои чувства путем создания собственного сюжета на заданную тему, а за тем и коррекции его с учетом личности больного: «А что можно изменить в жизни героев, чтобы конец рассказа был бы оптимистичным?»

Предлагаемый нами список условен и конечно не полон, он может изменяться и дополняться. Более того, сами больные могут быть вовлечены в процесс выбора и последующего обсуждения достоверности и художественных достоинств, предлагаемых ими книги или фильма. Что несомненно делает процесс более активным.

Литературные произведения, рекомендованные к прочтению и обсуждению в группе
или индивидуально с психотерапевтом:

1. Чехов А. П. «Тоска» (умение вербализировать свои чувства при депрессии)
2. О' Генри. « Дороги, которые мы выбираем» (ответственность за свой выбор)
3. О' Генри. « Фараон и Хорал» (ответственность за свой выбор)
4. О' Генри. « Последний лист» (при фобиях, тревоге, депрессии)
5. О' Генри. « Джимми Хейз и Мюриэль» (что делает человека-личностью)
6. Ставинский Ежи. «Час - пик» (реакция на стрессовую ситуацию)
7. Кривин Ф.Д «Полу-сказки» (личностные качества и их коррекция)
8. Кобо Абэ «Женщина в песках» (проблема одиночества)
9. Кобо Абэ « Человек — ящик» (проблема одиночества)
10. Кобо Абэ « Чужое лицо» (проблема одиночества)
11. Лондон Д. «Любовь к жизни» (противостояние в критической ситуации)

12. Лондон Д. «Тысяча дюжин» (жизненные ценности)
13. Шаламов В.Т « Колымские рассказы» (противостояние в критической ситуации)
14. Уэст Н. «Подруга скорбящих» (жизненные ценности)
15. Дюрренматт Ф. «Авария» (ответственность за свои поступки и последствия)
16. Дюрренматт Ф.» Правосудие» (ответственность за свои поступки и последствия)
17. Бах Р. «Чайка по имени Джонатан Ливингстон» (противостояние в трудной ситуации)
18. Уайлдер Т. «Мост короля Людовика Святого» (ответственность за свои поступки и последствия)
19. Фритт Н. «Картотека Живых» (противостояние в критической ситуации)
20. Веллер М. «Приключения майора Звягина» (противостояние в трудной ситуации)
21. Веллер М. « Хочу в Париж» (жизненные ценности)
22. Веллер М. «Колечко» (жизненные ценности)
23. Скороходова О. « Как я воспринимаю и представляю окружающий мир « (противостояние в критической ситуации)
24. Мерль Р. «Остров» (проблемы общения между людьми)
25. Трамбо Д. «Джонни получил винтовку» (военный посттравматический синдром)
26. Шмитт Э.Э. « Оскар и Розовая Дама» (страх смерти, потеря близкого человека)
27. Шмитт Э.Э. « Месье Ибрагим и цветы Корана» (при депрессии, тревоге)
28. Шмитт Э.Э. «Дети Ноя» (при депрессии, тревоге)
29. Гарт Б. «Счастье Ревущего Стана» (жизненные ценности)
30. Мерас И. «Ничья длится мгновение или Вечный шах» (противостояние в критической ситуации)
31. «Зерцало Мудрости» — Суфийские притчи. (личностные качества и их коррекция)
32. Конзалик Х. «Человек-Землетрясение» (личностные особенности нарцисса)
33. Ерофеев В. «Москва-Петушки» (алкогольная зависимость)

*** При составлении библиотеки мы рекомендовали бы включить книги следующих российских и зарубежных авторов: Довлатова С., Акунина Б., Веллера М., Кривина Ф., Стругацких А и Б., Вайнеров А и Г, Кунина В., Войновича В., Ильфа И., и Петрова Е., Ли Чайлда, Стивена Хантера, Дейла Карнеги, Роберта Шекли, Рея Бредбери, Эрика Фрэнка Рассела, Уильяма Голдинга, Давида Фридмана, Тонино Бенаквиста, Роберта Ландлема, Джона Бойнтон Пристли, Оскара Уайльда.

Список литературы

1. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М., 1989
2. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. Прага, Авиценнум, 1983,405 с.
3. Пашкина Е. А., Калинина Т.В. Библиотерапия как эффективный метод работы с депрессивными состояниями. Российский журнал образования и психологии. Том 10 (4), 2019, стр. 67–72
4. Katz, G, Watt, J. Bibliotherapy: The use of books in psychiatric treatment. Can J Psychiatry 1992; 37:173–178 pp.

СУИЦИДАЛЬНАЯ ОПАСНОСТЬ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ

*Булейко А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.,
Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.*

г. Ростов-на-Дону.

По данным некоторых авторов (Сыропятов О. Г. и соавт., 2020), на долю пациентов с верифицированными психическими расстройствами приходится до 33% всех случаев завершённых самоубийств. Суицидальный риск лиц с химическими аддикциями на порядок выше по сравнению со здоровыми людьми (Зотов П. Б. и соавт., 2019; Park C. H. et al., 2017; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2017). Три четверти пациентов, совершивших суицидные попытки, имели анамнестические указания на лечение по поводу алкоголизма или наркомании. Более половины суицидентов в возрасте 30–39 лет на момент совершения деяния находились в состоянии алкогольного опьянения (Щербакова Н. П., 2019). Смертность среди пациентов, перенесших алкогольный психоз, в два раза превышает статистику по больным без психотических симптомов. По различным данным этот показатель составляет от 5% до 60% случаев (Шустов Д. И., 2016).

Некоторые авторы выделяют отчетливые корреляты суицидного поведения у определенных социальных групп (Солдаткин В. А., 2010; Разводовский Ю. Е. и соавт., 2016). К основным из них можно отнести средний возраст (30–39 лет), среднее образование, безработицу и одиночество. Обращает на себя внимание тот факт, что наибольший удельный вес имеют именно социальные предикторы суицида (Pompili M. et al., 2007).

Суицид является самой распространенной причиной преждевременной смерти у пациентов, страдающих шизофренией (Chesney E. et al., 2014). Обнаруживается корреляция между ранними сроками заболевания и повышенной частотой самоубийств (Ventriglio A. et al., 2016).

По данным некоторых авторов (Minzenberg M. J. et al., 2014), префронтальная кора демонстрирует вовлеченность в механизмы развития суицида. Активность этой области мозга ассоциирована с суицидным поведением на ранних этапах развития шизофрении. Вместе с тем, дисфункция в этой области также в состоянии спровоцировать суицидную попытку опосредованно, через снижение контроля. Данные результаты представляют интерес, оголяя потенциальную общность патогенетических механизмов шизофрении (с вовлеченностью мезокортикальных структур), проведение антипсихотической терапии (таргетные области блокады дофаминовых рецепторов), аддиктивного поведения (вопросы волевого контроля и нарушений поведения).

В соответствии с современными представлениями, наличие психического расстройства существенно повышает риск завершённого суицида (Бухановский А. О. и соавт., 2021; Ko Y. S. et al., 2018). Среди условно здоровой популяции распространенность суицида составляет 0,3%, у пациентов, с верифицированным психиатрическим диагнозом уже 3,4%. В случае наличия коморбидной психопатологии он повышается в два раза, достигая 6,2% (Chang W. C. et al., 2014).

По современным данным (Иванова Л. А., 2020; Cassidy R. M. et al., 2018) 44,3% пациентов, страдающих шизофренией, имели по меньшей мере одну суицидную попытку, а у 5% лиц данного контингента это является причиной смерти.

Пациенты в актуальном психотическом состоянии зачастую могут совершать поступки, не преследующие собой цель ухода из жизни. Причем их поведения будет детерминировано соответствующими психотическими переживаниями, связанными с галлюцинаторной загруженностью, дезориентировкой, расстройствами сознания и т. п. (Щепин В. О. и соавт., 2014) К примеру, пациенты могут «выходить» в окно, полагая, что они находятся на веранде или во дворе, что будет приводить к падениям с высоты. Кроме того, под влиянием бредовой убежденности либо императивного галлюциноза могут выказывать уверенность в наличии у себя особого дара, к примеру, к левитации, управлению огнем и других. Подобное поведение аналогичным образом может приводить к нецеленаправленному уходу из жизни.

Пациенты с преобладающим депрессивным полюсом психопатологических переживаний чаще настроены на целенаправленный уход из жизни. При этом в данной категории пациентов также можно выделить несколько базовых направлений мысли. Авторы (Сыропятов О. Г. и соавт., 2020) делят их на ауто- и гетерорефлективную проекции. Понятие ауторефлексии близко к самосознанию реализуемому посредством логических операций. Суицидные тенденции в этом случае будут опосредованы эгоистическими мотивами, сводящимися к страданию эго и попытке всеми способами избавиться от него.

Под гетерорефлексией понимают межличностную психоимитацию. Она наиболее близка к альтруистическим суицидам, вытекающим из идей самообвинения. Пациент полагает, что без него, в той или иной форме, него окружению будет лучше. Таким образом, в сущности, пациент спасает либо себя от мира, либо мир от себя.

Вместе с тем, суициды происходят не только на высоте психоза. Период ремиссии часто дает возможность человеку переосмыслить свое состояние, более детально вникнуть в проявления болезни, в том числе, путем изучения специфической литературы. Осознание бремени хронического неизлечимого заболевания на своих плечах является мощным индуктором к попытке преждевременно уйти из жизни. Остаточные аффективные колебания в постприступном периоде, особенно в виде субдепрессивного шлейфа, могут являть благодатной почвой для совершения суицида по подобному механизму (Касимова Л. Н., 2014).

В ряде исследований выведены факторы, ассоциированные с повышенным риском суицида у пациентов, страдающих шизофренией (Корнетова Е. Г. и соавт., 2019; Melle I., 2017). К ним можно отнести ранний возраст дебюта шизофрении, большую длительность нелеченного психоза, неблагоприятные жизненные условия, включая ощущение одиночества (отмечено до 80% лиц, совершивших суицидную попытку), высокий когнитивный уровень, психотические симптомы в клинике основного заболевания, особенно с преобладанием депрессивного полюса, злоупотребление ПАВ (Hettige N. C. et al., 2018). Учитывая вышеизложенное, наиболее опасной представляется констелляция факторов, включающих в себя: дебют шизофрении с преобладанием депрессивной симптоматики, либо ранний постприступный период с «депрессивным

шлейфом» у лиц с высоким когнитивным уровнем. Причем данные факторы должны быть сопряжены с отсутствием поддержки со стороны семьи (Sher L. et al., 2019).

По современным представлениям, более половины удельного веса суицидального поведения приходится на факторы окружающей среды (Солдаткин В. А. и соавт., 2015; Donovan A. L. et al., 2020). Ведущими из них являются депрессивные расстройства в анамнезе, злоупотребление наркотиками, страх психического распада, плохое соблюдение режима лечения и недавние потери. Таким образом, можно отметить существенную роль средовых, социальных факторов в формировании суицидального поведения у лиц, страдающих шизофренией. Кроме того обращает на себя внимание высокая суперпозиция факторов риска по кластерам: шизофрения, злоупотребление алкоголем, суицидное поведение (табл. 1).

Таблица 1

Факторы риска суицида при шизофрении

№	Фактор	Автор, год публикации
1	Диагноз «Шизофрения»	Cassidy et al., 2018
2	Психоз	Ishii T. et al., 2014
3	Постприступная депрессия	Kiliaslan E. E. Et al., 2017
4	Прием лекарств	Иванова Л. А., 2020
5	Социальная изоляция	Любов Е. Б., 2018
6	Отсутствие семейной поддержки	Таккуева Е. В. и др., 2019

Рассмотрение суицидального поведения больных шизофренией через призму агрессии, направленной внутрь, становится более прицельным с опорой на концепцию «синдром-личность-ситуация» (Котов В. П. и соавт., 2004). Личностные, ситуационные и психопатологические факторы образуют пересечения, формируя тем самым следующие возможные механизмы, представленные в таблице 2 (Мальцева М. М. и соавт., 1995; Распопова Н. И. и соавт., 2016).

Таблица 2

Психопатологические механизмы суицидального поведения больных шизофренией

Продуктивно-психопатологические	Негативно-личностные	Личностно-психологические
1. Бредовая мотивация 2. Галлюцинаторные императивы 3. Аффективные расстройства 4. Импульсивные действия 5. Дезорганизация поведения в результате помрачения сознания	1. Демонстративно-шантажные 2. Утрата смысла жизни 3. Неспособность прогнозирования последствий своих действий	1. Демонстративно-шантажные 2. Потеря значимого 3. Страх перед будущим 4. Отказ от жизни

В рамках существующей концепции: «Синдром-личность-ситуация», каждое из звеньев может являться мишенью для злоупотребления алкоголем, в том числе с формированием зависимости. Реализация его действия может быть осуществлена в рамках любого из механизмов, приведенных в таблице 2. Таким образом, с одной стороны употребление алкоголя повышает риск суицида как самостоятельный фактор риска, с другой стороны, алкоголизация может являться вторичным фактором, провоцирующим суицидную активность.

Выводы:

1. Высокий риск завершенных суицидов в популяции пациентов, страдающих шизофренией, требует повышенной настороженности со стороны врачей и немедицинских специалистов, занимающихся реабилитацией и социальным обеспечением этих лиц.

2. Злоупотребление алкоголем служит дополнительным фактором риска суицидного поведения.

3. Различные факторы, ассоциированные с повышенным риском суицида у больных с шизофренией, могут сами по себе являться мишенями для вторичной алкоголизации, что закономерно будет приводить к росту числа самоубийств.

4. Представляет интерес более детальное исследование вопроса суицидного поведения пациентов страдающих шизофренией с сопутствующим злоупотреблением ПАВ с целью формирования оптимальных стратегий, направленных на лечение и адаптацию подобных лиц.

Список литературы:

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. Пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
2. Зотов П. Б. и др. Доля наркозависимых среди завершенных суицидов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии 2019; 3 (104): 49–54.
3. Иванова Л. А. Суицидальное поведение при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Acta Biomedica Scientifica 2020; 5 (1): 60–64.
4. Касимова Л. Н. Оценка факторов суицидального риска у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия 2014; 24 (1): 10–13.
5. Корнетова Е. Г. и др. Суицидальное поведение больных шизофренией с метаболическим синдромом. Суицидология 2019; 10 (2) (35): 92–98.
6. Котов В. П., Мальцева М. М. Клинические аспекты первичной профилактики общественно опасных действий психически больных. Социальная и клиническая психиатрия 2004; 1: 77–80
7. Мальцева М. М., Котов В. П. Опасные действия психически больных: психопатологические механизмы и профилактика. М.: Медицина, 1995; 256.
8. Разводовский Ю. Е., Дукорский В. В. Корреляты суицидального поведения мужчин, страдающих алкогольной болезнью. Суицидология 2014; 5 (2) (15): 38–42.

9. Распопова Н. И., Толстикова А. Ю. Сравнительный анализ психопатологических механизмов хомицидов и суицидов у больных шизофренией. *Суицидология* 2016; 7 (1) (22): 40–45.
10. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
11. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством//*Психиатрия и психофармакотерапия*. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
12. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Крючкова М. Н., Вычужина Я. В., Додохова М. А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик//*Суицидология*. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40–48.
13. Сыропятов О. Г., Древицкая О. О., Дзеружинская Н. А. Клиническая феноменология суицидальности. Киев: УВМА, 2020; 88.
14. Шустов Д. И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. Санкт-Петербург: СпецЛит; 2016: 209.
15. Щепин В. О., Масякин А. В. Факторы риска смертности больных шизофренией и рекомендации по организации профилактических мероприятий (по данным литературы). *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья им. Н. А. Семашко* 2014; 2: 164–168.
16. Щербакова Н. П. Химическая зависимость и суицид. *Вестник науки и образования* 2019; 3–1 (57): 109–112.
17. Cassidy RM, Yang F, Kapczinski F, Passos I. C. Risk factors for suicidality in patients with schizophrenia: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 96 studies. *Schizophr. Bull.* 2018; 4 (4): 787–797.
18. Chang W. C. et al. The relationships of suicidal ideation with symptoms, neurocognitive function and psychological factors in patient with first-episode psychosis. *Schizophrenia research* 2014; 157 (1–3): 12–18.
19. Chesney E., Godwin G. M., Fazel S. Общая смертность и смертность в результате суицида при психических расстройствах: мета-обзор. *Всемирная психиатрия* 2014; 13 (2): 153–160.
20. Donovan A. L. et al. Suicide in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Annals* 2020; 50 (4): 146–151.
21. Hettige N. C. et al. A biopsychosocial evaluation of the risk for suicide in schizophrenia. *CNS spectrums* 2018; 23 (4): 253–263.
22. Ko Y. S. et al. Higher mortality and years of potential life lost of suicide in patients with schizophrenia. *Psychiatry research* 2018; 270: 531–537.
23. Melle I. Causes and predictors of premature death in first-episode schizophrenia spectrum disorders. *World psychiatry* 2017; 16 (2): 117.
24. Minzenberg M. J. et al. Frontal cortex control dysfunction related to long-term suicide risk in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia research* 2014; 157 (1–3): 19–25.

25. Park C. H. et al. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Comprehensive psychiatry* 2017; 75: 27–34.
26. Pompili M. et. al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of general psychiatry* 2007; 6 (1): 10.
27. Sher L., Kahn R. S. Suicide in schizophrenia: an educational overview. *Medicina* 2019; 55 (7): 361.
28. Ventriglio A. et al. Suicide in the early stage of schizophrenia. *Frontiers in psychiatry* 2016; 7: 116.

ИГРЫ РАЗУМА И ТЕЛА В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНА

Васянина Ю. Ш., Мальфина И. Ю., Северина О. С., Горбунова З. Х., Чернова А. А.

г. Краснодар.

Жизнь всех биологических видов нашей планеты это всегда рискованное действие, конечное во времени и пространстве. Эти глобальные риски (умереть от болезни, не найти сексуального партнера, исчезнуть при изменениях условий существования, освободив свою экологическую нишу для других видов) и определяют саму возможность жизни как таковую.

Столкновением всего активного (агрессивного, травмирующего, давящего, но при этом свободного, алхимического, творческого и поэтического) и реактивного (безопасного, экологичного, реактивного, но зависимого, травмированного, униженного и виктимного) сопровождается человеческая история на всем её протяжении: эпические герои убивают и умирают в сражениях, любовь оказывается неразрывно связана с болью и смертью, жизнь — с опасностью умереть, а свобода — с порабощением или возможностью защитить её своими активными действиями.

Столкновение активного и реактивного усиливается всякий раз, когда мир испытывает глобальные трансформации. Так было в эпоху упадка Римской империи. Со временем в христианстве возобладали активные силы, но реактивные силы с их аскетическим идеалом и виктимностью никуда не делись, они принесли в мир порицавших размножение альбигойцев, порицавших расточительность протестантов, порицавших разврат пуритан. В средние века монах Савонарола, пытался построить теократическую республику, в которой строго контролировалась сексуальность, упразднялась роскошь и излишества, и все должны были руководствоваться нравственностью и заботой о ближнем. Он захватил власть во Флоренции, изгнал Медичи, вел борьбу с Папой Римским Александром VI Борджиа. Монахи, врываются в дома, хватали светские книги, музыкальные инструменты, парфюмерию, картины и скульптуры, а потом всё это торжественно сжигали в «кострах тщеславия». Тогда погибли многие шедевры эпохи Возрождения. Савонарола велел протыкать языки святотатцам, облагать огромными штрафами азартных игроков, сжигать заживо развратников. Балы и маскарады сменились процессиями кающихся грешников. В последствии, по приказанию Папы Савонарола был повешен, а потом тело его сожгли. Был ли Папа Борджиа «чудовищем разврата» и «аптекарем сатаны», как уверяли его враги, точно неизвестно, возможно, был. Но благодаря ему из руин восстановили замок Святого Ангела, основали жилую часть Ватикана, поддерживали творчество талантливых художников, скульпторов и музыкантов.

Глобальными трансформациями изобилует современная мировая история и в XX — XXI вв., особенно история нашей страны: крушение и распад Российской империи; борьба с собственной историей и идентичностью; создание СССР, где на поверхности декларировались социалистические ценности: равенство, миролюбие, коллективизм, массовые общественные организации, бесплатные образование и медицина, отсутствие безработицы, индустриализация, развитие науки и искусства (продолжение русского ренессанса), освоение космоса;

а в глубине — тоталитарный режим, скрываемое неравенство, эксплуатация, воинственность (как внешняя, так и внутренняя), геноцид собственного народа, лишение прав и свободы оппозиционной интеллигенции, вплоть до изгнания и уничтожения. В коллективном бессознательном нашей страны накоплено огромное количество до сих пор плохо осознанного травматического опыта: «кровавое воскресенье», две революции, гражданская война, раскулачивание, коллективизация и продразверстка, погромы, сталинские репрессии, расстрелы, массовые депортации, пытки, «Голодомор» и «Гулаг», Норильск, Волго-Донской и Беломоро-Балтийский каналы, войны (Японская, четыре Финских, Первая мировая, Великая Отечественная и Вторая мировая), «локальные военные действия» (Хасан, Халкин Гол, Афганистан, Карабах, Абхазия, Приднестровье, Чечня, Южная Осетия, Украина, Сирия...), «холодная» война, «железный занавес», перестройка, коррупция, социальные потрясения, распад СССР, политические и экономические кризисы, санкции, ЧС и техногенные катастрофы, «информационная война», локальные эпидемии и глобальная пандемия.

Начиная со второй половины XX века в мире и 80 гг. в России, отражением глобальных мировых трансформаций явилась эпоха постмодерна, с присущими ей феноменами тотальной деканонизации (подвергаются сомнениям и критике многие, если не все маркеры «нормальности» — оптимизм, идентичность, исторический прогресс, однозначность и уверенность [6]), инверсии, отрицания, цинизма, а также фрагментарностью, поверхностностью. Используя средства массовой культуры, постмодерн предлагает превратить любые социальные и психологические проблемы в театр или игру (феномен «артизации») [4], и сделать игру единственным способом существования в быстро меняющейся реальности.

В противоречивой «модной» этике и эстетике постмодерна прослеживаются разнонаправленные векторы: гедонистический и аскетический. «Модная» нерелигиозная гедонистическая идея: быть доминантным, свободным, активным, сексуальным, эпатажным, рискующим, азартным, выделяющимся из «толпы» (агрессивно — садистический радикал); а «модная» аскетическая: быть безопасным, поменьше потреблять, не иметь привилегий, никого не обижать, ничего не хотеть, всегда настраиваться на благодать. А еще желательно постоянно пребывать в состоянии страдающей травмированной жертвы или хотя бы быть защитником жертв (пассивно — мазохистический радикал с культом виктимности).

Вечный «Спор Савонаролы с Борджиа» продолжается и в новейшей истории, вечный спор этики, сосредоточенной вокруг проблем травмирующего и неблагопристойного, с эстетикой, занимающейся утверждением права авторского взгляда на красоту, спор, в котором творческой свободе личности художника противопоставляется пуританская добродетель. Сейчас наследниками Савонаролы являются активные сторонники новой этики: после периода либерализма снова стало возможным подвергать деятелей искусства и их произведения дисциплинарным мерам культуры исключения («cancel culture») [3].

Параллельно, под эгидой борьбы за права человека и толерантности неоправданно расширяются границы нормы, набирает обороты «депатологизация» девиантных, эпатажных и маргинальных социальных групп и субкультур. Современная культура постмодерна стимулирует

хаос, гламур, сверхценность потребительства, конкуренции, индивидуализма, материальности (в противоположность самоограничению потребностей, коллективизму и духовности) [7], формирует завышенные притязания и, как следствие, нереалистичные ожидания от будущего, что порождает более высокий уровень стресс-уязвимости в молодежной среде [2].

Современным молодой человек больше смотрит, чем думает и размышляет, у него формируется «клиповое» мышление с искажением реальности, ярким, эмоциональным, быстрым, но поверхностным и фрагментарным восприятием информации, для него характерны «атрофия» аналитического мышления; повышенная внушаемость с подверженностью манипуляциям массовым сознанием; постоянное перевозбуждение и быстрая утомляемость; «отшлифованное» существование в сети с игнорированием ответственности, проблем, грусти, болезней в повседневной жизни и игрой — как единственным способом существования в быстро меняющейся реальности.

В современной молодежной среде широко распространены гедонистические мотивы игры разума и тела (любопытство, жажда удовольствий, поиск «острых ощущений»), реализуемые в рискованном поведении, при этом спектр рисков чрезвычайно широк: риск безопасности с угрозой жизни (экстремальные виды спорта (фрирайд, скайсёрфинг, рафтинг, джампинг и др.) отдыха и развлечений («тарзанка», зацепинг, паркур, диггерство, ружфинг и др.); риск здоровью с угрозой жизни (употребление алкоголя, наркотических, токсических веществ, рискованное сексуальное поведение, злоупотребление Интернетом, несоблюдение здорового образа жизни, нарушения пищевого поведения, увлечение модификациями собственного тела и др.); финансовые риски (участие в азартных играх, шопоголизм); социально — этические риски (нарушение этических и правовых норм социума). Важно отметить, что средний возраст «приобщения» к рискованным действиям — 13–19 лет, а интерес к риску появляется на 5–7 лет раньше первого экстрима. При этом, продолжительность экстремального поведения в течение 1–2 лет в 50% случаев формирует зависимости (с предвкушением удовольствия, ростом толерантности к острым ощущениям, поглощенностью увлечением с игнорированием социальных обязанностей и связей, синдромом отмены).

В настоящее время широко распространены татуирование, шрамирование и модификации тела. В древности татуировки наносились как талисманы — «обереги» в надежде на покровительство богов (тотемы животных североамериканских индейцев; индийский символ «Ом» («Аум»), олицетворяющий первый звук во Вселенной — и древнеегипетский «Анх» — символ ключа от райских врат и вечной жизни). В дальнейшем, татуировка и шрамирование использовалась как символ этнической или религиозной принадлежности (египетские жрецы, ранние христиане, крестоносцы), социального статуса в криминальном мире (якудза, триады), или социального отчуждения (клеймо и порядковые номера в концлагерях). С середины XX века татуировка получает широкое распространение в неформальных молодежных группировках (хиппи, панки, рокеры, металлисты, фанаты...). А с подачи глянцевого журналов татуировка стала эталоном божественного образа жизни, символом избранности и успеха [1]. Перед специалистами стоит всегда непростая задача дифференциации феномена в каждом конкрет-

ном клиническом случае: «дань моде» под влиянием социальной среды? подражание «кумиру»? характерологические черты или психопатологические проявления личности?

К играм разума и тела можно отнести и многообразные проявления феномена самоповреждающего поведения («Self-harm»), в основе которого, преимущественно лежат атарактические, инфантильно — демонстративные, манипулятивные, подражательные или релаксационные мотивы и цели без суицидальных намерений.

В основе истинного суицидального поведения лежат преимущественно осознаваемые игры со смертью. Современные авторы считают критериями суицидального поведения, в отличие от других видов аутоагрессивного поведения: добровольность, самостоятельность, осознанность, преднамеренность, достаточность, непосредственная связь по времени с кризисной ситуацией.

В основе клинически выраженных расстройств пищевого поведения, как правило, лежат неосознаваемые индивидом игры разума и тела на грани жизни и смерти, при этом отмечается весьма противоречивый подход к данным расстройствам: в обществе нарушения пищевого поведения зачастую являются одним из вариантов патологической адаптации, социально приемлемым видом аддиктивного поведения, с помощью которого могут достигаться разрядка психоэмоционального напряжения, совладание с отрицательными эмоциями, релаксация; чувственное наслаждение как самоцель, улучшение межличностного взаимодействия в семье, в коллективе, обществе; самоутверждение, поддержание ритуалов и традиций (религиозных, национальных, семейных,), компенсация неудовлетворенных потребностей (в общении, любви, родительской заботе и др.).

Требуют дополнительных исследований феномены «паранойи здоровья», «погони за красотой и вечной молодостью» и «пластикомании». И снова перед специалистами стоит всегда непростая задача дифференциации феномена в каждом конкретном клиническом случае (подражание? эпатаж? комплекс неполноценности? конверсия? сверхценные идеи? дисморфобия? дисморфомания? аддиктивное поведение? аутодеструктивное поведение?). В основе стремления скрыть любые признаки старения лежит страх немощности, неустойчивости, сексуальной непривлекательности, одиночества и витальный страх смерти, сопровождающий людей всю историю человечества.

В условиях пандемии коронавирусной инфекции, была отмечена актуализация витального страха смерти, введен беспрецедентный «общемировой» карантин, создавший феномен тождественности между болезнью и нарушением общественного порядка (биологической безопасности) и невиданное по масштабам переустройство социума на основе управления личными границами, якобы обеспечивающее безопасность каждого, но на деле лишаящее прав и свободы во всех базовых сферах человеческой жизни. Вытесняя болезнь и смерть из нашей жизни, мы закономерным образом оказываемся заперты в собственных гробах страха (из кирпича, стекла, бетона) и повторяющейся роботизированной активности [4]. Безопасность может быть гораздо более ядовитой и токсичной, чем опасность. Жизнь, и ранее непростая и болезненная, отныне оказывается попросту невозможной — сведенной к голому функционированию

биологических организмов, подключенных к внешним системам обеспечения базовых потребностей. Выбор между свободой и безопасностью — не сложный, а ложный, потому что человек нуждается и в том, и в другом.

Адекватными стратегиями выживания в современных условиях нам представляются: смириться с возможностью поражения, уязвимостью, болью и страданием как неизменными спутниками воли и силы во взаимодействии с миром; признать конечность жизни и смириться с возможностью внезапной смерти (своей и близких), как с неизменным спутником интенсивности жизни; принимать себя; учиться заботиться о себе; сохранять активную жизненную деятельность; передавать мудрость и опыт младшим поколениям своего рода; корректировать собственные границы и обрести новый опыт открытости; менять собственные стереотипы.

Выводы: таким образом, в эпоху постмодерна проявляется множество игровых стратегий, первоначально адаптационного генеза, однако легко перетекающих в поле патологических социокультуральных феноменов и пограничных психических расстройств. Весьма важным нам представляется их дальнейшее изучение, с целью разработки эффективных методов реабилитации.

Список литературы:

1. Борохов А. Д. Значение татуировок в диагностике психических и поведенческих расстройств [Электронный ресурс]. URL: <http://raptus.ru/archives/3359>
2. Розанов В. А. Подростковые суициды: стресс-уязвимость в обществе постмодерна//сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. — Т. 1.– Москва: КНОРУС, 2020. С 129–132.
3. Пилявский Н. Демократия жертв: почему новая этика ведет к цензуре и культуре виктимности [Электронный ресурс. Онлайн-журнал «Нож»] URL: <https://knife.media/archives/apr2021>.
4. Узлов Н. Д., Семёнова М. Н. Игра, трансгрессия и сетевой суицид//Суицидология. 2017. № 8 (28). С. 40–53.
5. Шостаковская И. От борьбы с харассментом к сражению за карантин Как новая этика учит нас бояться других и бежать от свободы [Электронный ресурс.] URL: http://www.chaskor.ru/article/ot_borby_s_harassmentom_k_srazheniyu_za_karantin_46200
6. Aylesworth G. Postmodernism. The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2015 Edition), Edward N. Zalta (ed.) [Электронный ресурс]. URL: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2015/entries/postmodernism/>.
7. Eckersley R. Troubled youth: an island of misery in an ocean of happiness, or the tip of an iceberg of suffering?//Early Intervention in Psychiatry. 2011. 5/sup P. 6–11.

ЭТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Гильбурд О. А., Филоненко А. Э.

г. Сургут.

Введение. К алкогольной (вторичной) депрессии и тревоге принято относить те состояния пониженного настроения и беспокойства, которые преимущественно обусловлены многолетней алкогольной зависимостью. L. Boschloo и соавт. [1] установили, что тяжесть алкоголизации является значимым линейным предиктором впервые возникающих депрессивных расстройств. Специальное изучение психических нарушений при синдроме отмены показало что настроение, как правило, характеризуется тревожно-тоскливым аффектом [2]. Установлено, что тоска в структуре алкогольной абстиненции длится от 2 до 5 суток, тревога — от 1,5 до 3 суток, и встречаются они более чем у 96% больных алкогольной зависимостью [3]. По данным Т. В. Агибаловой [4], в состоянии алкогольной абстиненции наиболее значимыми факторами являются пониженное настроение, дисфория и тревога, а в постабстинентном периоде чаще встречались тревожно-депрессивный, тревожный и астено-депрессивный варианты аффективных расстройств. Вместе с тем, есть мнение, что депрессивный и тревожный синдромы как целостные симптомокомплексы встречаются при алкоголизме крайне редко [4, 5], в связи с чем проблема распознавания депрессии и тревоги алкогольного генеза остаётся весьма актуальной.

Цель исследования: объективизация и верификация депрессивного и тревожного статуса при алкогольной зависимости.

Материалы и методы. Нами было обследовано 87 мужчин, уроженцев г. Сургута и переселенцев из других регионов России, в возрасте от 29 до 45 лет с подтверждённым диагнозом активной алкогольной зависимости 2-й стадии. Среди них тяжёлый синдром отмены алкоголя у 35 больного стереотипно осложнялся депрессией продолжительностью 2–4 недели; у остальных 52 больных сходная по тяжести алкогольная абстиненция стереотипно осложнялась ундулирующей тревогой продолжительностью 1–3 недели.

Для объективизации и верификации депрессии и тревоги мы применили клинико-этологический метод, включающий в себя регистрацию мимических, жестовых, позных паттернов, паралингвистических и просодических компонентов речи и их оценку в сопоставлении с соматической, неврологической и психопатологической симптоматикой [6, 7]. При этом использовался адаптированный к задачам исследования Глоссарий по исследованию невербального поведения человека [8, 9], включающий элементарные единицы, простые формы и сложные (контекстные) формы поведения, а также их динамику.

Результаты и обсуждение. Невербальное поведение пациентов с депрессией характеризовалось следующими признаками:

— в регистре *элементарных единиц поведения* наблюдались избегание контакта взором, взгляд в окно или рассматривание рук, надувание щек и губ, опущенные углы рта, «печальные» или нахмуренные брови, приподнятый внутренний край бровей, горизонтальные морщи-

ны на лбу, факультативно — складка Верагута (дополнительная диагональная складка, идущая от границы внутренней и средней третей верхнего века к наружному углу глазной щели); тусклые глазные яблоки, транзиторные элементы — слезы, мимика плача; жесты покорности (ладонь прижата к груди с полупоклоном и наклоном головы), прятание (прикрывание) паха руками, в позах стоя и сидя — голова опущена, руки заведены назад, уменьшение плеча, скрещение ног как элемент прятания паха; в положении стоя тенденция к сгибанию коленей и дальнейшему опусканию головы; в невербальных компонентах речи — голос тихий, тембр низкий, увеличение продолжительности пауз в ходе речевого контакта как свидетельство близости скрываемой (диссимулируемой) информации и намерений; тенденция к растягиванию гласных, увеличение числа речевых ошибок, нарастание числа речевых стереотипий на протяжении всего контакта;

— в регистре простых паттернов поведения — тенденция к увеличению индивидуального расстояния, редукция комплекса приветствия, ориентация в беседе по типу фототаксиса (избегание контакта с отворачиванием к источнику света), аутоагрессивные формы аутогруминга (самоприхорашивания) — онихофагия и трихотилломания;

— в регистре сложных (контекстных) форм поведения — инверсия ритма сонбодрствование, эмбриональная поза во сне, походка в замедленном темпе с сохранением элементов поз покорности, дезактуализация гигиенического, комфортного и поискового (исследовательского) поведения; в пищевом поведении — анорексия; редукция доминирования в границах индивидуальной и групповой территории, манкирование семейно-ролевыми функциями, отказ от игровой активности.

Невербальное поведение пациентов с тревожным синдромом характеризовалось следующими признаками:

— в регистре элементарных единиц поведения наблюдались «бегающий» взгляд по сторонам и немигающий (пристальный) взгляд, дрожание нижней губы, сжатые губы и губы внутрь, фиксация обеих рук на предмете (стуле и т. п.) или подмышками, сжимание одной рукой пальцев другой руки, поглаживание руки рукой, приподнятые плечи, напряжённая, периодически ускоренная речь, дрожь в голосе;

— в регистре простых паттернов поведения — напряженная мимика тревоги, ожидания, настороженности; мимика с высокой подвижностью бровей, жест латентной тревоги (потирание рукой шеи с одновременным её вытягиванием), индивидуальное расстояние увеличено к началу беседы и сокращается к завершению беседы, ориентация при контакте полубоковая, встряхивание или качание головой, реакция плеча (приподнимание плеч с опусканием головы — как признак испуга или элемент прятания), вздрагивание при внезапном раздражителе, яктация (раскачивание), интенсивный аутогруминг (приведение себя в порядок, прихорашивание, поправление одежды, прически, стряхивание с плеч, потирание лица), интенсивное манипулирование предметом, частью тела (мочка уха, волосы), одеждой, «игра пальцами», обкусывание губ (хейлофагия);

— в динамике элементов и простых комплексов поведения отмечалось двигательное беспокойство в форме полиморфных стереотипий мимики, позы (яктация), головы (кивание, кача-

ние), рук (поглаживание, потирание, игра пальцами, ощупывание), манипулирования, жестов, груминга, моторики плеч, ног (шарканье, удары носком и пяткой и т. п.), невербальных компонентов речи;

— в регистре сложных комплексов поведения — сон с частой сменой поз, прерывистый, с ранним пробуждением; манипулирование пищей, облизывание, сглатывание, оральные движения вне речи, неразборчивость в еде, изменение ритма приема пищи; в исследовательском поведении — осматривание, неофобия; в территориальном поведении — осторожное посещение кабинета врача, челночная траектория перемещения в границах территории.

В тех клинических случаях, когда у больных имела место смешанная тревожно-депрессивная симптоматика, в их этологическом репертуаре наблюдалось сочетание соответствующих невербальных паттернов.

Следует подчеркнуть, что вышеуказанные невербальные паттерны приобретали особую диагностическую ценность в ситуациях языкового барьера, отказа от вербальной коммуникации, сурдомутизма.

Выводы. Полученные нами результаты показывают, что этологический анализ невербального поведения пациентов с депрессией и тревогой алкогольного генеза существенно повышает информативность клинического обследования больных, способствует объективизации и верификации клинко-психопатологических данных о наличии у них аффективной патологии и позволяет уверенно дискриминировать депрессивные и тревожные расстройства при отсутствии или затруднении вербального контакта с пациентом.

Список литературы::

1. Boschloo L., van den Brink W., Penninx B. W., Wall M. M., Hasin D. S. Alcohol-use disorder severity predicts first-incident of depressive disorders//Psychol. Med. — 2012. — № 42 (4). — P. 695–703.
2. Соловьёва В. М. Динамика психических нарушений при алкогольном абстинентном синдроме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Москва, 1989. — 23 с.
3. Крылов Е. Н. Депрессивные расстройства в клинике алкоголизма: Дис. ... докт. мед. наук. — Москва, 2004. — 322 с.
4. Агибалова Т. В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Москва, 2007. — 47 с.
5. Кинкулькина М. А. Депрессии при различных психических заболеваниях: клиника и лечение: Дис. ... д-ра мед. наук. — Москва, 2007. — 285 с.
6. Корнетов А. Н., Самохвалов В. П., Коробов А. А., Корнетов Н. А. Этология в психиатрии. — Киев: Здоров'я, 1990. — 217 с.
7. Гильбурд О. А. Анализ невербального поведения как способ верификации клинического диагноза//Вестник СурГУ. Медицина. — 2009. — № 3. — С. 57–66.
8. Самохвалов В. П. История души и эволюция помешательства. — Сургут: Северный Дом, 1994. — 286 с.
9. Eibl-Eibesfeldt I. Humanethologie. — Berlin: Parey, 1985. — 1090 s.

ДВА РАЗЛИЧНЫХ СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ, ОБОЗНАЧАЕМЫЕ ОДНИМ ТЕРМИНОМ «ПСИХОПАТИЯ»

Дацковский И. (В. М.).

Израиль, г. Бейт Шемеш.

Введение

Уже век (с 1923 года) в мире параллельно существуют описания (диагностические критерии и практика их применения) двух совершенно различных состояний, обозначаемых одним термином «психопатия». В XIX веке этого различия не существовало, и психопатия описывалась общими терминами, одна часть из которых более соответствовала одному подходу, другая часть — другому, а третья равно относилась к обоим подходам. То есть, были признаки, симптомы, которые были актуальными и релевантными в обоих подходах.

Особо отметим, что на протяжении всего XIX века развитие термина психопатии (еще не разделенной на два параллельных подхода), диагностика этого состояния и выводы из этой диагностики практически полностью находились вне медицинского (психиатрического) интереса, но практически исключительно в пределах интереса судебно-психиатрического и именно этому интересу мы обязаны развитием соответствующих понятий и критериев диагностики до начала XX века. Значение психиатрии в целом для общества в те времена больше определялось не медицинской ее составляющей, а функцией социальной гигиены (мысль позаимствована нами у Мишеля Фуко, мнение которого изложено в книге [5]), и резко возросло именно на контакте с судебно-правовой системой. Сам термин «психопатия» получил широкое распространение после выхода в 1888 году труда Юлиуса Людвиг Августа Коха.

Мы назовем эти два подхода «феноменологический (характерологический) подход к описанию и диагностике психопатий» и «экспертный подход» и отметим, что данные названия носят исключительно условный характер для нужд только данной работы и не претендуют ни на какое обобщение.

Главное отличие этих подходов состоит в том, что феноменологический (характерологический) подход опирается на неадекватность поведения пациента, лежащую вне психозов и неврозоз (неадекватность, явное нарушение адаптации на работе, на учебе, в семье, в обществе) и представляющую собой (по А. Е. Личко [4]) следующую стадию акцентуаций характера, которую уже можно трактовать как выходящую за границы нормы и, следовательно, болезненную с точки зрения общества. Большой упор в этом подходе делается на тип характера или его акцентуации (гиперманифестации части черт характера) с ее переходом в психопатию (в одном из пониманий этого термина) и на анализ отклонений в той или иной черте того или иного человеческого характера. А экспертный подход рассматривает вполне адекватных (а зачастую — и более успешных в обществе) людей, в то же время имеющих явные отклонения от нормального поведения и от нормальной морали. Этот подход больше ориентирован на фиксируемые (и оцениваемые, анализируемые) акты поведения, его суть — в оценке надхарактерологических характеристик. Но в обоих случаях приведенные добавоч-

ные характеристики методов не являются полностью адекватными и исчерпывающими.

Отметим, что мы уже несколько раз употребили слова, которым мы не в состоянии определить сколько-нибудь четкие границы: «норма», «адекватность».

Первое известное нам описание психопатии мы встречаем в пятой книге Пятикнижия Моисеева (XIV век до н. э.) в стихах 18–21 главы 21 в рассказе о буйном и непокорном сыне. Научное описание психопатий началось, по-видимому, с Филиппа Пинеля (1745–1826). Он описал группу пациентов, страдающих «*mania sans délire*» («безумием без бреда»). Этот термин использовали в тех случаях, когда человек обладал нормальным интеллектом, но отличался значительными недостатками поведения с такими типичными чертами, как жестокость, асоциальность, злоупотребление спиртным и наркотическими веществами, безответственность и безнравственность. Ф. Пинеля поразило, что эти люди, как правило, отличались очень развитым умом, но что-то в них было не так. Ф. Пинель первым описал такой тип безумия, которому были не свойственны расстройства восприятия, мышления и интеллекта, что отличало этих пациентов от психотиков и невротиков. Повторив Ф. Пинеля, американский психиатр Б. Раш утверждал, что на нравственные качества, как и на интеллектуальные, могут влиять повреждения мозга и они тоже должны входить в компетенцию медицинской науки. Однако долгие десятилетия подобные отклонения входили в сферу компетенции судебной экспертизы [1, 6].

Юлиус Кох, по-видимому, был первым, кто настаивал на том, что для диагноза психопатии нужно рассмотреть всю историю и все аспекты жизни человека, чтобы получить полную картину проявления симптомов. Это был заключительный фрагмент головоломки, благодаря которому сложилось большинство тех принципов, на основании которых мы в настоящее время оцениваем психопатические черты в судебно-правовой системе.

Феноменологический (характерологический) подход

Подход Ю. Коха к психопатии через учебник Эмиля Крепелина (1915 г.) оказался общим как для западных, так и для российско-советско-российских школ психологии и психиатрии в подходе к психопатии, который можно назвать основанным на клинко-описательных, феноменологических критериях. Нужно заметить, что имеется несколько классификаций психопатии, основанных на клинко-описательных критериях, хотя принципиальных отличий между ними нет.

В. В. Ковалев [2, с. 234] отмечает, что общим недостатком таких классификаций является их разноплановость: в них наряду с типами психопатий, выделенных на основании клинических особенностей, приводятся типы, основанные на чисто психологической характеристике.

В целом феноменологический подход базируется на триаде признаков психопатии, сформулированной П. Б. Ганнушкиным (1933 и 1964), несколько уточненная О. В. Кербиковым (1961), хотя второй и третий элемент этой триады в равной мере относится также и к экспертному подходу к психопатиям:

1. Выраженность патологических свойств личности до степени нарушения социальной адаптации.
2. Относительная стабильность психических черт характера, их малая обратимость.

3. Тотальность патологических черт личности, определяющих весь психический облик.

Диагностика в пределах данного (господствующего) подхода осталась феноменологической, реально действующего лечения до сих пор практически не найдено. В этом подходе остается неизвестной этиология состояния.

Как указывают Ю. А. Атаджикова и С. Н. Ениколопов (2015), уже в середине XX века стало понятным, что описательные классификации в области изучения психопатий должны быть лишь первым шагом к построению теории, которая призвана обосновать этиологию и патогенез психопатических проявлений личности. Попытку приближения к такой теории предпринял Е. К. Краснушкин (1960). Его структурная теория частично разрешала проблему эклектической систематики П. Б. Ганнушкина, поскольку дифференцирует роли различного рода влияний — прижизненных социальных, эндогенных (включая наследственные факторы не только органического, но и социального генеза) и экзогенных — в формировании различных типов личности. Однако дальше неразвитой и, что особенно важно, не подтвержденной объективными исследованиями органических или хотя бы функциональных отклонений психопатической личности гипотезы дело в то время не пошло и не могло пойти (еще не было инструментальной базы для таких исследований). И до сих пор как в российской психиатрии, так и нормативных документах МКБ-10 и DSM-V при всех различиях и небольших продвижениях уйти от тех или иных (но похожих) описательных классификаций пока не удалось, хотя сам термин «психопатия» как имеющий негативную социальную коннотацию был заменен (вслед за дебилизмом и идиотией) на более «медицинский» термин «специфические расстройства личности» (диагноз F60 в МКБ-10).

Согласно МКБ-10 (2013) диагноз F60 разделяется на:

F60.0 Параноидное расстройство личности;

F60.1 Шизоидное расстройство личности;

F60.2 Диссоциальное расстройство личности;

и т. д. и в основном соответствует идеям К. Леонгарда [3] и А. Е. Личко [4].

Экспертный подход

Идея Ю. Коха о том, что для диагноза психопатии нужно рассмотреть всю историю и все аспекты жизни человека, чтобы получить полную картину проявления симптомов оказалась базовой для разработки большинства тех принципов, на основании которых мы в настоящее время оцениваем психопатические черты в судебной-правовой системе и по сути явилось основанием экспертного подхода к диагностике психопатий.

Именно судебная-психиатрическая экспертиза столкнулась с необходимостью выделения типов людей более, чем остальные, склонных к совершению тяжелых преступлений и к рецидиву этих преступлений, причем эти люди явно не соответствовали критериям психопатии феноменологического подхода. Разделение феноменологического и экспертного подходов произошло на первой официальной конференции по психопатии в Вашингтоне (1923 г.), которую организовал судебный психиатр Бен Карпман (1886–1962). На конференцию съехались немецкие, английские, итальянские и американские ученые, чтобы сформулировать первый исчерпы-

вающий набор характерных для психопатии симптомов. Этот набор включал 13 характеристик (не симптомов!) [1]. Появился первый, еще не очень совершенный (но на удивление достаточно полный, охватывающий большинство признаков психопатии, если сравнивать с Перечнем Психопатических Черт (ППЧ) 2003 года) инструмент диагностирования психопатии, инструмент еще без ясных, формальных и исчерпывающих инструкций по его использованию. Но уже и без бесконечного разделения психопатий по типам и свойствам личности. Эта диагностика оказывается крайне важной при решении вопроса об условно-досрочном освобождении преступников (УДО), о мерах контроля за ними и для оценки вероятности тяжелого рецидива. Д-р К. Кил приводит следующие данные (по Канаде):

- Процент психопатов в обществе — около 1 % [по сути, К. Кил в силу его научных интересов, относит к психопатам только один их тип, а именно, имеющий криминальные наклонности. Однако в обществе есть достаточно психопатов без явных криминальных наклонностей, или, по крайней мере, с «беловоротничковыми» криминальными наклонностями (термин Р. Хаэра [6]). Тогда количество психопатов в обществе окажется значительно бóльшим — И. Д.];
- Процент психопатов в тюрьмах особого режима (тяжелые преступления) — 20 %;
- Вероятность тяжелого рецидива у психопатов — в 6–8 раз выше, чем у прочих тяжелых преступников (одно из нерассматриваемых сегодня обществом следствий из этого факта — неспособность общества защитить от отсидевших свой срок криминально настроенных психопатов их следующих жертв) [1].

Следующим этапом развития экспертного подхода к диагностике психопатий была историческая книга американского психиатра Херви Клекли «Маска нормальности» (Hervey M. Cleckley «The Mask of Sanity»), выдержавшая множество изданий (1941–1976), в которой приведены 16 характеристик психопата [1]. Но золотым стандартом диагностики психопатии сегодня являются 20 пунктов исправленного Перечня Психопатических черт (ППЧ, Psychopathy Checklist, PCL) д-ра Р. Хаэра Hare, 1991, 2003 [6] (заметим, что этот перечень не является единственным, у него есть также разработанные в начале 80-х годов аналоги: Levenson Self-Report Psychopathy Scale, LSRP и Self-Report Psychopathy Scale–III, SRP–III, которые также прошли корректировки и уточнения: Levenson et al., 1995; Williams et al., 2007 и также имеется ряд других тестов и опросников для определения психопатических черт).

Отметим, что по мнению самого д-ра Р. Хаэра, «Контрольный перечень признаков психопатии — это сложный медицинский инструмент для профессионалов. Диагностика требует хорошей подготовки и доступа к формализованному руководству по подсчету баллов. У не психопатов тоже могут наблюдаться некоторые из описанных здесь симптомов. Психопатия — это синдром, т. е. совокупность указанных симптомов» [6].

В последнее время начал разрабатываться комплекс объективной (аппаратной) диагностики психопатий, который дал довольно оптимистические показатели, правда, еще далекие от клинического применения. К подобным способам относятся ЭЭГ (расшифровываемая специальным программным обеспечением), Функциональная Магнитно-Резонансная Томогра-

фия (фМРТ) и статичная МРТ (такой подход использовал два главных метода — позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) и МРТ (чаще всего совмещенные в одном устройстве или только МРТ)). Прорыв наступил тогда, когда К. Кил [1] со своими сотрудниками при помощи максимально подробной МРТ и сложного программного обеспечения научился определять плотность тех или иных участков мозга и смог сравнить плотности различных частей паралимбической системы у здоровых людей и у явно проявляющих психопатические черты. И эти исследования показали заметное снижение плотности мозгового вещества (в первую очередь серого) именно у людей с психопатическими чертами именно во многих частях паралимбической системы.

Заключение

Показано, что под одним термином «психиатрия» имеются описания и диагностические критерии двух совершенно различных психических состояний и существует насущная необходимость если не менять терминологию (что представляется крайне мало реальным), то по крайней мере указывать каким подходом исследователь или врач пользуется при диагностировании психопатии.

Список литературы:

1. Кил К. А. Психопаты. Достоверный рассказ о людях без жалости, без совести, без раскаяния. М.: Центрполиграф, 2015–360 с.
2. Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста (руководство для врачей). М.: Медицина, 1979, 608 с.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности/Пер. с нем. — Ростов на Дону, изд-во «Феникс», 2000, 544 с.
4. Личко А. Е. Типы акцентуаций характера и психопатий у подростков. — М.: ИОИ, 2016–336 с.
5. Узлов Н. Д. Шизофрения как клинический и культурный феномен: к проблеме шизофренизации массового сознания. 2009, 369 с.
6. Хаэр Р. Лишенные совести. Пугающий мир психопатов. Вильямс, 2007

НАЗАД В БУДУЩЕЕ: ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ В ВУЗЕ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19

*Дубатова И. В., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.
г. Ростов-на-Дону.*

Дистанционные технологии в образовательный процесс в РФ стали внедряться еще с 90-х годов XX столетия. Однако во многом степень развития дистанционных технологий определялась как наличием материально-технической базы учебных заведений, так и распространением современной компьютерной техники, использованием сети Интернет среди населения. Первые попытки урегулировать дистанционное образование были предприняты в 1995–1996 гг. По инициативе Государственного Комитета РФ по высшему образованию была начата работа по созданию проекта Единой системы дистанционного образования (ЕСДО) России. Концепция создания и развития Единой системы дистанционного образования в России была утверждена постановлением Государственного Комитета Российской Федерации по высшему образованию от 31 мая 1995 № 6, однако в дальнейшем не была реализована.

В настоящее время дистанционное образование в Российской Федерации разрешено законодательными документами: Федеральным законом «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «Об образовании» и Федеральным законом «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 10.01.2003 № 11-ФЗ (<http://www.kremlin.ru/acts/bank/19039>).

Во многих странах мира дистанционные формы обучения уже давно приобрели большую популярность, в России же такие формы длительное время не пользовались особым спросом. Мощным толчком в развитии дистанционных форм обучения стала пандемия COVID-19, развившаяся в начале 2020 года и сделавшая практически невозможными традиционные формы очного обучения. 2020–2021 учебный год прошел в дистанционном формате практически во всех ВУЗах России. К этому времени уровень развития современных информационных технологий и их использование, в первую очередь, среди молодежи стало обыденным и каждодневным, что в значительной степени облегчило переход к дистанционным формам обучения.

Отличие дистанционного обучения от традиционного заключается в том, что создается образовательная информационная среда, где обучающимся предоставляется возможность самим получать требуемые знания, используя информационные ресурсы (базы данных, электронные учебные и методические пособия, обучающие и контролирующие системы, электронные библиотеки и т. п.). При дистанционном обучении существенная часть материала осваивается не автономно, а в постоянном общении с преподавателем (консультации по интернету, лекции и семинары в режиме online) (Шаров В.С, 2009). В целом формы дистанционного обучения строятся в соответствии с теми же целями, что и традиционное обучение, с тем же содержанием, с теми же компетенциями. Тем не менее, меняется форма подачи материала, форма взаимодействия педагога и обучающегося, учитывается специфика дистанционного образования, основанная на информационных технологиях. Характерными чертами дистанционного обучения являет-

ся модульность, изменение роли педагога, разделение субъектов учебного процесса расстоянием, применение современных специализированных технологий и программ обучения и т. п.

Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 14 марта 2020 г. № 397 «Об организации образовательной деятельности в организациях, реализующих образовательные программы высшего образования и соответствующие дополнительные профессиональные программы, в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации» ВУЗам было рекомендовано организовать контактную работу с обучаемыми в дистанционном формате с использованием электронно-образовательной информационной среды (ЭИОС). При этом документ регламентировал обеспечить реализацию образовательных программ в полном объеме (Приказ Министерства науки и высшего образования РФ, 2020). Наличие у ВУЗа такой среды является одним из условий реализации образовательных программ, прописанных в Федеральных государственных образовательных стандартах высшего образования (ФГОС ВО).

В связи с реализацией этого приказа произошли кардинальные изменения в самом процессе педагогической деятельности. Содержание педагогической деятельности в новой образовательной системе, основанной на компьютерных и телекоммуникационных технологиях, существенно отличается от традиционной. Многие преподаватели оказались не готовы к таким формам обучения, к целенаправленному использованию и разработке электронных образовательных ресурсов (ЭОР) (Иванова Л. В., 2015; Михалева М. Е., 2015), что вызвало нарекания со стороны студентов и, как следствие, привело в некоторых образовательных направлениях к дискредитации дистанционного формата. В этой связи, одной из первостепенных задач на пути использования электронных образовательных ресурсов является соответствующая подготовка педагогических кадров (Суворова Т. Н., 2015). Да и студенты, как показывают проведенные исследования, обращаясь к дистанционной форме, руководствуются, прежде всего, возможностью совмещения учебы и работы, территориальным, временным и материальным факторами, при этом качество образования для них не имеет существенного значения (Заборова, Е. Н., Глазкова И. Г., Маркова Т. Л., 2017).

Но несмотря на все возможности ЭИОС у каждой стороны процесса обучения возникли и трудности. Как отмечают Баландина И. В., Попова Е. И., 2020 — это и проблемы с самоорганизацией студентов, и проблемы с качеством интернет-соединения (студенты из отдаленных районов не всегда могли вовремя прикреплять задания или вести диалог с преподавателем), и отсутствие технических средств (компьютера, видеокамеры, микрофона и др.) как у студентов, так и у преподавателей, и, конечно же, неподготовленность преподавательских кадров. Далеко не все преподаватели с легкостью перешли на дистанционное обучение. Возросла нагрузка на преподавателей, связанная и с разработкой курсов и проверкой заданий. Авторы делают вывод, что дистанционное обучение неспособно в полной мере заменить образовательный процесс в живом реальном времени.

Актуальным представляется и изучение возможностей современных информационно-коммуникационных технологий и интернет-сервисов, позволяющих формировать интерактив-

ный контент ЭОР, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к каждому из модулей. При этом считается, что соблюдение принципа интерактивности при разработке контента ЭОР следует отнести к одному из наиболее важных требований, предъявляемых к ЭОР (Михалева М. Е., 2015).

Опросы среди преподавателей из зарубежных стран говорят о том, что существует эффект повышения качества получаемых знаний при использовании дистанционной формы обучения даже над очным форматом (Киян И. В., 2010), однако данное мнение не разделяют отечественные преподаватели. Результаты опроса Шадринского государственного педагогического университета показали, что лишь 48% опрошенных преподавателей активно применяли формы дистанционного обучения, 49% очень редко использовали дистанционное обучение. 87% опрошенных преподавателей видят дистанционное обучение в качестве вспомогательного обучения, а не основного, 48,10% опрошенных считают, что качество образования при дистанционном обучении только ухудшится, при этом 59,49% опрошенных ответили, что дистанционное обучение «приемлемо для преподавания отдельных дисциплин» (Попова Е. И., Баландин А. А., Дедюхин Д. Д., 2020).

Но пандемия коронавируса заставила, невзирая на уровень подготовки учебных заведений, точек зрения преподавателей и студентов отказаться от очной формы обучения в сторону дистанционной. Карантинные мероприятия, введенные Президентом РФ, Министерством высшего образования и науки привели к полному переводу процесса обучения с использованием этой системы студентов очного отделения. В результате резкого перехода к дистанционному формату и включения в этот процесс всех обучающихся учебного заведения, сразу обнажился весь спектр проблем данной формы обучения, который включает в себя коммуникативные, учебные, организационные и технические трудности (Коморникова О. М., Попова Е. И., 2020).

Пока решение многих вопросов отдается на откуп образовательным организациям, а федеральные законы и постановления лишь рамочно обозначают ограничения. Несомненно, что как только будут расширяться и усложняться формы взаимодействия в рамках дистанционного обучения, то будут появляться и новые регламенты, и инструкции. Основной же задачей руководителей образовательных организаций в этих условиях становится постоянное отслеживание законодательных нововведений в данной сфере (Баландин И. В., Попова Е. И., 2020 (2)).

В Ростовском Государственном Медицинском Университете в период 2020–2021 учебного года использовалось электронное обучение с применением автоматизированной системы дистанционного обучения Moodle (модульная объектно-ориентированная динамическая учебная среда). Это свободная система управления обучением, ориентированная, не только на обеспечение взаимодействия между преподавателем и учащимися, но и на организацию традиционных дистанционных курсов. Кроме того, функции электронного обучения в системе реализуются путем интегрирования с Moodle — веб-приложением, предоставляющим возможность создавать сайты для онлайн-обучения. Система Moodle реализует философию «педагогика социального конструкционизма» и ориентирована, прежде всего, на организацию взаимодействия между преподавателем и учениками, хотя подходит и для организации традиционных дистанционных курсов, а также поддержки очного обучения. Главные возможности Moodle — в дан-

ной системе можно создавать и хранить электронные учебные материалы и задавать последовательность их изучения. Электронный формат позволяет использовать в качестве «учебника» не только текст, но и интерактивные ресурсы любого формата. Все материалы курса хранятся в системе, их можно организовать с помощью ярлыков, тегов и гипертекстовых ссылок. Интерактивный курс включал образовательный потенциал, при этом пользователь должен сам выполнять основную часть действий с изучаемой программой. Для проведения занятий, отработок, экзаменов использовался сервис видеоконференцсвязи Google Meet. Возможность работы в дистанционном формате, находясь в абсолютно любом населенном пункте, обеспечила сеть Интернет. Кроме того, интерфейс системы и ее возможности адаптировались к экрану смартфона, что являлось важным обстоятельством для студентов, не имеющих стационарного компьютера или ноутбука. Каждый студент и преподаватель для входа в систему имел свой логин и пароль и соответственно разные права доступа. Студенты — просматривали и скачивали задания, прикрепляли ответы, участвовали в видеоконференциях, в чатах. Преподаватели — создали курсы и задания, оценивали работы обучающихся, участвовали в чатах и форумах. Для организации работы в дистанционном формате преподаватель использовал личный кабинет, где хранились все учебные материалы электронного вида.

Соглашаясь с коллегами, что дистанционное обучение «приемлемо для преподавания отдельных дисциплин», опишем, как проводилось дистанционное обучение на кафедре психиатрии РостГМУ по специальности «Психиатрия, медицинская психология» в 2020–2021 учебном году. Следует особо подчеркнуть, что преподавание данного предмета производится на 5 курсе лечебно-профилактического и педиатрического факультетов. К этому времени студенты владеют базовыми знаниями фундаментальных дисциплин (анатомия, физиология, гистология, патологическая анатомия, патологическая физиология и многие другие), а также знакомы с методологией диагностического процесса, полученной на клинических дисциплинах (пропедевтика внутренних болезней, неврология, общая хирургия и другие), информационными технологиями в рамках освоения дисциплины медицинской информатики (Омельченко В. П., Демидова А. А., 2019). Нужно отметить, что психиатрия в рамках преподавания для студентов является именно той дисциплиной, для которой «приемлемо дистанционное образование». Это утверждение вытекает из целей и задач преподавания предмета согласно ФГОС ВО (ФГОС ВО 3++, 2020 (13,14)). Целью освоения учебной дисциплины «Психиатрия, медицинская психология» является овладение знаниями, умениями и навыками в области выявления и диагностики психических расстройств, а также принципами биологического, медикаментозного лечения и профилактики психических заболеваний. Задачами обучения являются:

- обучение студентов умению выделить ведущие психопатологические признаки, симптомы, синдромы, нозологические единицы;
- обучение студентов психопатологическому методу исследования при психических заболеваниях и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;
- обучение студентов оказанию психически больным первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний;

— ознакомление студентов с основными методиками экспериментально-психологического исследования психически больных;

— ознакомление студентов с принципами организации и работы лечебно-профилактических учреждений различного типа.

При решении этих целей и задач при проведении практических занятий достаточным является использование режима видеосвязи Google Meet в сочетании с интерактивным курсом, содержащим образовательный потенциал теоретических знаний и необходимость студентам по каждой теме выполнить тестирование и решение клинических задач. Несомненным плюсом для преподавателя здесь является возможность включать в курсы большее количество визуальной информации (видеоконтент, презентации, инфографика, видеоуроки и пр.). В качестве учебных источников на платформу дистанционного обучения были выложены как рекомендуемые Министерством высшего образования и науки, учебники, так и учебно-методические пособия, разработанные на кафедре психиатрии и кафедре психиатрии и наркологии РостГМУ (Заика В. Г., Дубатова И. В., Дмитриев М. Н., 2017; Бухановский А. О. и соавт., 2021; Солдаткин В. А., 2010), в которых отражены и классические формы описания психопатологии и примеры из литературных источников психических расстройств у литературных героев. На практических занятиях в режиме видеосвязи с использованием сервиса Google Meet наряду с обсуждением теоретических вопросов психопатологии использовались видеозаписи беседы с пациентами с различными психопатологическими симптомами и синдромами, а также осуществлялся просмотр отрывков фильмов художественной кинематографии, в которых образно и ярко были показаны те или иные психопатологические расстройства и их лечение («Игры разума», реж. Р. Ховард, 2001; «Авиатор», реж. М. Скорсезе, 2004; «Полет над гнездом кукушки», реж. М. Форман, 1975; «Мозг в огне» реж. Д. Барретт, 2016 и другие). Обратная связь со студентами организовывалась при проверке заданий. Кафедра устанавливала временные ограничения на выполнение заданий, т. е. по истечении определенного времени файлы просто нельзя было прикрепить к заданию. Оценка преподавателем проводилась по пятибалльной шкале. На видеоконференции преподавателями оценивались ответы каждого студента на каждом занятии, что заносилось в «Журнал посещаемости и успеваемости студентов», выставлялась оценка за решение клинических задач. Промежуточный контроль осуществлялся после каждого занятия посредством тестирования. Проверка тестов осуществлялась автоматически. Все это способствовало полноценному усвоению учебной программы.

По итогам курации «Психиатрия, медицинская психология» был проведен опрос 165 респондентов; осенний семестр 2020 года представляли 90 студентов 5 курса лечебно-профилактического факультета (ЛПФ), весенний семестр представляли 75 студентов 5 курса педиатрического факультета (ПФ). 74 респондента (82,2%) ЛПФ и 67 (89,3%) опрошенных ПФ считают, что сочетание практических занятий в режиме видеоконференций и использование интерактивного контента идентично традиционным формам образования, а 49 (54,4%) опрошенных ЛПФ и 43 (57,3%) опрошенных ПФ посчитали такой формат преподавания более продуктивным, чем при традиционных формах. При этом 86 (95,6%) студентов ЛПФ и 71 (94,7%) студентов ПФ отметили актуальность и важность изучения интернет-ресурсов, удобство рабо-

ты с интернет-сервисами, автоматической проверкой полученных результатов тестирования.

В качестве недостатка дистанционного обучения было высказано пожелание посетить психиатрические стационары и пообщаться с пациентами, что, в условиях пандемии, не является приемлемым. За время кураций на обоих факультетах было отмечено 9 (5,5%) случаев заболевания COVID-19, у 3 (1,8%) с положительным ПЦР тестом, 37 (22,4%) случаев респираторно-вирусной инфекции с высокой температурой, чиханием, кашлем, насморком, отмечался один случай заболевания (0,6%) ветряной оспой. Нетрудно представить эпидемиологические последствия такой статистики, если бы занятия проводились в традиционной очной форме с посещением пациентов, длительно находящихся в стационаре.

Таким образом, можно сделать вывод, что дистанционная форма обучения явно недооценена в российских ВУЗах и может быть представлена более широким диапазоном направлений обучения, где может показывать, если не повышенные, то идентичные показатели в сравнении с классической формой получения образования. Следует отметить, что развитие дистанционного образования является мировым трендом, в связи с этим необходимо продумать новые методики применения дистанционных форм обучения совместно с традиционными формами, которые бы включали более тесные контакты обучающихся с педагогами. В период пандемии дистанционная форма обучения показала свои преимущества не только в плане качества образования, но и эпидемиологической безопасности как студентов, так и преподавательского состава, поэтому дистанционное обучение безусловно, на текущий момент, является безальтернативно более высокой ступенью на пути получения высшего образования.

Список литературы:

1. Баландин И. В., Попова Е. И. Дистанционное обучение: правовые аспекты//Вопросы педагогики,2020.-№ 5–1.-С51–54.
2. Баландин И. В., Попова Е. И. Организация дистанционного обучения в ВУЗе в современных условиях//Вопросы педагогики,2020.-№ 6–2.-С. 34–38.
3. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
4. Заборова Е. Н., Глазкова И. Г., Маркова Т. Л. Дистанционное обучение: мнение студентов [Текст]//Социологические исследования. — 2017. — № 2. — С. 131–139.
5. Заика В. Г., Дубатова И. В., Дмитриев М. Н. Психиатрия и медицинская психология (Сборник тестов и клинических задач).-Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2017.- 204 с.
6. Иванова Л. В. Подготовка будущего учителя к использованию электронных образовательных ресурсов в профессиональной деятельности//Современные тенденции развития науки и технологий, 2015.- № 1–7. С. 34–37.
7. Киян И. В. Анализ зарубежного опыта дистанционного обучения [Текст]//Энергобезопасность и энергосбережение, 2010. — № 6. — С. 32–36.

8. Коморникова О. М., Попова Е. И. Проблемы развития дистанционного образования в России//Вестник Шадринского государственного педагогического института, 2020.- № 2 (46).— С. 111–114.
9. Михалева М. Е. Интерактивность как одно из важных требований к электронным образовательным ресурсам//Электронная информационно-образовательная среда вуза: проблемы формирования, контекстного наполнения и функционирования: IV Всероссийская методическая конференция/Под ред. Е. А. Ходыревой. Киров: Радуга-ПРЕСС, 2015. -С. 150–152.
10. Омельченко В. П., Демидова А. А. Особенности преподавания медицинской информатики при подготовке медицинских профессиональных кадров//Современные проблемы науки и образования, 2019.- № 5. С. 14.
11. Попова Е. И., Баландин А. А., Дедюхин Д. Д. Дистанционное образование: современные реалии и перспективы//Образование и право, 2020.-№ 7.-С. 203–209.
12. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 14 марта 2020 г. № 397 «Об организации образовательной деятельности в организациях, реализующих образовательные программы высшего образования и соответствующие дополнительные профессиональные программы, в условиях предупреждения распространения новой коронавирусной инфекции на территории РФ» [Электронный ресурс]. — Режим доступа: https://minobrnauki.gov.ru/ru/documents/card/?Id_4=1064
13. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
14. Суворова Т. Н. Подготовка учителей к разработке, оценке качества и применению электронных образовательных ресурсов в условиях введения новых стандартов//Информатика и образование, 2015.- № 9 (268). С. 47–53.
15. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО 3++) — специалитет по специальности 31.05.01. Лечебное дело. — М.: Министерство науки и высшего образования РФ, 2020.-12 с.
16. Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО 3++) — специалитет по специальности 31.05.02. Педиатрия. — М.: Министерство науки и высшего образования РФ, 2020.-19 с.
17. Шаров В. С. Дистанционное обучение: форма, технология, средство//Известия Российского Государственного Педагогического Университета Им. А. И. Герцена, 2009. — № 94.– С. 236–240.

КРИТИЧЕСКАЯ ПРОЗА ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКИХ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ (ОБНУБИЛЯЦИЯ, АСТЕНИЧЕСКАЯ СПУТАННОСТЬ): ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Дубицкая Е. А., Носачев Г. Н.

г. Самара.

Со времен Р. Декарта человека в медицине и как организм, и как личность продолжают рассматривать дуалистично: организм (состояние бодрствования) изучает соматическая медицина, а психику, включая сознание — неврология и психиатрия. Сознание человека было и долго будет оставаться одним из наиболее сложных и противоречивых вопросов целого ряда гуманистических (философия, психология, социология и др.) и естественных наук, в первую очередь, клинической медицины, где проблемы расстройств сознания занимают ведущее место, особенно это касается ургентной медицины [1]. Пессимизм в медицине обусловлен многолетним отсутствием единой классификации (общей «инструкции») к практическому использованию синдромов расстройств сознания: понимания, оценивания, а главное — успешного, своевременного и качественного лечения человека, с сохранением не только его жизни, но и гражданских прав. Даже в неврологии не существует единой синдромальной классификации расстройств сознания, а в существующих классификациях абсолютно отсутствует синдром обнубиляции (легкого оглушения) [8, 9]. И, хотя в национальном руководстве «Психиатрия» (2009) этот синдром описан, в ряде разделов психиатрии он не упоминается (например, в судебной психиатрии).

Цель статьи: обосновать необходимость возвращения в клинический (диагностический) оборот синдрома легкого оглушения (обнубиляции) и астенической спутанности, показать их значение и возможности использования их в соматической медицине и судебной психиатрии.

Клинический материал получен авторами в процессе консультирования, включая повторные консультации (динамическое наблюдение) в неврологических и кардиологических отделениях, а также при консультировании адвокатов в гражданских процессах (всего свыше 500 пациентов).

Еще Л. С. Выготский считал сознание самостоятельным целостным образованием в контексте «геологической модели личности», а А.Н. Леонтьев называл предельной формой психического [1]. По мнению А. Г. Асмолова [2], «именно сознание в качестве эволюционного механизма «выработки неопределенности» обеспечивает наибольший преадаптационный потенциал самообразования системы, чувствительность к «изменению изменений» образа жизни еще до изменений этих изменений [3]. При этом сознание интерпретируется как «функциональный орган» смысловозначения и смыслопорождения изменений образа жизни».

Выделением базовых синдромов при качественных расстройствах сознания (критериям) мы обязаны Карлу Ясперсу (2011) в «Общей психопатологии» [10].

По-видимому К. Ясперс не знал о работах В. М. Бехтерева [3], который предложил стройную, хорошо разработанную уровневую систему сознания, включающую все возможные направления его «интервенции». В. М. Бехтерев считал возможным говорить о «специальных ви-

дах сознания» и выделял шесть форм сознания, которые определяют также различные степени развития содержания сознания (от низшей к высшей): сознание своего существования; сознание своего тела; сознание окружающего пространства; сознание времени; сознание своей личности; сознание своего сознания.

Критерии К. Ясперса не потеряли значения за столетний период своего существования. В настоящее время эти критерии используются в клинической диагностике не только качественных, но и количественных расстройств сознания. И хотя и в XX, и в начале XXI века были неоднократные попытки найти другие критерии [1], включая современные скрининговые тесты (например, шкала Глазго), но, по существу, они повторяют критерии К. Ясперса. В качестве примера приведен подход В. П. Зинченко [6]: 1) отчетливо осознаваемый образ; 2) поле ясного внимания; 3) содержание кратковременной памяти; 4) очевидный результат мыслительного акта; 5) осознание собственного Я.

К. Ясперс выделил 4 основных критерия для диагностики качественных расстройств (помрачения) сознания, которые, по нашему мнению, могут быть распространены и на выключения сознания, в частности на синдром обнубиляции, с учетом системного подхода.

Приведем тезисно общеизвестные психиатрам критерии К. Ясперса, наиболее практически работающие при диагностике легкого оглушения.

Одним из ведущих критериев обнубиляции является дезориентировка во времени, смыслообъединение во временных соотношениях ситуации, места и окружающих лиц. Под этим понимается объединение внешнего, реального, мира с внутренним миром пациента, т. е. то, что и формирует собственно расстройство сознания на уровне мышления (интеллекта). Даже если пациент упрощенно и с ошибками отвечает на ориентировочные вопросы, он не может соединить их в осмысленное повествование с оценкой текущего времени (критичность, логичность), понять, оценить и спрогнозировать своё ближайшее поведение, т. е. соединить всё это в единое целое.

Следующие три критерия К. Ясперса — отрешенность от реального мира (реальной действительности), расстройства мышления и расстройства памяти более характерны для качественных расстройств (помрачения) сознания, хотя отдельные симптомы можно отметить и при обнубиляции.

Реже встречаются растерянность и свертотвлекаемость (гиперметаморфозы).

В соматической медицине, особенно в неврологии и геронтологии, используется термин «астеническая спутанность». Так, И. В. Колыхалов [7] в «Руководстве по гериатрической психиатрии» в главе, посвященной психозам позднего возраста, на первом месте описывает спутанность [7] и не упоминает оглушение.

В национальном руководстве «Неврология» (М., 2009) в главе 25 автор указывает, что «определения этих понятий у разных авторов могут не вполне совпадать» (с. 522) и тут же вводит «оригинальное» понятие: «Затемнение сознания — при незначительном снижении уровня бодрствования снижается и искажается восприятие и оценка окружающего. Возможны возбуждение, бред, галлюцинации, различные аффекты...» [с. 522].

Проанализируем термин «спутанность» — обобщающее понятие, которым называют остро развивающееся обратимое состояние когнитивной недостаточности (синдромы: делирий, обратимая деменция, острая мозговая недостаточность). Это патологическое состояние может зависеть от многих факторов, условий и причин возникновения.

Ясно одно: спутанность включает в себя в виде непостоянных симптомов как количественные (оглушение), так и качественные (делирий) расстройства сознания.

Наибольшей проблемой, затрудняющей диагностику обнубиляции, является широкое внедрение скрининговых клиничко-психологических опросников (в частности, упомянутой Шкалы Глазго), вторая проблема — «уровень сознания», в том числе знаний и умений врача в процессе диагностики.

В качестве теоретической основы анализа уровня сознания в коммуникации в системе «врач — пациент» используем классификацию уровней сознания Ф. Е. Василюка [4], который предлагает схему «диалога» установок: наблюдатель (субъект, врач) — наблюдаемый (объект, пациент), т. е. и в системе взаимоотношений «врач — пациент». Таким образом, выделяются четыре состояния: субъект — субъект (рефлексия); субъект — объект (сознавание); объект — субъект (переживание); объект — объект (бессознательное).

Но, вступая в диалог с пациентом, врач вольно или невольно может переходить на уровень «субъект — субъект» (рефлексия) и (или) «объект — субъект» (переживание). Для пациента — это естественное состояние коммуникации с врачом для передачи текущей информации. На это указывают В. А. Ганзен и А. А. Гостев [5], которые различают «актуальное сознание, под которым подразумевается прохождение определенного психического содержания через фокус сознания, и потенциальное сознание — запас содержаний психического, который всегда присутствует в памяти в любой момент актуального сознания и при определенных условиях может стать фактом последнего (проблематика неосознаваемого психического)».

В рефлексии референты (врач и пациент) находятся в неравных отношениях. Так, врач обладает медицинской информацией (запасом знаний, навыков, т. е. опытом) и, на основании информации, полученной от пациента, может провести диагностику, а пациент может предлагать свое «видение» болезни или отсутствие этого видения. А с учетом наличия расстройства сознания это видение будет разнонаправлено, неадекватно или просто в виде отрицания болезни, а, соответственно, может быть неправильно оценено врачом в диагностическом и организационно-правовом отношении. Следует помнить, что при обнубиляции изменить информированность пациента невозможно.

В данной статье мы ограничимся описанием двух состояний, имеющих базовое значение для диагностики обнубиляции: субъект — объект (сознавание) и объект — субъект (переживание). Естественно, что в системе «врач — пациент» (субъект — объект) ведущая (ответственная) роль принадлежит врачу (рефлексивное сознание, самосознание, опыт и т. д.) и одновременно у пациента они находятся в состоянии переживаний (жалоб, тревоги, субдепрессии, астении, а в нашем случае нарушения сознания), которые врач должен выявить и оценить.

Междисциплинарный характер клинических нейронаук, в которых преимущественно происходит диагностика расстройств сознания, требует от специалиста междисциплинарных знаний привлекаемой науки, единообразия основной терминологии, и особенно — расстройств сознания, как синдромов экстренной медицины, влекущих за собой решение не только диагностических, но и организационно-правовых вопросов.

Знание описанных выше уровней сознания не только обогащает теоретически, но позволяет четко понимать (осознавать), на каком уровне происходит конкретное общение (диагностика) в системе «врач — пациент».

К сожалению, критическую прозу читают десятки, а берут на вооружение единицы коллег. Насколько мы были убедительны — судить читателю.

Список литературы:

1. Акопов Г. В., Носачев Г. Н. Психология и психопатология сознания. Учебное пособие. Самара: СГСПУ. 2019. 180 с.
2. Асмолов А. Г., Шехтер Г. Д., Черноризов А. М. Что такое жизнь с точки зрения психологии: историко-эволюционный подход к психофизической проблеме. Вопросы психологии. 2016; 2: 3–21.
3. Бехтерев В. М. Сознание и его границы. Казань, 1888.
4. Василюк Ф. Е. Уровни построения переживания и методы психологической науки. Вопросы психологии. 1998; 5: 27–37.
5. Ганзен В. А., Гостев А. А. Систематика мысленных образов//Психологический журнал. 1989; 2: 12–21.
6. Зинченко В. П. Миры сознания и структура сознания//Вопросы психологии. 1991; 2: 15– 36.
7. Колыхалов И. В. Психозы позднего возраста//Руководство по гериатрической психиатрии/ Под ред. С. И. Гавриловой.- М.: Пульс, 2011: 145–194.
8. Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А. Отрицание легких расстройств сознания (обну- биляция, астеническая спутанность) в неврологии: клиника, компетентность, ответственность. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Современные концепции реабилитации в психоневрологии: отрицание отрицания». 9–11 июня 2016 г. СПб:125–128.
9. 10. Ясперс К. Общая психопатология. М., 1977. 1056 с.

О РОСТЕ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАПРОСОМ НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛА

Дьяченко А. В., Бухановская О. А., Перехов А. Я., Ковалев А. И.

ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону.

Введение. В течении последних нескольких лет исследователями отмечается существенный рост лиц, заявляющих о своей транссексуальности и трансгендерности. Также, согласно данным литературы, регистрируется рост обращаемости пациентов с запросом на изменение пола (Сыропятов О. Г. и соавт, 2013; Солдаткин В. А. и соавт., 2015). Данный факт до настоящего время не имеет однозначного объяснения (Азаматова В. В. и соавт., 2019). Исследования в данной области практически не проводятся.

Цель: анализ частоты и структуры обращаемости пациентов с запросом на выдачу разрешения на изменение пола.

Материал и методы. Было исследовано 127 медицинских карт пациентов, обратившихся с запросом на выдачу разрешения на изменение пола в Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС» в период с 2000 по 2020 гг. Критериями включения в исследование стали: 1) подписание пациентами информированного согласия на обследование в Центре; 2) наличие истории болезни с установленным в соответствии с актуальным вариантом МКБ диагнозом; 3) наличие заключения клинического психолога по результатам экспериментально-психологического исследования; 4) подтверждение диагноза решением консилиума в составе: психиатр (не менее 2-х человек), сексолог, клинический психолог.

Критерии не включения (исключения): 1) наличие диагноза «Гермафродитизм»; 2) обращение в ЛРНЦ «ФЕНИКС» в связи с иными причинами, с выявлением расстройства половой идентификации в процессе диагностики; 3) отсутствие подтверждения диагноза решением консилиума в составе: психиатр (не менее 2-х человек), сексолог, клинический психолог.

После проверки соответствия критериям включения и подтверждения отсутствия критериев не включения (исключения), для дальнейшего анализа были отобраны 179 медицинских карт. Группа была разделена на три подгруппы в соответствии с датой обращения: в подгруппу А были включены лица, обратившиеся в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с запросом на выдачу справки об изменении пола с 1991 по 1999 гг.; в подгруппу В — с 2000 по 2009 гг.; в подгруппу С — с 2010 по 2020 гг.

Методы исследования: клинический, математический, статистический.

Результаты. Из общего числа включенных в исследование пациентов, обратившихся в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с запросом на изменение пола ($n = 179$ человек), мужчины составили 20,1% ($n = 36$), женщины — 79,9% ($n = 143$). Средний возраст обследованных составлял 25 (19; 30) лет, где 25 — медиана, 19; 30 — интерквартильный размах. У женщин средний возраст составил 26 (20;30) лет, у мужчин 20 (17,5; 30,5) лет, где данные представлены в виде медианы и интерквартильного размаха. Здесь и далее эта форма представления данных будет использо-

ваться в случае непараметрического распределения признака, так как все выборки не подчинялись нормальному закону распределения согласно критерию Колмагорова-Смирнова ($p \leq 0,2$) и Шапиро-Уилка ($p \leq 0,05$). Согласно критерию Манна-Уитни статистически значимых различий по возрасту между обратившимися мужчинами и женщинами не было ($p = 0,3$).

Динамика обращаемости данной категории пациентов оказалась неравномерной. максимальное число пациентов, заявивших о своем стремлении к изменению пола ($n = 98, 54,7\%$), было обследовано в Центре в период с 1991 по 1999 гг (подгруппа А). В течение следующего десятилетия (подгруппа В) число обращений снизилось на $81,6\%$ ($n = 18, 10,1\%$), однако в период с 2010 по 2020 гг. (подгруппа С) вновь наблюдается значительное повышение обращаемости данной категории пациентов ($n = 63, 65,2\%$). Прирост числа обращений по сравнению с 2000–2009 гг. составил $71,4\%$.

В течении последнего десятилетия отмечается снижение возраста обращения с запросом на выдачу разрешения на изменение пола. Возраст пациентов, обратившихся в ЛРНЦ «ФЕНИКС» в подгруппе А составил 27 (23; 31) года; в подгруппе В — 29 (25; 34) года; в подгруппе С — 18 (17; 22) года. Согласно критерию Манна-Уитни статистической значимости различий по возрасту между подгруппами А и В не было ($p = 0,41$), а вот между подгруппами А и С были статистически значимые различия по возрасту ($p < 0,00001$), также и между подгруппами В и С имелась статистически значимое различие возраста ($p = 0,0001$). Число обследованных пациентов моложе 18 лет = $16,2\%$ ($n = 29$) от общего числа пациентов: в подгруппе А — $1,02\%$ ($n = 1$) от общего числа в подгруппе; в подгруппе В — $5,6\%$ ($n = 1$) от общего числа в подгруппе; в подгруппе С — $42,9\%$ ($n = 27$) от общего числа в подгруппе.

Изучение клинического состава группы пациентов, обратившихся с запросом на изменение пола в ЛРНЦ «ФЕНИКС», с одной стороны, продемонстрировало ее неоднородность (Табл. 1), с другой — неодинаковую обращаемость пациентов, страдающих различными расстройствами, в разные отрезки времени.

Таблица 1.

Клинический состав группы пациентов, обратившихся в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с запросом на выдачу «справки об изменении пола» в период с 1991 г. по 2020 г.

Нозология	Шифр по МКБ-10	Всего		Мужчины		Женщины		p
		n	%	n	%	n	%	
Транссексуализм (ТС)	F64.0	114	63,7	9	7,9	105	92,1	<0,001*
Фетишистский трансвестизм (ФТ)	F65.1	5	2,8	5	100	0	0	0,002*
Эгодистоническая ориентация по полу, эгодистонический гомосексуализм (ЭГ)	F66.1	7	3,9	2	28,6	5	71,4	0,1

Нозология	Шифр по МКБ-10	Всего		Мужчины		Женщины		p
		n	%	n	%	n	%	
Расстройства шизофренического спектра, коморбидные транссексуализму (РШС+ТС)	F64.0, F20-F25	3	1,7	1	33,3	2	66,7	0,4
Расстройство личности (РЛ)	F60	2	1,1	2	100	0	0	0,04*

Максимальное число обследованных пациентов, страдающих ТС, было выявлено в подгруппе А (n = 114) (согласно критерию χ^2 -Пирсона были статистически значимые различия между подгруппами А и В (p<0,0001), между подгруппами А и С (p<0,0001, между подгруппами В и С статистически значимых различий не было (p=0,67)). В дальнейшем отмечается снижение обращаемости больных ТС, составившее 76,5% в 2000–2009 гг. (подгруппа В) и 90,2% в 2010–2020 гг. (подгруппа С). Соотношение мужчин и женщин среди лиц с ТС составляет 1:11,7. Средний возраст — 26 (22,5; 30) года. Число обследованных лиц с ТС до 18 лет — 1,8% (n = 2).

В подгруппе С было выявлено значительное численное превалирование больных РШС (согласно критерию χ^2 -Пирсона были статистически значимые различия между подгруппами С и В (p<0,0001), между подгруппами А и С (p<0,0001, между подгруппами А и В статистически значимых различий не было (p=0,87)). Клиническая структура группы пациентов, страдающих РШС, представлен в Табл. 2.

Таблица 2.

Клиническая структура группы больных расстройствами шизофренического спектра, обратившихся в ЛРНЦ «ФЕНИКС» с запросом на выдачу «справки об изменении пола» в период с 1991 г. по 2020 г.

Форма РШС	Всего		Мужчины		Женщины		p
	n	%	n	%	n	%	
Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F20.01)	4	8,3	2	4,2	2	4,2	1
Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант депрессивный тип (F25.11)	3	6,25	0	0	3	6,25	0,01*
Приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант смешанный тип (F25.21)	5	10,4	3	6,2	2	4,2	0,5
Псевдоневротическая (неврозоподобная) шизофрения (F21.3)	17	35,4	8	16,7	9	18,6	0,7
Псевдопсихопатическая (психопатоподобная) шизофрения (F21.4)	19	39,6	2	4,2	17	35,4	<0,001*

Примечание: * — различия статистически значимы при $p \leq 0,05$ согласно критерию χ^2

Соотношение мужчин и женщин в группе больных РШС составляет 1:2,2. Средний возраст — 18 (16; 20) лет. Число обследованных лиц до 18 лет — 47,9% (n = 23).

Обращает на себя внимание, что снижение среднего возраста обращения и максимальное число несовершеннолетних наблюдается среди больных РШС.

При изучении анамнеза больных РШС было установлено, у 100% обследованных пациентов, страдающих РШС, расстройства половой идентификации не наблюдались до дебюта заболевания. В 95,8% случаях (n = 46) пациенты сообщали о том, что идея о смене пола возникла остро, на фоне аффективной нестабильности, после получения соответствующей информации извне: Интернет — 82,6% (n = 38); телевидение — 4,35% (n = 2); печатные СМИ — 4,35% (n = 2); другие источники — 8,7% (n = 4). 81,25% (n = 39) сообщили о том, что на этом фоне испытывали ощущение «озарения» с последующим переосмыслением событий прошлой жизни в контексте приобретенных «трансгендерных» переживаний.

Заключение. В течении последних 10 лет отмечается значительное увеличение обращаемости пациентов с запросом на выдачу разрешения на изменение пола. Причем это увеличение происходит за счет резкого повышения числа подростков с РШС, заявляющих о своей транссексуальности и трансгендерности, что соответствует данным Симак О. Я., Солдаткина В. А. (2016). Наблюдаемый патоморфоз клинической картины эндогенно-процессуальных заболеваний, по-видимому, связан с влиянием социальной (информационной) среды, обуславливающей возникновение специфических импринтинговых ситуаций.

Список литературы:

1. Азаматова В. В., Анцыборов А. В., Бойко Е. О., Бухановский А. О., Васенина Е. Е., Дубатова И. В., Ковалёв А. И., Кутявин Ю. А., Крючкова М. Н., Литвак М. Е., Мадорский В. В., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Петров В. Г., Солдаткин В. А., Третьяков А. В., Турченко Н. М., Фомина-Чертоусова Н. А. Краткий курс психиатрии. Учебник для последипломного образования/Ростов-на-Дону, 2019.
2. Симак О. Я., Солдаткин В. А. Семья больного шизофренией как перспективный фокус внимания//Сборник: Неделя науки — 2016. Материалы Всероссийского молодёжного форума с международным участием. 2016. С. 506–509.
3. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Труфанова О. К., Бухановская О. А., Вычужина Я. В., Загоруйко Е. Н., Зотов П. Б., Дьякова И. В., Кашин А. А., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Летинова Н. Г., Мавани Д. Ч., Малышко Е. В., Мрыхин В. В., Тараканова Е. А. Клиническая психометрика. Учебное пособие/Ростов-на-Дону, 2015.
4. Сыропятов О. Г., Дзеружинская Н. А., Солдаткин В. А., Крылов В. И., Перехов А. Я. Психические и поведенческие расстройства при вич-инфекции и СПИДе. Учебное пособие/Ростов-на-Дону, 2013.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ПРОТКАЮЩИХ С НАРУШЕНИЯМИ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Дьяченко А. В., Бухановская О. А., Перехов А. Я., Ковалев А. И.

*ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр «ФЕНИКС», кафедра психиатрии,
наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ростовский государственный
медицинский университет» Минздрава России,
г. Ростов-на-Дону.*

Диагностика нарушений половой идентификации у больных расстройствами шизофренического спектра (РШС) в современных условиях весьма сложна. Представляется возможным выделить следующие группы факторов, осложняющих постановку диагноза: 1) связанные с макросоциальными условиями; 2) связанные с методическим материалом; 3) связанные с субъектом обследования; 4) связанные с объектом обследования.

1. Факторы, связанные с макросоциальными условиями

Современная глобальная культурная среда характеризуется с одной стороны цивилизационным доминированием западного мира — в первую очередь, США и государств Западной Европы — и небывалым повышением политического значения гендерной теории в этих странах.

Гендерная теория, концептуально родственная либерализму, феминизму, социальному конструктивизму, постмодернизму и трансгуманизму, призывает отказаться от идеи биологического детерминирования социальных отношений, провозглашает главенство личной свободы над закрепленными в обществе нормативами полоролевого поведения, верховенство индивидуального мировоззрения и самоощущения индивида над биологическим императивом, а также способность и право человека преодолеть навязываемые ему природой ограничения. Для современной вариации гендерной теории характерно стремление к небывалому расширению понятия свободы полоролевого поведения. Причем сторонники этого течения стремятся дистанцироваться от клинической интерпритации феномена небинарного полоролевого позиционирования. В равной степени нормативными признаются как «цисгендерная идентичность», т. е. самоопределение, соответствующее биологическому полу — так и «трансгендерная идентичность» — альтернативная бинарной модели самоидентификация, включающая в себя множество вариантов несовпадения гендерной идентичности и пола.

2. Факторы, связанные с методическим материалом

Первые клинические описания шизофрении, протекающей с нарушением половой идентификации, были представлены еще во второй половине XIX века (R. Kraft-Ebing 1918), однако практическое значение данный феномен приобрел только в 1950–1960-х гг, после описания Н. Венжамин клинической картины транссексуализма (Бухановский А. О., 2016). Постулат о необходимости проведения тщательной дифференциации между этими состояниями был единогласно принят специалистами в области психического здоровья и закреплен соответствующим указанием в международных классификациях болезней — МКБ и DSM. При этом

достаточно полного и надежного клинического описания «брета смены пола», позволяющего сформулировать адекватные дифференциально-диагностические критерии, предоставлено не было. В наиболее известных работах, посвященных изучению расстройств половой идентификации, диагноз «шизофрения» являлся критерием исключения, и данная категория пациентов не подвергалась анализу (Матевосян С. Н., Введенский Г. Е., 2012). Это привело к тому, что к началу 2000-х гг. был накоплен небольшой объем научного материала, включающий преимущественно отдельные клинические наблюдения.

В наше время, несмотря на повышение числа публикаций, степень изученности проблемы по-прежнему остаются недостаточной. В зарубежных научных базах данных до настоящего времени не размещено ни одного крупного исследования на данную тему, отвечающего современным критериям доказательности. Имеющийся научный материал по-прежнему представлен преимущественно описаниями отдельных, но теперь уже весьма неоднородных случаев, литературными обзорами и лишь малая его часть — исследовательскими работами. В течении последнего десятилетия крупных русскоязычных исследований, посвященных нарушениям половой идентификации у больных расстройствами шизофренического спектра, не публиковалось.

Осложняет ситуацию и наблюдаемый в течении последнего десятилетия рост объема непрофессиональных, в том числе — недостоверных данных, относящихся к проблеме расстройств половой идентификации. Имеет место проблема терминологической путаницы, необоснованного роста терминологии и некорректного использования имеющихся обозначений.

3. Связанные с субъектом диагностики

Принимая во внимание сугубо клинический характер диагностики как шизофрении, так и расстройств половой идентификации, неизбежное влияние на качество этой диагностики оказывают мировоззрение, опыт и квалификация врача.

Несмотря на то, что врач, как подразумевается, должен быть свободен от влияния идеологии и привержен только клинической реальности, на практике это не всегда бывает так. Причем наиболее подверженными воздействию социальных тенденций является именно психиатры как представители специальности, находящейся на стыке гуманитарных и естественных наук. Примеров того, когда психиатрия становилась на службу идеологии весьма много, и складывающаяся вокруг гендерной теории ситуация также относится к их числу. Весьма распространенной стала ситуация, когда врачи-психиатры вместо выполнения своей прямой обязанности — проведения обследования, в ходе которого надлежит установить мотивы стремления пациента к изменению пола — начинают транслировать идеи свободы гендерного самовыражения. Между тем, доказательная основа этих идей не выдерживает критики.

Принимая во внимание сугубо клинический характер диагностики как расстройств половой идентификации, так РШС, ее проведение предъявляет особые требования к квалификации врача, его клиническому и жизненному опыту. Учитывая свойственную пациентам недоверчивость и негативистичность, работа с ними требует от врача наличия особых личностных качеств — высокой эмпатии, ответственности, терпения.

4. Факторы, связанные с объектом диагностики

Данная группа факторов включает в себя сложности, связанные как с диагностикой самих РШС, так и сложности, сопряженные со спецификой сочетания РШС и нарушений половой идентификации. Очевидно, что установление диагноза «Шизофрения» при наличии развернутого психоза не вызывает серьезных трудностей — даже на основании простой оценки психического статуса. Диагностика же продромального периода болезни, шизотипического расстройства или паранойяльной шизофрении является весьма сложной в виду полного отсутствия эффективных методов объективизации, неспецифичности и синдромальной незавершенности большинства наблюдаемых феноменов, которые при наличии половой дисфории еще труднее поддаются однозначной клинической оценке (Campo J. M. et al., 2001; Urban M., 2009; Baltieri D. A., De Andrade A. G., 2009; Матевосян С. Н., Введенский Г. Е., 2012; Барденштейн Л. М., Алешкина Г. А., 2017; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2017; Бухановский А. О. и соавт., 2021; Солдаткин В. А. и соавт., 2015).

Существуют указания на склонность больных РШС с нарушениями половой идентификации к искажению анамнестических сведений с ретроспективным истолкованием событий жизни в свете приобретенных «трансгендерных» переживаний, а также — к намеренному искажению анамнестических сведений (Кулиш С. Б., 2009; Матевосян С. Н., Введенский Г. Е., 2012; Бухановский А. О., 2016).

Представлены данные о социальном патоморфозе РШС под влиянием информационной среды (Бухановский А. О., Спиридонова Н. В., 2011; Матевосян С. Н., Введенский Г. Е., 2012).

Экспериментально-психологическое исследование также имеет ограниченное диагностическое значение. Так, в случаях инициального этапа заболевания или при паранойяльной шизофрении характерные для шизофренического патопсихологического симптомокомплекса проявления могут быть выражены недостаточно, что в условиях неочевидности клинической картины и постоянно меняющегося представления о полоролевой норме может стать причиной диагностической ошибки. Имеют место существенные трудности разграничения первичных и симптоматических форм нарушений половой идентификации у больных РШС. В условиях недостаточного описания клиники и закономерностей взаимовлияния транссексуализма и шизофрении большинство авторов придерживается двух очевидных критериев, позволяющих установить «истинный» характер нарушений половой идентификации при наличии сопутствующего эндогенного процесса: расстройство идентификации должно ярко проявляться преморбидно по отношению к шизофрении и стойко сохраняться после купирования симптомов болезни адекватной антипсихотической терапией ([Матевосян С. Н., Введенский Г. Е., 2012).

Таким образом, диагностика РШС, протекающих с нарушением половой идентификации, в современных условиях сопряжена с рядом трудностей. Для их преодоления и снижения риска ятрогений необходима тщательная клиническая оценка целого ряда неспецифических феноменов. Кроме того, необходимо дальнейшее изучение феномена «псевдотранссексуализма» при РШС с целью накопления методического материала и создания надежных дифференциально-диагностических критериев.

Список литературы:

1. Александровский Ю. А., Бухановский А. О., Волель Б. А., Волкова Н. И., Дубатова И. В., Ибишев Х. С., Ковалев А. И., Коган М. И., Крылов В. И., Крючкова М. Н., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Менделевич В. Д., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Поркшеян М. И., Солдаткин В. А., Турченко Н. М. Пограничная психиатрия и психосоматика. Учебник для последипломного образования. Ростов-на-Дону, 2019. 624 с.
2. Барденштейн Л. М., Алешкина Г. А. Острые и преходящие психотические расстройства. Монография. М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М» 2017. — с. 180.
3. Бухановский А. О. Транссексуализм и сходные состояния. Ростов-на-Дону: Изд. Мини Тайп, 2016. — 580 с.
4. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
5. Бухановский А. О., Спиридонова Н. В. Транссексуализм или шизофрения? А были ли основания для смены пола? Независимый психиатрический журнал. 2011; 2:23–32
6. Введенский Г. Е., Матевосян С. Н. Сексуальные расстройства в проекте МКБ-11: методологические и клинические проблемы. Социальная и клиническая психиатрия. 2017
7. Кулиш С. Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра. Российский психиатрический журнал. 2009; 4: 52–58
8. Матевосян С. Н., Введенский Г. Е. Половая дисфория (клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвергания» пола). — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2012. — 400 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. — СПб. 1994. — 300 с.
10. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством//Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
11. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Крючкова М. Н., Вычужина Я. В., Додохова М. А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик//Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40–48.
12. Baltieri DA, De Andrade AG. Schizophrenia Modifying the expression of gender identity disorder. J. Sex. Med. 2009; 6 (4):1185–1188. doi: 10.1111/j.1743–6109.2007.00655.x
13. Borrás L, Huguelet P, Eytan A. Delusional «pseudotranssexualism» in schizophrenia. Psychiatry 2007; 70 (2):175–179. doi: 10.1521/psyc.2007.70.2.175
14. Urban M. Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis. Psychiatr Pol. 2009; 43 (6):719–28

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА ПАТОЛОГИИ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОРГАНИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У НАСЕЛЕНИЯ ВОЕННОГО РЕГИОНА

*Евтушенко Е. И., Титиевский С. В., Токарева А. С.,
Панченко Д. Р., Мусатова М. И., Лепшина Е. А.
г. Донецк.*

Актуальность. В течение последних семи лет на Донбассе ведутся боевые действия. Гремят обстрелы, рвутся снаряды, гибнут люди. Разрушены школы, магазины, детские сады, фабрики, заводы, вокзалы, аэропорт, церкви, больницы, гусеницами военной техники искорёжены дороги и мосты. Кризис политический повлёл за собой и тяжелые финансово-экономические проблемы. Большая часть населения покинула родные дома и уехала по городам и весям. Из средств массовой информации доносится бесконечная истерия об отсутствии перспектив на мирное разрешение военного конфликта и скорое возобновление боевых действий. Очень плохо молодое население нашего региона переносит ограничения связанные с комендантским часом, повсеместную агитацию и пропаганду. Длительное проживание населения в зоне воздействия хронического военного стресса является мощным фактором риска для роста количества расстройств психики и поведения. Одними из самых частых жалоб наших пациентов являются: головные боли и головокружения, слабость, вялость, апатия, пассивность, раздражительность, вспыльчивость, ухудшение внимания, снижение памяти, и снижение когнитивных функций. Отмечается рост количества обращений к врачам психиатрам и психотерапевтам как за амбулаторной, так и за стационарной помощью.

Цель. Выявить особенности течения и клинического прогноза у пациентов с психоорганической симптоматикой, длительно проживающих в зоне локального военного конфликта, и находящихся под воздействием хронического военного стресса.

Материал и методы. Данное клиническое исследование проводилось в течение семи лет, с 2014 по 2020 годы включительно, на базе стационарных (пациенты с тяжелыми проявлениями патологии психики и поведения) и амбулаторных (пациенты в стадии субкомпенсации, с более легкими патологическими проявлениями) подразделений Городской психиатрической больницы № 1 города Донецка. На момент включения в исследование все пациенты были старше 18 лет, детей и подростков в исследовании не было. Все принимавшие участие в исследовании пациенты давали осознанное добровольное письменное согласие на включение под наблюдение. За тех пациентов, кто в силу интеллектуально-мнестического дефицита не мог дать согласие самостоятельно, согласие давали ближайшие родственники и/или официальные опекуны (такие случаи носили единичный характер, пациенты с деменцией включались только на начальной стадии прогрессирования слабоумия). Каждый пациент мог покинуть исследование на любом этапе без объяснения причин. Общее число пациентов принявших участие 487 человек. По гендерному признаку следующее разделение: женщин 267 (54,8%); мужчин 220 (45,2%). По ведущему синдрому все принимавшие участие разделились на три группы. Первая группа: астенический син-

дром 102 пациента (20,9%). Вторая группа: психоорганический синдром 201 пациент (41,2%). Третья группа: дементный синдром 184 пациента (37,9%). По социальному статусу следующее разделение: работающие 42 пациента (8,6%); неработающие 445 (91,4%) человек. По наличию группы инвалидности: не инвалиды 68 (14%) пациентов; инвалиды 203 (41,7%) пациента; получившие группу инвалидности в ходе исследования 216 (44,3%) пациентов. Пациенты получавшие медикаментозную терапию бесплатно, из фондов гуманитарных конвоев Российской Федерации 218 (44,8%) человек; пациенты приобретающие все необходимые препараты самостоятельно 15 (3%); пациенты получавшие медикаменты как бесплатно, так и на платной основе 254 (52,2%) человека. Всё медикаментозное лечение назначалось строго в соответствии с действующими клиническими локальными протоколами. Пациенты у которых возникали нежелательные побочные эффекты, выводились из исследования незамедлительно. Пациенты получали по несколько препаратов из различных биохимических групп. Чаще использовались: антипсихотики, тимостабилизаторы, антидепрессанты, анксиолитики, гипнотики, церебральные вазопротекторы, ноотропы, и другие нейротропные средства. Дозы назначаемые нами, титровались строго в соответствии с инструкцией к препарату, начиная с малых терапевтических доз, с постепенным повышением до средних, и затем высоких среднесуточных дозировок.

Результаты. При проведении клинических осмотров пациентов принимавших участие в исследовании, 452 (92,8%) пациента сообщили, что «виноваты обстрелы» в общем ухудшении психического состояния; ухудшение внимания и памяти связывают с «война виновата, людей сколько поубивало и покалечило» 467 (95,9%) пациентов; причиной наличия постоянной головной боли, слабости и апатии 471 (96,7%) пациент называют комендантский час и «постоянная стрельба»; в 100% случаев пациенты объясняли затянувшийся по времени период выхода из болезненного состояния «если бы не война, я давно бы выздоровел». Все полученные нами результаты говорят об одном: хронический стресс военного времени является главным фактором риска и основной причиной роста количества расстройств психики и поведения органического генеза, увеличения сроков длительности течения острого и подострого периодов болезни, утяжеления проявлений дементных симптомов заболевания, увеличения среднесуточных дозировок медицинских препаратов назначаемых пациентам.

Выводы. Проведённое нами исследование позволяет сделать заключение о том, что длительное пребывание в зоне воздействия хронического военного стресса необратимо ведёт к увеличению количества пациентов страдающих патологией психики и поведения органического генеза. Утяжеляются и углубляются симптомы этих расстройств, их клинический прогноз ухудшается, формируются необратимые, тяжелые нейрокогнитивные дефицитарные симптомы, что ведёт к более частому и более раннему выходу на инвалидизацию. Медикаментозное лечение такой патологии требует увеличения среднесуточных доз препаратов, введение в схему лечения дополнительных, новых для пациентов, медикаментов, усиление и учащение сеансов психотерапевтической коррекции, более длительной работы с клиническими медицинскими психологами, более строгого соблюдения ограничительных и рекомендованных мер индивидуальной профилактики психического здоровья.

Список литературы:

1. Абрамов В. А., Абрамов А. В. Критерии выздоровления при психических расстройствах: системный подход./Архив клинической и экспериментальной медицины, 2020 приложение: Материалы второй международной научно-практической online-конференции «Инновационные перспективы Донбасс» — с. 55.
2. Агарков В. И., Евтушенко Е. И., Студзинский О. Г., Коктышев И. В. Эпидемиология и детерминизм психических расстройств населения урбанизированного региона. Монография.//Донецк: Донпринт, — 2013. — 312 с.
3. Бабюк И. А., Евтушенко Е. И. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин. Монография./Донецк: Донпринт, 2019.—284 с.
4. Джекобсон Д. Л., Джекобсон А. М. Секреты психиатрии./Пер. с англ. под ред. П. И. Сидорова//Москва: Медпресс, 2007. — 576 с.
5. Клинические разборы в психиатрической практике/Под редакцией А. Г. Гофмана//Москва: Медпресс, 2006.— 704 с.
6. Коркина М. В. Психиатрия./Москва: Медпресс, 2006.
7. Костюкова Е. Г., Ладыженский М. Я. Дифференцированная фармакотерапия генерализованного тревожного расстройства//Современная терапия психических расстройств. – Москва, 2018. — № 1 — С. 45.
8. Коханов В. П., Краснов В. Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций: теория и практика./Москва: Практическая медицина, 2008. — 448 с.
9. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология./Под ред. Г. Бекмана, А. С. Тиганова пер. с нем.//Москва: Практическая медицина, 2010. — 456 с.
10. Мартынихин И. А., Незнанов Н. Г. Особенности диагностики генерализованного тревожного расстройства российскими психиатрами: результаты исследования с использованием оценки кратких клинических описаний//Современная терапия психических расстройств. Москва, 2018. — № 4 — С. 51.
11. Психиатрия. Национальное руководство./Глав. ред. Т. Б. Дмитриева//Москва: ГЭОТАР-медиа, 2014.— 1000 с.
12. Счастный Е. Д., Смирнова Н. С., Стоянова И. Я., Рудницкий В. А. Возможности групповой психотерапии пациентов с депрессивными расстройствами//Современная терапия психических расстройств. – Москва, 2018. — № 2 — С. 22.
13. Фармакотерапия в неврологии и психиатрии./Под ред. С. Д. Энна, Д. Т. Койла, пер. с англ. под ред. О. С. Левина.//Москва: МИА, 2007. — 800 с.

ВЛИЯНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ДЕТСКОГО СТРЕССА НА СУИЦИДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Зинчук М. С., Кустов Г. В., Войнова Н. И., Попова С. Б., Пащинин Е. В., Позэ И. Б., Галкина И. В., Акжигитов Р. Г., Аведисова А. С.

г. Москва.

Введение

Суицид остается в числе ведущих предотвратимых причин смерти [1]. К настоящему моменту накоплено значительное количество данных об участии разнообразных биологических [2,3], социальных [4], психологических [5,6] и клинических [7,8] параметров, ассоциированных с суицидальным риском. На основе полученных данных были выделены группы высокого суицидального риска [9,10,11,12], однако прогнозирование самоубийства в каждом конкретном случае остаётся крайне трудной задачей [13].

Причин недостаточной предиктивной валидности многих факторов может являться то, что они были получены в исследованиях, не придерживавшихся методологии «от идеации к действию» (ideation-to-action framework), то есть не исследовались отдельно факторы, предрасполагающие к возникновению суицидальной идеации, и факторы, способствующие переходу от суицидальных мыслей к поведению [14,15]. В этой связи целесообразно проведение исследований ранее выявленных факторов риска, в том числе детского стресса [16], в рамках нового методологического подхода «от идеации к действию».

Цель

Целью настоящего исследования стало изучение влияния детского стресса на течение суицидальности у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР) и суицидальной идеацией (СИ).

Методы

Среди совершеннолетних пациентов, проходивших стационарное лечение по поводу НППР в ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, было последовательно набрано 398 пациента с СИ. Из исследования исключались пациенты, страдающие шизофренией, зависимостью от алкоголя и психоактивных веществ, а также лица с когнитивными нарушениями и лингво-культуральной некомпетентностью, препятствовавшими пониманию вопросов интервьюера и заполнению опросника.

Клинико-психопатологическое исследование проводилось компетентным в данной области врачом-психиатром, диагноз устанавливался на основании соответствия состоянию критериям МКБ-10. Для оценки уровня детского стресса использовалась «Шкала жестокого обращения и травматизации в детстве» (Child Abuse and Trauma Scale — CATS) [17], валидизированная на русскоязычной выборке Gersamiya et al. (2015) [18].

Информация о частоте, длительности и других характеристиках суицидальных мыслей, жестов и попыток собиралась путём проведения структурированного интервью «Самоповреж-

дающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview — SITBI) [19].

Данные о социально-демографических показателях пациента собирались при помощи опросника, разработанного непосредственно для целей настоящего исследования.

Статистический анализ проводился в программе Jamoviv 1.6.21.0 [20] с использованием теста Манна-Уитни и корреляционного анализа по Спирману.

Результаты и обсуждение

Средний возраст набранных в исследование пациентов составил 27.1 (10.2) года, 85.9% имели женский пол при рождении. Группа имела следующее распределение по диагнозам: Шизотипическое расстройство (F21) — 51 (12.8%); Биполярные аффективные расстройства (F31) — 102 (25.6%); Депрессивные расстройства (F32/33) — 127 (31.9%); Невротические и связанные со стрессом расстройства (F40/41/43/44/45) — 45 (11.3%); Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) — 6 (1.5%); Расстройство пищевого поведения (F50) — 10 (2.5%); Расстройства личности (F60/61) — 92 (23,1%) (более одного психиатрического диагноза имели 34 (14.2%) пациента).

По результатам интервью SITBI было выявлено, что среди пациентов с СИ 236 (59.3%) ранее составляли суицидальный план, 105 (26.4%) совершали суицидальные жесты, 184 (46.2%) — суицидальные попытки. Корреляционный анализ выявил умеренную отрицательную корреляцию между возрастом появления первой суицидальной идеации ($r = -0.27$; $p < 0.001$) и общим баллом шкалы CATS, а так же слабую корреляцию между общей выраженностью детского стресса и количеством суицидальных мыслей в течении жизни ($r = 0.14$; $p = 0.005$).

Анализ уровня детского стресса выявил у пациентов, составлявших суицидальный план, значимо большие значения общего балла шкалы CATS (7.6 (3.35) vs 6.8 (3.28): $p = 0.03$). Ранее Mortier et al. (2021) [21] выявили связь между переходом от СИ к составлению суицидального плана и детским стрессом, а именно большим числом различных типов травмы в анамнезе. В то же время, между выраженностью детского стресса и возрастом составления первого суицидального плана была выявлена отрицательна слабая корреляция ($r = -0.16$; $p = 0.013$), при этом, значимых связей выраженности детского стресса и количеством составленных в течение жизни суицидальных планов выявлено не было ($r = 0.07$; $p = 0.25$).

Между теми, кто совершал и не совершал суицидальные жесты, выраженность детского стресса существенно не различалась (7.80 (3.35) vs 7.19 (3.32): $p = 0.09$), а также не было выявлено значимых корреляций между интенсивностью детского стресса и количеством совершенных суицидальных жестов ($r = 0.13$; $p = 0.182$). В то же время, общий балл шкалы CATS умеренно отрицательно коррелировал с возрастом совершения первого суицидального жеста ($r = -0.361$; $p < 0.001$). Суицидальные жесты относятся к наименее исследованным проблемам суицидологии. Ранее было показано, что суицидальные жесты и попытки имеют различные факторы риска [22]. В нашем исследовании не было выявлено связи между тяжестью детского стресса и суицидальными жестами. В то же время нами не проводилось исследование связей суицидальных жестов с определенными типами детского стресса, на что ранее указывали некоторые исследователи [23].

Более высокие показатели общего балла CATS (7.86 (3.47) vs 6.9 (3.16): $p=0.01$) были выявлены и у тех, кто хотя бы раз в жизни совершал суицидальную попытку. Полученные нами данные совпадают с полученными Navarro-Mateu et al. (2020) [24] на общей популяции, Mortieretal. (2021) на популяции студентов колледжей и Campbell-Sills et al. (2017) [24] на популяции военнослужащих. При этом в нашем исследовании общая выраженность детского стресса слабо отрицательно коррелировала с возрастом совершения первой суицидальной попытки ($r = -0.18$; $p=0.015$) и значимо не коррелировала количеством суицидальных попыток ($r=0.14$; $p=0.053$).

Выводы

У пациентов с НППР и СИ большая выраженность детского стресса ассоциирована с переходом к составлению суицидального плана и совершению суицидальной попытки.

Список литературы:

1. Lozano R, Fullman N, Abate D et al. Measuring progress from 1990 to 2017 and projecting attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392 (10159):2091 — 2138. doi:10.1016/s0140-6736 (18)32281-5
2. Zinchuk M, Guekht A, Gulyaeva N et al. Biological basis of suicidal behavior. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2016;116 (8):94. doi:10.17116/jnevro20161168194 — 101
3. Rider F, Danilenko O, Grishkina M et al. Depression and epilepsy: comorbidities, pathogenesis, principles of therapy. *Zhurnal neurologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2016;116 (9. Vyp. 2):19. doi:10.17116/jnevro20161169219-24
4. Fässberg M, Orden K, Duberstein P et al. A Systematic Review of Social Factors and Suicidal Behavior in Older Adulthood. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9 (3):722 – 745. doi:10.3390/ijerph9030722
5. Bach B, Fjeldsted R. The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2017;4 (1). doi:10.1186/s40479-017-0063-7
6. Costanza A, Prelati M, Pompili M. The Meaning in Life in Suicidal Patients: The Presence and the Search for Constructs. A Systematic Review. *Medicina* [Internet]. MDPI AG; 2019 Aug 11;55 (8):465. doi:10.3390/medicina55080465
7. Beghi M, Rosenbaum J. Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempt: a critical appraisal. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23 (4):349–355. doi:10.1097/ycp.0b013e32833ad783
8. Zinchuk M, Beghi M, Beghi E et al. Non-Suicidal Self-Injury in Russian Patients with Suicidal Ideation. *Archives of Suicide Research*. 2020:1–25. doi:10.1080/13811118.2020.1833801
9. di Giacomo E, Krausz M, Colmegna F, Aspesi F, Clerici M. Estimating the Risk of Attempted Suicide Among Sexual Minority Youths. *JAMA Pediatr*. 2018;172 (12):1145. doi:10.1001/jamapediatrics.2018.2731
10. Zinchuk M, Avedisova A, Zhabin M et al. Suicidality in the elderly: socio-cultural and clinical

- risk factors. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2018;118 (7):104. doi:10.17116/jnevro201811871104
11. Zinchuk M, Rider F, Kustov G et al. Suicidality in epilepsy: epidemiology and clinical risk factors. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2018;118 (10):45. doi:10.17116/jnevro201811810245
 12. Zinchuk M, Avedisova A, Guekht A. Nonsuicidal self-injury behavior in non-psychotic disorders: epidemiology, social and clinical risk factors. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2019;119 (3):108. doi:10.17116/jnevro2019119031108
 13. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3 (7):646–659. doi:10.1016/s2215–0366 (16)30030-x
 14. Klonsky E, Qiu T, Saffer B. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry*. 2017;30 (1):15–20. doi:10.1097/ycp.0000000000000294
 15. Zinchuk M, Avedisova A, Pashnin E et al. Suicidological research in epilepsy: problems of methodology. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im SS Korsakova*. 2019;119 (11):23. doi:10.17116/jnevro201911911223
 16. Serafini G, Muzio C, Piccinini G et al. Life adversities and suicidal behavior in young individuals: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24 (12):1423–1446. doi:10.1007/s00787–015–0760-y
 17. Sanders B, Becker-Lausen, E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. *Child Abuse and Neglect. Elsevier BV*. 1995;19 (3):315–323. doi:10.1016/s0145–2134 (94)00131–6
 18. Gersamiya A, Menshikova A, Akzhigitov R et al. Psychometric properties of Child and Adolescent Trauma Screen (CATS). *Russian Psychiatric Journal*. 2015 (3):21–29
 19. Nock M, Holmberg E, Photos V, et al. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;19 (3):309–317. doi:10.1037/1040–3590.19.3.309
 20. Şahin M, Aybek E. Jamovi: An Easy to Use Statistical Software for the Social Scientists. *International Journal of Assessment Tools in Education*. 2019:670–692. doi:10.21449/ijate.661803
 21. Mortier P, Alonso J, Auerbach R et al. Childhood adversities and suicidal thoughts and behaviors among first-year college students: results from the WMH-ICS initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021. doi:10.1007/s00127–021–02151–4
 22. Nock M, Kessler R. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *J Abnorm Psychol*. 2006;115 (3):616–623. doi:10.1037/0021–843x.115.3.616
 23. Bierer L, Yehuda R, Schmeidler J et al. Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;8 (10):737–754. doi:10.1017/s1092852900019118
 24. Navarro-Mateu F, Salmerón D, Vilagut G et al. Childhood adversities and suicidal behavior in the general population. The cross-sectional PEGASUS-Murcia Project. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. 2020. doi:10.1016/j.rpsm.2020.10.002

25. Campbell-Sills L, Kessler R, Ursano R et al. Associations of childhood bullying victimization with lifetime suicidal behaviors among new U. S. Army soldiers. *Depress Anxiety*. 2017;34 (8):701–710. doi:10.1002/da.22621
26. Bierer L, Yehuda R, Schmeidler J et al. Abuse and Neglect in Childhood: Relationship to Personality Disorder Diagnoses. *CNS Spectr*. 2003;8 (10):737–754. doi:10.1017/s1092852900019118

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Узбекистан.

Искандарова Ж. М., Шарипова Ф. К.

г. Ташкент.

Актуальность проблемы исследования эмоциональных изменений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии, фармакорезистентностью депрессивной симптоматики, проблемами социального функционирования и психосоциореабилитации больных [1,3,10]. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин, однако качественных различий в формировании эмоциональных симптомокомплексов не выявлено [4,5,7]. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности [2,6,8,9].

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

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

Результаты и обсуждения: из 78 обследованных больных у 58% диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 42% обследованных — параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01. Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30–35 лет отличался средне-прогредиентным течением с постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера–Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести — у 55% обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых — без клинически значимой тревоги и у 10% пациентов — констатировалась выраженная тревога. Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени была выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагно-

стирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще — в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени клинических проявлений со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничужения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего, только лишь у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Пациентки стремились к перфекционизму, предъявляли чрезмерно высокие требования к собственной личности и результатам своей деятельности, нереалистичный, завышенный характер целей, требований к себе приводил к формированию чувства вины как следствие стремления быть совершенной и невозможности реализовать его. Так же была выявлена такая черта характера, как склонность к патологическому фантазированию и мечтательности (демонстрация большего благополучия, чем это есть на самом деле), которая, в свою очередь, обуславливала завышенную самооценку. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, а у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астено-апатические депрессии с ипохондрическими включениями. Изменения в эмоциональной сфере способствовало формированию значительных затруднений у больных в процессах адаптации в условиях быстро меняющегося социума, нарушению адаптационного потенциала личности, утраты прежних связей, трудности в межличностных взаимоотношениях. Следует отметить, что у мужчин статистически значимо преобладала социально-психологическая дезадаптация в профессиональной деятельности и в трудовом аспекте, а у женщин достоверно чаще регистрировались значительные затруднения в установлении межличностных взаимоотношений в семейно-бытовой сфере.

Выводы: таким образом, установлено, что в клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий; у мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов. Анализ нарушений социально-психологического функционирования больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей, определил преобладание сни-

жение адаптационных возможностей в профессионально-трудовой деятельности у мужчин, а у женщин — в микросоциальной среде семейно-бытовых отношений. Полученные результаты исследования способствуют раннему выявлению патологии эмоциональной сферы у больных параноидной шизофренией и профилактике социально психологической дезадаптации личности.

Список литературы

1. Александров А. А., Балашова Т. Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе//Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. — СПб. — Иваново, 2000. — С. 199–204.
2. Алимов У. Х., Харабара Г. И. Современные аспекты депрессии//Организация и управление здравоохранением. — Ташкент, 2017. — Том 82, № 4. — С. 41–53.
3. Антохин Е. Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии//Социальная и клиническая психиатрия. 2010. — № 2. — С. 52–60
4. Бабарахимова С. Б., Шаханская О. В., Искандарова Ж. М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни//Сборники конференций НИЦ Социосфера 2013. — № 21. — С. 109–112.
5. Бабарахимова С. Б. Диагностика депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей//Антология российской психотерапии психологии, 2017. С. 129.
6. Нурходжаев С. Н., Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б. Клинические аспекты фармако-резистентных депрессий//Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста»/ред. кол.: Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Е. В. Филиппов, И. А. Федотов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань, 2020. — с. 82–85
7. Шамсиев Э. С., Турсунходжаева Л. А. Психотерапия//Руководства для врачей. Ташкент, — 2011. — С. 928.
8. Шатайло Н. А. О психологических факторах снижения риска суицидального поведения пациентов с депрессивными расстройствами (К теме клинического разбора «Циркулярная шизофрения или шубообразная шизофрения?»)//Независимый психиатрический журнал. — М., 2013. — № 2. — С. 40–42.
9. Matveeva A. A., Sultonova K. B., Abbasova D. S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states//Danish Scientific Journal. 2020. VOL 3, No 5 pp. 24–27
10. Stassen H., Anghelescu I. G., Angst J. Predicting response to psychopharmacological treatment: survey of recent results//Pharmacopsychiatry. — 2011 Sep; 44 (6):263–72.

ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ, СВЯЗАННЫХ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19, НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН — ЖЕРТВ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ

*Качаева М. А., Харитоновна Н. К., Шпорт С. В., Семенова Н. Д., Русаковская О. А.,
Васянина В. И., Шишкина О. А., Скибина Н. В., Назарова Л. Н.*

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В. П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия.*

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

*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия.*

Актуальность исследования: Пандемия COVID-19 может быть отнесена к чрезвычайным ситуациям, она характеризуется глобальным масштабом и влиянием на все стороны жизни общества. Помимо высокой летальности и вызванных инфекцией осложнений легочных, сердечнососудистых, неврологических заболеваний пандемия сопровождается социальными стрессогенными факторами, влияющими крайне негативно на психологическое состояние всего населения.

Это связано с информацией о высокой контагиозности вируса COVID-19, постоянным ощущением невидимой опасности, в том числе во время контакта с внешне здоровыми и бессимптомными носителями вируса. Особый социально-психологический стресс вызывают беспрецедентные ограничительные и карантинные меры, направленные на предотвращение распространения эпидемии.

Немаловажное влияние на психологическое состояние людей имеет часто весьма противоречивая информация в СМИ о данной болезни, ее течении и методах лечения, вакцинации, что приводит к повышению уровня тревожных опасений за свое здоровье и за благополучие и жизнь родственников (особенно, детей и пожилых родителей).

В исследованиях, посвященных психологическим и психиатрическим аспектам пандемии COVID-19, показано, что взаимодействие перечисленных стрессогенных факторов, характерных для пандемии COVID-19, вызвало рост депрессивных, тревожных, тревожно-фобических расстройств, посттравматических стрессовых расстройств, расстройств адаптации.

Насилие по отношению к женщинам является глобальной проблемой, как общественно-гигиенической, так и нарушения прав человека. Во многих странах мира предпринимаются специальные меры в политической и социальной сферах. Недавно принятые ООН Цели устойчивого развития (ЦУР) включают отдельный целевой индикатор по ликвидации всех форм насилия в отношении женщин и девочек. Среди симптомов психических расстройств у пострадавшей от насилия женщины, как правило, выявляются снижение настроения с угнетенностью, повышенной тревожностью, эмоциональная лабильность с ухудшением качества повседневной ак-

тивности, психической заторможенностью, апатией и нарушением памяти, затруднениями концентрации и переключения внимания. Выявляются также снижение самооценки, замкнутость, склонность к самоповреждающему поведению, наиболее часто формирующих клиническую картину расстройства адаптации, острой реакции на стресс, посттравматического стрессового расстройства, депрессивного эпизода, психосоматических расстройств, злоупотребления психоактивными веществами (в особенности в случае злоупотребления партнером ПАВ), сексуальных дисфункций, нарушений пищевого поведения в виде булимии и анорексии.

В исследованиях феномена домашнего насилия отмечается, что в момент, когда давление, создаваемое ситуацией, достигает наивысшей критической точки, женщина сама может совершить тяжелые агрессивные действия. При изучении данного контингента женщин в судебно-следственной ситуации подчеркивается черта «чисто женского убийства», выражающаяся в наличии у женщин вышеперечисленных симптомов психических расстройств, обусловленных хронической объективно тяжелой и субъективно крайне значимой психогенно травмирующей ситуацией домашнего насилия. В зарубежной литературе также большое внимание уделяется изучению влияния психического состояния женщины на выполнение ею роли матери в ситуации домашнего насилия. При этом большинство исследований выявили негативные последствия травматического опыта женщин на ее способность воспитывать ребенка.

Таким образом, насилие приобретает многогранную форму, и изучение данного вопроса требует учета не только психологических, индивидуально-личностных и психопатологических характеристик, но и социально-психологических, экономических, биологических, возрастных и гендерных особенностей.

Текущая обстановка, обусловленная ограничивающими карантинными мероприятиями, связанными с пандемией COVID-19, может быть отнесена к ситуации, провоцирующей частоту и уровень агрессивности и проявлений форм бытового и семейного насилия. В условиях чрезвычайных ситуаций любого характера, включая эпидемии, показатели насилия в отношении женщин, как правило, возрастают. Этому способствует ряд факторов, таких, как скученность пребывания и связанные с этим проявления усталости, снижение материального достатка, провокация злоупотребления алкоголем в условиях изоляции, состояние неопределенности и разнонаправленности информации в СМИ. От ВОЗ поступила информация об увеличении межличностного насилия на 60% в условиях пандемии. Количество звонков на телефоны Горячей линии стран Европы по вопросам насилия увеличились в 5 раз. ВОЗ выделяет причины межличностного насилия в условиях карантина и самоизоляции, такие как: потеря работы, снижение доходов, увеличение потребления алкоголя и наркотиков, стресс и страх. ВОЗ уделяет повышенное внимание и к детям-жертвам домашнего насилия в условиях изоляции во время пандемии COVID 19. ВОЗ рекомендует обратить внимание на постепенное ослабление ограничительных мероприятий при улучшении эпидемиологической обстановки.

Цель исследования: данное исследование посвящено анализу психолого-психиатрических проблем у женщин — жертв внутрисемейного насилия в условиях карантинных и ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19.

Материалы и методы: 24 женщины были обследованы психиатрами и психологами. Все женщины обратились к специалистам Московского научно-исследовательского института психиатрии, где в дополнении к существующей горячей линии, по просьбе Омбудсмана по правам человека России была создана специализированная линия для женщин, пострадавших от насилия в семье во время пандемии. Были использованы психопатологические психологические, статистические методы.

Результаты: Исследование показало, что все женщины были жертвами насилия со стороны своих мужей и партнеров, отмечалось учащение частоты и тяжести актов жестокости и насилия. Насилие имело много форм: физическое, сексуальное, психологическое.

Психолого-психиатрическое обследование выявило у женщин низкую самооценку, различные симптомы депрессии, тревогу, страх, сексуальные расстройства, суицидальные тенденции, эмоциональную лабильность, ухудшение качества повседневной деятельности, трудности концентрации и переключения внимания. Указанные симптомы формировали клиническую картину следующих нозологических форм: расстройство адаптации (2 случая), острая реакция на стресс (2 случая), посттравматическое стрессовое расстройство (2 случая), депрессивный эпизод (6 случаев), психосоматические расстройства (6 случаев), токсикомания (2 случая), сексуальная дисфункция (2 случая), расстройства пищевого поведения в виде булимии (2 случая). Часто у женщин выявлялся высокий уровень острых и хронических соматических симптомов с большим количеством соматических жалоб, которые маскировали депрессивные состояния (так называемые соматические маски депрессии).

Заключение: В чрезвычайных ситуациях всех видов, в том числе во время эпидемий, уровень насилия в отношении женщин, как правило, растет. Ситуация вынужденной изоляции, связанной с пандемией COVID 19, усугубила проблему домашнего насилия.

Исследование показало, что бытовое насилие и насилие со стороны интимного партнера в отношении женщин часто приводят к проблемам психического здоровья. Исследование выявило гендерную специфику психологических проблем и психических нарушений у женщин и показывает необходимость предотвращения домашнего насилия правовыми нормами путем принятия и реализации закона о домашнем насилии после его обсуждения гражданским обществом и специалистами.

Полученные результаты могут быть использованы врачами общей практики, к которым обращаются женщины с многочисленными соматическими жалобами, являющимися прогностическими маркерами депрессии и дальнейшего развития психических расстройств у женщин.

Особенно сложная ситуация возникла во время пандемии COVID 19, когда ограничительные меры и самоизоляция во всем мире привели к резкому росту бытового насилия в отношении женщин. В этих случаях междисциплинарный подход необходим для борьбы с насилием в отношении женщин с участием политиков, специалистов в области общественного здравоохранения, психологов, психиатров, социологов.

SELF-HARM: ВЛИЯНИЕ ВРЕМЕНИ ИЛИ КЛИНИЧЕСКИЙ ФЕНОМЕН?

*Ковалев А. И., Шатовалова Л. В., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.,
Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадший Ю. Ю.*

г. Ростов-на-Дону.

Актуальность. Причиной написания данной статьи стало то, что за последние несколько лет мы столкнулись с резким ростом пациентов с самоповреждающим поведением (СП). Еще каких-то 5 лет назад это были достаточно редкие случаи, в большинстве ситуаций, в той или иной степени привязанные, к антивитальному поведению. В нозологическом плане самоповреждения преимущественно были характерны для пациентов с расстройством личности. В последние же годы наметился нозологический полиморфизм в рамках данной проблемы. СП стало достаточно частым симптомом. Более разнообразной стала и мотивация самоповреждений. В этой связи повысился профессиональный интерес, так как возникло желание разобраться в данном феномене. Развитие социальных сетей и доступности информации о самоповреждении в последние годы, как нам кажется, создаёт почву для выбора такого поведения в качестве неадаптивной стратегии в стрессовых ситуациях, либо в рамках определенных психопатологических проявлений. Данный феномен приобретает всё более распространённый характер у молодых людей и подростков, а потенциальная опасность для здоровья, а в некоторых случаях, жизни делает его изучение необходимым и ставит перед современными психиатрами, психотерапевтами и психологами новые вопросы и задачи. Появились целые self-harm-молодежные субкультуры. Изучение ведущей психопатологии при аутодеструктивном поведении и понимание его механизмов может помочь в создании профилактических мер и схем лечения.

Введение в проблему. Аутодеструктивное поведение в различных медицинских источниках определяется как преднамеренное повреждение своего тела по внутренним причинам без суицидальных намерений. Трактовка понятия весьма размыта — так, в приложении к DSM—III-R (1987) было представлено мазохистическое (самоповреждающее) расстройство личности, но оно не сохранилось в следующих редакциях. Самоповреждение отмечено в DSM—IV и DSM—V как симптом пограничного расстройства личности, в МКБ-10 кодируется как «другие расстройства привычек и влечений» в случаях, когда характеризуется постоянностью и не является вторичным по отношению к распознаваемому психическому расстройству. В. Д. Менделевич (2015) даёт более расширенное определение СП, не только как причинения вреда телу посредством его механического повреждения, но включает в эту категорию нарушение пищевого поведения, чрезмерное увлечение татуировками и пирсингом, злоупотребления психоактивными веществами и лекарственными средствами, различные навязчивые действия в виде поедания несъедобных продуктов (бумаги, лаков для ногтей и пр.). Акты самоповреждения мы можем встречать и вне контекста психопатологии. В ритуальных практиках они выполняют ряд функций психологического, социального, религиозного характера. В обрядах перехода закрепляется факт необратимости трансформации индивида (физической, биологической, социальной). В ритуалах инициации, знаменующих переход из детства во взрослый мир, акты само-

повреждения символизируют отказ подростка от автономности ребенка, помогают установить контроль над новыми взрослыми членами племени и сохранить социальный порядок. Из этнографических источников мы получаем сведения о подобных ритуалах, в которых физическое насилие сочетается с действиями самоповреждающего характера. Так, обряды инициации подростков на островах Меланезии, символизирующие смерть и перерождение инициантов, сопровождаются физическими мучениями, кровопусканием и завершаются ритуальным «убиением» (Польская Н. А., 2011). Причинами и механизмами формирования аутодеструктивного поведения интересовались представители психоаналитического подхода (Фрейд З., Фрейд А., Кляйн М., Кернберг О. и др.), что нашло отражение в концепции фрустрации-агрессии. В рамках этой модели самоповреждение или «агрессивное действие» детерминированно предшествующей фрустрацией. В рамках функционального подхода аутодеструктивное поведение обусловлено непосредственными причинами или подчиняется определенным целям. Выделяют ряд функций самоповреждений, о которых испытуемые сообщают в клинических интервью и опросниках. Так, первое место по частоте встречаемости занимает функция регуляции эмоций, затем следует попытка выхода из диссоциативного состояния, самонаказание, попытка попросить окружающих о помощи и др. Некоторые авторы предполагают, что СП манипулятивно по своей природе, другие обнаруживают, что самоповреждение чаще всего осуществляется тайно и скрывается от окружающих, а значит, не играет никакой роли в демонстративном поведении (Солдаткин В. А. и соавт., 2015). Существует аддиктивная модель самоповреждений, исследователи которой выделяют компоненты зависимого поведения — компульсивность, неконтролируемость, невозможность прекратить поведение, несмотря на негативные последствия (Бухановский А. О. и соавт., 2021; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2017; Солдаткин В. А., 2010). Негативные эмоции, переживаемые перед совершением акта самоповреждения, определяются в качестве специфического синдрома отмены по аналогии с синдромом отмены при аддикции.

Исследование нейрохимических механизмов также связано с поиском общих оснований самоповреждающего и аддиктивного поведения. Эта позиция базируется на концепции, о том, что эндогенная опиоидная система при самоповреждениях либо активируется в этот момент, впоследствии вызывая привыкание к выбросу опиатов и синдром зависимости, либо изначально изменена, что обуславливает сниженный болевой порог.

Цель исследования. Оценить распространенность и нозологическую специфичность СП в психопатологической структуре психических расстройств в рамках психотерапевтического отделения.

Материалы и методы исследования. Было проанализировано 299 историй болезней пациентов обоего пола (87 мужчин, 212 женщин) в возрасте от 14 до 25 лет, проходивших лечение в психотерапевтическом отделении клиники РостГМУ за последние 5 лет (с 2016 года, включая 1 квартал 2021 года). Нозологический состав пациентов соответствовал 32 рубрикам психических и поведенческих расстройств соответствующих критериям МКБ-10.

Анализ полученных результатов: из 299 проанализированных случаев, был выявлен 41 пациент с самоповреждающим поведением (13,71%). Мужчин — 4 человека (1,34%), жен-

щин — 37 (12,37%). Таким образом, женщины составили 90,24% от всех случаев самоповреждающего поведения. СП типировано в 8 диагностических рубриках МКБ-10 из 32. Ни одного случая сомоповреждений не отмечалось в группе больных разнообразными формами шизофрении, соматоформными и тревожными расстройствами, обсессивно-компульсивным расстройством, нервной булимией. Хотя общее количество пациентов в этих группах составило 38 человек (12,70%). Наибольшее количество пациентов с СП встречалось в группе больных биполярным аффективным расстройством (БАР) (30,00%). Довольно часто самоповреждения отмечались в рамках шизотипического расстройства (24,24%) и депрессивных расстройств (F33 и F32) (9,09%). Также нами были проанализированы мотивы самоповреждений в общей выборке. Обращает внимание тот факт, что у многих пациентов было несколько мотивов самоповреждений — 14 человек (34,14%). Основными мотивами были:

Снятие напряжения — 26 (63,41%)

Получение удовольствия — 4 (9,75%)

Парабулии — 4 (9,75%)

Демонстративность — 3 (7,31%)

Самонаказание — 3 (7,31%)

Суицидальная настроенность (без суицидальных действий) — 3 (7,31%)

Эстетическая цель — 2 (4,87%)

Душевная анестезия — 2 (4,87%)

В подавляющем большинстве случаев из видов самоповреждений преобладали порезы кожи — 37 случаев (90,24%). Иногда порезы комбинировались с другими видами самоповреждений. Так, ожоги встречались в 5 случаях (12,19%), удары по разным частям тела — 4 случая (9,75%), укусы — 3 случая (7,31%).

Выводы. Так как настоящая работа является лишь начальным этапом в изучении проблемы СП, то выводы пока носят предварительный характер. Не вызывает сомнения, что СП более характерно для женщин этой возрастной категории. В работе показано, что более подвержены СП пациенты из группы БАР, а учитывая то, что наиболее частым мотивом СП является снятие напряжения, то все это, в совокупности, может указывать на субъективную тяжесть эмоциональных переживаний именно при БАР, по аналогии с высокой степенью корреляции между БАР и суицидами. Мы предполагаем, что рост СП в последнее время обусловлен получением информации о такого рода действиях пациентами этой возрастной группы в интернете. Однако подтвержденные статистические данные по этой части исследования у нас на сегодняшний день отсутствуют.

Список литературы

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.

2. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения: Учебное пособие./В. Д. Менделевич. — М.: ЮНИТИ–ДАНА, 2015. — 445 с
3. Польская Н. А. Акты самоповреждения в ритуальных практиках//Изд. Саратов. ун-та Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2011. № 3.
4. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
5. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством//Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
6. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Крючкова М. Н., Вычужина Я. В., Додохова М. А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик//Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40–48.

**ФЕНОМЕН «ANWESENHEIT»:
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Крысенко П. Б.

г. Ростов-на-Дону.

Психиатрия относится к той отрасли клинической медицины, где, несмотря на огромный арсенал новых методов исследования, ведущим в диагностическом процессе остается клиничко-психопатологический метод, основой которого является качественная описательная характеристика психопатологической симптоматики (Александровский Ю. А. и соавт, 2019; Бухановский А. О., Солдаткин В. А., 2007; Солдаткин В. А., 2002). Психопатологическая оценка состояния остается ведущим методом специальности, несмотря на развитие как психометрического, так и инструментального подходов (Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В., 2008; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2016; Солдаткин В. А., Бухановский А. О., Калмыков Е. А., 2011; Симак О. Я., Солдаткин В. А., 2016). Изучение «редких», сравнительно малоизученных психопатологических феноменов, к которым относится синдром воплощенного присутствия (СВП), в этом контексте представляется актуальным, имеющим потенциал совершенствования ранней диагностики психических расстройств (Калинин В. В., 2002; Солдаткин В. А., Бобков А. С., Анцыборов А. В., 2013).

Синдром воплощенного присутствия — *anwesenheit* — характеризуется ошибочным ощущением присутствия постороннего существа в непосредственной близости от больного, при ясном сознании. При этом присутствие не воспринимается ни с помощью слуха, ни с помощью зрения. Следующее описание можно обнаружить в работе Jaspers K. (1923): «Больной чувствовал, что кто-то постоянно следует за ним или, скорее, чуть сзади и в стороне от него. Он всегда был на том же расстоянии, хотя иногда слегка приближался или слегка удалялся. Больной никогда его не видел, не слышал, не прикасался к нему и не ощущал его прикосновения; тем не менее он с исключительной ясностью испытывал чувство чьего-то физического присутствия.

Несмотря на всю остроту переживания, больной в конечном счете заключил, что за его спиной никого нет». Следует отметить, что феномен воплощенного присутствия отличается от истинных галлюцинаций отсутствием факта восприятия без объекта. От бредовых переживаний симптоматику отличает отсутствие уверенности в данном переживании (сохранение критики).

По результатам работ Калинина В. В. (2002) известно, что в структуре СВП, помимо собственно ощущения незримого присутствия, могут иметь место элементарные зрительные (мигнетные тени на периферии поля зрения) и гаптические (ощущения прикосновения) галлюцинации; основной характеристикой всех трех компонентов СВП является рудиментарность и незавершенность переживаний.

Высказывалось мнение, что СВП имеет тропность к шизофрении и чаще развивается перед развернутыми галлюцинаторно-параноидными психозами. Автором постулировалась вы-

сокая роль доминирования правого полушария в возникновении СВП, однако надежной доказательной базы все эти утверждения не имели.

Резюмируя, можно отметить, что понимание феномена воплощенного присутствия далеко от полного: нуждаются в уточнении как клинические характеристики СВП, так и вопросы его нозологической специфичности; разрешение указанных выше вопросов представляется актуальным.

Цель исследования: клинико-психопатологическое изучение синдрома воплощенного присутствия при различных психических расстройствах в сопоставлении с характеристиками функциональной асимметрии мозга.

Дизайн исследования. Исследование одобрено на заседании локального независимого этического комитета ФГБОУ ВО «Ростовского государственного медицинского университета» Минздрава России от 11.12.14 № 19/14.

В исследовании приняли участие пациенты, находившиеся на лечении в Аксайском филиале ГБУ РО «Психоневрологический диспансер», в психотерапевтическом отделении клиники РостГМУ и в отделении № 10 Новочеркасского филиала ГУЗ «ПНД» в период времени с 2014 по 2017 г. Отбор кандидатов в исследование происходил среди всех пациентов, находящихся в стационарах, случайным образом. Главным критерием включения было соответствие клинической картины заболевания диагностическим рубрикам F1, F2, F3 и F4 (по МКБ-10). В результате было сформировано четыре равные по численности ($n=150$) группы.

На первом этапе все пациенты, выразившие добровольное согласие на участие в исследовании, были включены в этап скрининга исследования (верификация диагноза, проведение экспресс-анкетирования на предмет наличия опыта СВП).

В каждой группе (F1, F2, F3, F4) была сформирована основная группа (ОГ), куда были включены все участники, имеющие опыт СВП, и контрольная группа (КГ), куда вошли участники, не имевшие опыта СВП.

После получения согласия от больного на участие в исследовании проводилось обследование. Основным методом исследования был клинический. Он представлен клиническим интервьюированием пациента с заполнением разработанной «Исследовательской карты», а также работой с медицинской документацией. Выполнялось тестирование на выявление функциональной асимметрии головного мозга.

На основании полученных результатов для каждого испытуемого составлялся индивидуальный профиль функциональной межполушарной асимметрии головного мозга (ИПФАМ). После завершения всех обследований и набора фактического материала производилась обработка полученных результатов, с использованием непараметрических методов. Для этого использовались следующие статистические инструменты: критерий χ^2 (критерий согласия Пирсона), точный двусторонний критерий Фишера, U-критерий (Манна–Уитни), корреляционный анализ Спирмена. Использовались общепринятые уровни значимости: различия между выборками считали статистически значимыми при $p < 0,05$. При проведении множественных парных сравнений пороговый уровень значимости изменялся с учетом поправки Бонферрони.

Результаты исследования.

1. Больные алкогольной зависимостью, перенесшие делирий (F1)

СВП в группе больных алкоголизмом выявлен в 32,0 % случаев.

Смешанный тип ФАМ оказался характерным для больных, перенёсших алкогольный делирий, с опытом СВП (табл. 1).

Таблица 1.

Типы ФАМ в ОГФ1 и КГФ1

Тип ФАМ	Группа ОГФ1 (n=48)	Группа КГФ1 (n=102)	p ОГФ1/КГФ1
Преимущественно право* асимметричный	23 (47,9 %)	76 (74,5 %)	0,002
Смешанный*	17 (35,4 %)	7 (6,9 %)	<0,001
Праволатеральный	6 (12,5 %)	5 (4,9 %)	0,11
Преимущественно лево асимметричный	2 (4,2 %)	14 (13,7 %)	0,093

Примечания: p — значимость различий по частоте встречаемости различных типов ФАМ в группах ОГФ1 и КГФ1. Точный двусторонний критерий Фишера.

2. Больные шизофренией (F2)

СВП в группе выявлен в 39,3 % случаев.

При анализе частот типов ФАМ между ОГФ2 и КГФ2 было выявлено, что по частоте встречаемости количество пациентов со смешанным типом ФАМ в ОГФ2—33 (55,9%) статистически значимо отличается от пациентов со смешанным типом ФАМ в КГФ2—35 (38,5%, p=0,044) (табл. 2).

Таблица 2.

Типы ФАМ в ОГФ2 и КГФ2

Тип ФАМ	Группа ОГФ2 (n=59)	Группа КГФ2 (n=91)	χ^2 ; p ОГФ2/КГФ2
Смешанный*	33 (55,9 %)	35 (38,5 %)	0,044
Преимущественно право асимметричный	22 (37,3 %)	49 (53,8 %)	0,065
Преимущественно лево асимметричный	4 (6,8 %)	4 (4,4 %)	0,71
Праволатеральный	0 (0 %)	3 (3,3 %)	0,28

Примечания: * — различия значимы, p<0,05

3. Больные с аффективными расстройствами (F3)

СВП в группе выявлен в 27,3 % случаев.

Анализ типов ФАМ (табл. 3) выявил статистически значимое преобладание преимуще-

ственно право асимметричного типа ФАМ в КГФ3; этот тип реже встречался в ОГФ3, где чаще встречался смешанный тип ФАМ (53,6%).

Таблица 3.

Типы ФАМ в ОГФ3 и КГФ3

Типы ФАМ	Группа ОГФ3 (n=41)	Группа КГФ3 (n=109)	χ^2 ; p ОГФ3/КГФ3
Смешанный	22 (53,6%)	40 (36,7%)	0,07
Преимущественно право* асимметричный	13 (31,7%)	58 (53,2%)	0,027
Преимущественно лево асимметричный	4 (9,8%)	7 (6,5%)	0,11
Синистральный	2 (4,9%)	2 (1,8%)	0,30
Праволатеральный	0 (0%)	2 (1,8%)	1,0

Примечания: * — различия значимы, $p < 0,05$.

4. Больные с невротически расстройствами (F4)

СВП в группе выявлен в 26,6% случаев.

При анализе частот типов ФАМ между ОГФ4 и КГФ4 было выявлено преобладание в ОГ смешанного типа ФАМ (табл. 4).

Таблица 4.

Типы ФАМ в ОГФ4 и КГФ4

Типы ФАМ	Группа ОГФ4 (n=40)	Группа КГФ4 (n=110)	χ^2 ; p ОГФ4/КГФ4
Смешанный*	27 (67,5%)	49 (44,9%)	0,016
Преимущественно право асимметричный	10 (25,0%)	45 (40,8%)	0,085
Амбидекстральный	2 (9,8%)	0 (0%)	0,069
Преимущественно лево асимметричный	1 (4,9%)	7 (6,1%)	0,68
Праволатеральный	0 (0%)	9 (8,2%)	0,11

Примечания: * — различия значимы, $p < 0,05$.

Установлено, что вне зависимости от нозологической принадлежности основная группа отличалась значимо большей представленностью смешанного типа ФАМ ($\chi^2 = 23,77$ при $p < 0,001$), а контрольная — право асимметричного ($\chi^2 = 18,98$ при $p = 0,001$). В целом, установленные закономерности позволяют рассматривать смешанный тип ФАМ как предиктор развития СВП (табл. 5).

Таблица 5.

Типы ФАМ в ОГ и КГ

Типы ФАМ	ОГ (n = 188)	КГ (n = 412)	χ^2 ; p
Смешанный*	99 (52,7%)	131 (31,8%)	23,77; <0001
Преимущественно* право асимметрич- ный	68 (36,2%)	228 (55,3%)	18,98; <0,0001
Преимущественно лево асимметричный	11 (5,8%)	32 (7,8%)	0,71; 0,40
Праволатеральный	6 (3,2%)	19 (4,6%)	0,65; 0,42
Синистральный	2 (1,1%)	2 (0,5%)	1,84; 0,18
Амбидекстральный	2 (1,1%)	0 (0%)	0,12

Примечания: * — различия значимы, $p < 0,05$.

Обсуждение полученных результатов. Одну из самых интересных и оригинальных интерпретаций синдрома воплощенного присутствия можно найти в работе Калинина В. В. (2002). По мнению автора, воплощенное присутствие (Anwesenheit) представляет собой оживление древних, архаичных психопатологических признаков, является своего рода психопатологическим атавизмом. Аргументация автором приводится следующая. В структуре СВП присутствуют неполные галлюцинаторные феномены в двух анализаторах — тактильном и зрительном, но не слуховом. Слуховой анализатор у человека используется почти исключительно для восприятия и анализа функции речи, что отличает вид *homo sapiens* от других видов млекопитающих. С другой стороны, развернутые психотические картины в рамках шизофрении в современных условиях характеризуются преимущественно симптоматикой вербальных псевдогаллюцинаций, явлений психического автоматизма и бредовыми переживаниями открытости мыслей и воздействия на мысли. Иными словами, шизофрения вида *homo sapiens* в настоящее время включает преимущественно патологию второй сигнальной системы, патологию символов, мышления и речи, что некоторые исследователи связывают с гиперфункцией доминантного левого полушария. Напротив, симптоматика воплощенного присутствия демонстрирует преимущественно участие в патологическом процессе довербальных психопатологических переживаний, характерных для первой сигнальной системы и, соответственно, для правого полушария.

Наличие этих феноменов в структуре психотических переживаний можно расценить как оживление древнейших, архаичных функций, направленных на сохранение жизни индивида. Воплощенное чувство присутствия в сочетании со зрительными галлюцинациями и гаптическими тактильными галлюцинациями информирует больного о нарушении границ ареала его обитания (активация системы угрозы, с ложными сигналами о вторжении и нападении). Возникновение трех описанных феноменов можно расценить как утрату границ не только места своего обитания, но и своей соматической оболочки (гаптические галлюцинации), поскольку стирается грань между своим и чужим, что равносильно прекращению соматической индивидуальности, т. е. соматического «Я». Если симптоматика воплощенного присутствия указывает

на утрату границ соматического «Я», то явления 1-го ранга — на утрату границ психического «Я». Возможно, полагает Калинин В. В. (2002), шизофрения у наших далеких предков характеризовалась в целом клинической картиной, имеющей отличия от современной параноидной формы в виде отсутствия явлений 1-го ранга, но наличия психозов с большим удельным весом зрительных и гаптических галлюцинаций и собственно явлений воплощенного присутствия.

На взгляд Калинина В. В., Anwesenheit свидетельствует об оживлении архаичных мозговых механизмов перед началом развернутых психотических картин галлюцинаторно-параноидной, парафренической и аффективно-бредовой структуры — при шизофрении.

Результаты проведенного нами исследования частично подтвердили выводы Калинина В. В. Действительно, СВП значимо чаще имеет место у людей со смешанным типом функциональной асимметрии мозга. Однако, можно утверждать, что ни редким, ни нозологически специфичным, имеющим особую «тропность» к шизофрении, этот синдром не является. Скорее, СВП можно отнести к тем феноменам, которые традиционно обозначаются как «предшественники» (Фридман Б. Д., 1934), «зарницы» (Congrad K., 1958; Личко А. Е., 1979), форпост-синдромы (Huber C, 1966; Gross G., 1969), ранние и сверхранные «предшественники» (Озерецковский Д. С., 1970) психопатологии в целом. При этом некоторые клинико-динамические характеристики СВП (повторяемость феномена воплощенного присутствия, выраженность галлюцинаторной составляющей, увеличение экспозиции феномена) могут являться признаком повышенного риска дезинтеграции психики психотического уровня.

Выводы:

1. Синдром воплощенного присутствия не является казуистически редким и нозологически специфичным психопатологическим образованием. Анамнестически он выявляется у 32,0% больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя с перенесенным делирием; 39,3% пациентов, больных шизофренией; 27,3% больных, страдающих аффективными расстройствами; 26,6% пациентов, страдающих невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами.

2. Нозологически неспецифическим фактором predisposition к синдрому воплощенного присутствия являются смешанный тип функциональной асимметрии мозга (52,7%, $p < 0001$).

3. Синдром воплощенного присутствия можно отнести к неспецифическим предболезненным образованиям, «зарницам», отражающим напряжение барьера психической адаптации.

Список литературы

1. Александровский Ю. А., Бухановский А. О., Волель Б. А., Волкова Н. И., Дубатова И. В., Ибишев Х. С., Ковалев А. И., Коган М. И., Крылов В. И., Крючкова М. Н., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Менделевич В. Д., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Поркшеян М. И., Солдаткин В. А., Турченко Н. М. Пограничная психиатрия и психосоматика. Учебник для последипломного образования. Ростов-на-Дону, 2019. 624 с.
2. Бухановский А. О., Солдаткин В. А. Патологический гемблинг: клинико-патогенетические аспекты//Российский психиатрический журнал. 2007. № 5. С. 35–43.

3. Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. № 10.— С. 20–25.
4. Калинин В. В. Симптоматика воплощенного присутствия как предвестник развернутых психозов у больных шизофренией. Психиатрия и психофармакотерапия. 2002;4 (5):188–190.
5. Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. — Л.: Медицина, 1979. — 335 с.
6. Озерецковский Д. С. Клиника, патогенез и лечение нервно-психических заболеваний. М.: Московский научно-исследовательский институт психиатрии министерства здравоохранения РСФСР; 1970:11–18.
7. Симак О. Я., Солдаткин В. А. Семья больного шизофренией как перспективный фокус внимания//Сборник: Неделя науки — 2016. Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. 2016. С. 506–509.
8. Солдаткин В. А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: клиничко-патогенетический подход. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Москва, 2002.
9. Солдаткин В. А., Бобков А. С., Анцыборов А. В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением//Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 1. С. 26–27.
10. Солдаткин В. А., Бухановский А. О., Калмыков Е. А. Нейровизуализационная характеристика головного мозга больных, страдающих игровой зависимостью//Российский психиатрический журнал. 2011. № 1. С. 15–22.
11. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. CIAS: проблема доверия//Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. 2016. — Т. XLVIII, вып. 3. С. 98–105.
12. Фридман Б. О. Основные вопросы построения мягкой формы шизофрении. Современная невропатология, психиатрия и психогигиена. 1934; 3 (5):15–27.
13. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestalt-Analyse des Wahns. Stuttgart: Thieme; 1971.
14. Gross G. Prodrome und Vorpostensyndrome schizophrener Erkrankungen. — Schizophrenic und Zyklothymie/Hrsg. G. Huber Stuttgart, 1969. S. 177–187.
15. Huber G. Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. Fritschr. Neur. Psychiat. 1966;34:409–426.
16. Jaspers K. Allgemeine psychopathologie. Aufl. Berlin: Springer; 1923.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРОСТАТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Крючкова М. Н., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И.,

Лубянка И. А., Дубатова И. В., Сидоров А. А.

г. Ростов-на-Дону.

Введение. Синдром хронической тазовой боли в варианте хронического абактериального простатита (СХТБ/ХАП) является частым заболеванием, которым страдают миллионы мужчин — от 4,5% до 9—12% в мировой популяции с частотой рецидивов до 50% (Centemero, A. et all, 2021). Несмотря на большое внимание, уделяемое данному заболеванию в научной среде последние несколько десятков лет, многие традиционные методы лечения СХТБ/ХАП, используемые в клинической практике, являются неэффективными в 35%-60% случаев по данным крупных рандомизированных плацебо-контролируемых исследований (Armentrout, D. P. et all., 2018). Последнее может быть связано с тем, что СХТБ/ХАП — гетерогенный мультифакторный синдром, а не заболевание только урогенитальной сферы, что подразумевает неэффективность «универсального подхода ко всем больным СХТБ/ХАП» в терапии (Centemero, A. et all, 2021).

Установлено, что в развитии СХТБ/ХАП играют роль множественные факторы, такие как абактериальное воспаление, внутрипростатический мочевого рефлюкс (Centemero, A. et all, 2021), спазм мышц тазового дна (Centemero, A. et all, 2021; Arda, E. et all, 2016), неврологические, нейроэндокринные причины (Centemero, A. et all, 2021; Arda, E. et all, 2016), а также психологические особенности больных СХТБ/ХАП (Бухановский А. О. и др., 2021;; Armentrout, D. P. at all.2018; Di Tella M., Castelli L., 2013). Однако ни один из этих факторов не определен как единственная причина в большинстве случаев СХТБ/ХАП. Высказывается мнение, что сочетание перечисленных факторов, вероятнее всего, способствует возникновению СХТБ/ХАП, и поэтому терапия должна быть направлена на индивидуальный клинический фенотип пациента, учитывающий все возможные факторы развития СХТБ/ХАП, перечисленные выше (Armentrout, D. P. at all.2018).

Разработана шеститочечная система клинического фенотипирования для оценки пациентов с СХТБ/ХАП, включающая отдельные группы симптомов (домены), составляющие в совокупности индивидуальный фенотип каждого больного СХТБ/ХАП: 1) симптомы мочеиспускания, 2) инфекционный фактор, 3) неврологические нарушения, 4) спазм мышц тазового дна, 5) органоспецифический, 6) психосоциальный. Каждый домен диагностируется клинически и связан со специфической терапией. Такой подход к терапии СХТБ/ХАП доказал свою эффективность даже у пациентов, имеющих опыт многих лет неэффективной терапии (Centemero, A. et all, 2021; Arda, E. et all, 2016).

По мнению научного сообщества, каждый пациент должен проходить клиническую оценку на предмет верификации, степени выраженности и ведущей роли в клинике СХТБ/ХАП каждого домена, получая далее мультимодальный терапевтический подход в соответствующих

клинических направлениях (Centemero, A. et all, 2021, Arda, E. et all, 2016; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2017; Солдаткин В. А. и соавт., 2015).

Наименее изученным, но не менее значимым фактором СХТБ/ХАП является психосоциальный домен, включающий в себя психологические особенности больных СХТБ/ХАП, имеющие влияние как на развитие, так и персистенцию СХТБ/ХАП.

Цели и задачи исследования. Изучить психологические особенности у больных, страдающих простатическим вариантом СХТБ.

Материалы и методы. Исследование психопатологических особенностей пациентов с СХТБ/ХАП проводилось в рамках открытого контролируемого проспективного когортного исследования (n=74).

Основную группу (ОГ) составили больные с СХТБ/ХАП ШБ — с простатическим синдромом хронической тазовой боли, невоспалительным вариантом (n=40), возраст которых составил 35,5 лет (24,0; 69,0). Первую контрольную группу (КГ1) составили пациенты с СХТБ/ХАП ША — с простатическим синдромом хронической тазовой боли, воспалительным вариантом (n=34) в возрасте 38,0 лет (26,0;55,0). Во вторую контрольную группу (КГ2) были включены 50 здоровых мужчин репрезентативного возраста.

Диагноз СХТБ/ХАП устанавливался квалифицированным урологом, психологическое исследование выполнялось квалифицированным психологом до начала психофармакотерапии.

Применялись стандартизированные психодиагностические методики (Бухановский А. О. и др., 2021; Ковалев А. И. и др., 2018): «Таблицы Шульте» (В. Шульте, 1947), «Пробы на запоминание 10 слов» (А. Р. Лурия 1933), «Исключения 4 лишнего» (С. Я. Рубинштейн, 1970), «Сравнения понятий» (Л. С. Выготский, 1930), также проводилось оценивание по шкале алекситимии (Торронтская шкала алекситимии, В. Грэм 1974) и характерологическому опроснику К. Леонгарда — Г. Шмишека (К. Леонгард, 1972). Статистическая обработка данных проводилась с использованием электронных таблиц Excel 2007 и пакета прикладных программ Statistica 6.1. StatSoft.

Результаты. *Характеристика внимания.* Время работы с простыми таблицами Шульте у 78,6% ОГ (31 чел.) и у 81,0% (27 чел.) КГ1 находилось в пределах нормы и составило в среднем $V = 34$ сек. (28;57) и $V = 32$ сек. (24;48), что расценивалось как достаточный объем внимания. У остальных больных — в 21,4% (9 чел.) ОГ и 18,3% (7 чел.) КГ1 выявился незначительно сниженный объем внимания — $V = 54$ сек. (30;58) в ОГ и $V = 48$ сек. (30;42) в КГ1. Также у большинства пациентов время отсчитывания 100—7 было равномерным, быстрым, без ошибок в 67,6% (27 чел.) наблюдений ОГ и в 72,0% (24 чел.) КГ1. В 32,4% ОГ (13 чел.) и в 28,0% (10 чел.) КГ1 отсчитывание выполнялось неравномерно, с одной или двумя ошибками. Статистически значимых различий по показателю нарушения внимания между ОГ и КГ не выявлено ($p=0,6$).

Характеристика памяти. У пациентов с СХТБ/ХАП нарушения запоминания, кратковременной памяти не выявлено. У 15,3% (6 чел.) больных ОГ и 10,5% (4 чел.) больных КГ1 наблюдалось некоторое снижение долговременной памяти: из 10 слов в ретенции 6–5 слов. При

анализе опосредованного запоминания продуктивность последующего воспроизведения — 100% — пациенты легко и быстро подбирали опосредующие символы на сложные понятия. Образы на слова составляли от конкретных до абстрактных, были адекватны. Статистически значимых различий по показателям нарушения памяти между ОГ и КГ не выявлено ($p=0,4$).

Характеристики мышления. Динамика мышления в темпе у всех пациентов была неизменной. У 5,0% (2 чел.) больных только ОГ ($p=0,05\%$) была выявлена неравномерность аналитико-синтетической деятельности: исследование по методике «Классификация предметов» выявила у данных больных легкие изменения по типу неравномерности уровня обобщения и отвлечения основных признаков предметов и явлений в операциональной сфере мышления; а также в 2 карточках из 8 в методике «Исключение предметов» были выявлены исключения по слабому признаку. В КГ1 нарушений мышления у больных не наблюдалось.

Характеристика черт личности и акцентуации. Акцентуация характера была выявлена у 40,32% (50 чел.) всех обследованных (ОГ, КГ1, КГ2), из них в ОГ — у 75,0% (30 чел.), в КГ1 — у 52,9% (18 чел.), в КГ2 — у 4,0% (2 чел.). При этом количество выявленных акцентуаций больных в ОГ и в КГ1 статистически значимо преобладало над здоровым контролем (КГ2) ($p<0,0001$).

При анализе акцентуации характера в зависимости от ее типов установлено, что доминирующим типом акцентуации у больных СХТБ/ХАП являлся застревающий тип, который был выявлен у 60,0% (24 чел.) ОГ и у 44,1% (15 чел.) КГ1 (статистически значимое сравнение со здоровым контролем ОГ и КГ2, КГ1 и КГ2, $p=0,00001$ и $p=0,00001$ соответственно).

Сравнения по данному признаку групп больных воспалительным (КГ1) и невоспалительным (ОГ) вариантами абактериального простатита статистически значимых различий не выявили. Также не обнаружено статистически значимых различий между группами сравнения по другим показателям типов акцентуаций ($p>0,017$ с поправкой по Бонферрони).

При анализе психологических характеристик у больных СХТБ/ХАП установлено, что для данной категории больных характерна катастрофизация (различия статистически значимы в сравнении со здоровым контролем ОГ и КГ2, КГ1 и КГ2, $p<0,017$ с поправкой Бонферрони).

Катастрофизация наблюдалась у 36,5% (27 чел.) больных СХТБ/ХАП и статистически значимо чаще была характерна для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) — 50,0% (20 чел.) в сравнении с группой абактериального воспалительного простатита (КГ1) — 20,6% (7 чел.) в КГ1 ($p=0,014$ с поправкой Бонферрони).

Также было выявлено, что больные СХТБ/ХАП имеют такую психологическую характеристику, как алекситимия, которая выявлена у 82,4% (61 чел.) больных СХТБ/ХАП, что статистически значимо отличается от здорового контроля в обеих группах — 77,5% (31 чел.) в ОГ и 88,2% (30 чел.) в КГ1, в сравнении со здоровым контролем — 12,0% (6 чел.) КГ2 ($p\leq 0,005$, $p=0,005$ соответственно). Частота встречаемости алекситимии при сравнении ОГ и КГ1 не являлась статистически значимой ($p=0,36$).

При анализе выраженности баллов Торронтской шкалы алекситимии (TAS 20) (G. J. Taylor at all, 1985) установлено, что статистически значимое более высокое значение баллов по шкале

алекситимии характерно для группы абактериального невоспалительного простатита (ОГ) — медиана 71 по сравнению с КГ1 — медиана 52,5 ($p < 0,001$)

Выводы. Статистически значимыми и важными факторами predisпозиции и особенности личности больных СХТБ/ХАП являются акцентуация характера по застревающему типу (31,5% — 39 чел., $p = 0,00001$), а также алекситимия, выявленная у 82,4% — 61 чел., ($p = 0,00001$) — известный фактор риска развития психосоматических расстройств и предрасполагающий фактор к развитию хронических болевых синдромов любой локализации (Centemero, A. et al., 2021; Di Tella M., Castelli L., 2013).

Акцентуацию характера больных СХТБ/ХАП по застревающему типу и выявленную у них алекситимию можно рассматривать как психологические факторы predisпозиции развития СХТБ/ХАП.

Статистически значимыми выявленными психологическими особенностями больных СХТБ/ХАП являются катастрофизация своего самочувствия у 36,5% (27 чел.) ($p < 0,001$), которая является доказанным фактором, влияющими не только на возникновение, но и поддержание хронической боли любой локализации (Di Tella M., Castelli L., 2013) и, таким образом, может рассматриваться как психологический фактор патогенеза СХТБ/ХАП.

Выявленные психологические особенности больных СХТБ/ХАП подтверждают гипотезу гетерогенности СХТБ/ХАП, и, по мнению авторов, должны оцениваться индивидуально у каждого больного СХТБ/ХАП и учитываться в последующей терапии.

Список литературы

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
2. Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Солдаткин В. А. Клиническая психометрика/под ред. В. А. Солдаткина. — Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2018. — 339 с.
3. Arda, E. Use of the UPOINT Classification in Turkish Chronic Prostatitis or Chronic Pelvic Pain Syndrome Patients/E. Arda [et al.]/Urology. — 2016. — № 97. — P. 227–231.
4. Armentrout, D. P. Pain-patient MMPI subgroups: The psychological dimensions of pain/D. P. Armentrout, J. E. Moore, J. C. Parker//Journal of Behavioral Medicine. — 2018. — Vol. 5, № 2. — P.201–211.
5. Centemero, A. The role of the multi-disciplinary team and multi-disciplinary therapeutic protocol in the management of the chronic pelvic pain./A. Centemero [et al.]/Archivio Italiano di Urologia e Andrologia. — 2021 — Vol.93, № 2. — P. 211–214.
6. Di Tella, M. Alexithymia e Fibromyalgia: clinical evidence/M. Di Tella, L. Castelli//Front Psychol. — 2013. — № 4. — P. 909–1011.
7. Di Tella, M. Alexithymia in Chronic Pain Disorders/M. Di Tella, L. Castelli//Current Rheumatology Reports. — 2016. — Vol.18, № 7. — P. 54–61.

8. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством//Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
9. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Крючкова М. Н., Вычужина Я. В., Додохова М. А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик//Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40–48.

СЛУЧАЙ ДЕМЕНЦИИ ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ НАДЪЯДЕРНОМ ПАРЛИЧЕ. НЕВРОЛОГИЯ/ПСИХИАТРИЯ

*Черникова И.В., Лубянка И.А., Хаджиева Х.И., Хебекирова С.А., Назарова В.А., Перехов А.Я.,
Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянка И.А., Дубатова И.В., Сидоров А.А.
г. Ростов-на-Дону.*

Актуальность.

Как известно, многие заболевания головного мозга приводят к развитию когнитивного дефицита. В зависимости от нозологической формы эти заболевания были условно разделены на 4 основные группы (О.С. Левин, 2021):

1) первичная деменция (болезнь Альцгеймера (БА), лобно-височные долевые дегенерации (ЛВДД), задняя корковая атрофия)

2) деменция при мультисистемных заболеваниях («деменция-плюс») (болезнь Паркинсона с деменцией, деменция с тельцами Леви, кортикобазальная дегенерация (КБД), прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) и др.)

3) вторичная деменция (сосудистая деменция, метаболические/токсические энцефалопатии, нормотензивная гидроцефалия, демиелинизирующие заболевания, аутоиммунные воспалительные энцефалопатии и др.)

4) смешанная деменция (БА+цереброваскулярное заболевание, БА+ деменция с тельцами Леви).

Диагностические трудности возникают при дифференциации первичных форм деменции и когнитивных нарушений при мультисистемных дегенерациях ЦНС («деменция-плюс»).

Мультисистемность поражения головного мозга приводит к формированию психоорганического синдрома (Бухановский А.О. и соавт., 2021; Солдаткин В.А., 2010) в сочетании с моторными и вегетативными нарушениями.

Ранее, основным отличием «деменций-плюс» от первичных деменций считалось возникновение моторных нарушений на ранней стадии заболевания и позднее присоединение когнитивных и поведенческих расстройств. (Левин О.С., 2021)

Однако, в последующие годы в некоторых случаях была продемонстрирована обратная динамика развития симптоматики при мультисистемных дегенерациях. При этом, у пациентов с ПНП формирующийся психоорганический симптомокомплекс весьма напоминал лобно-височную деменцию. Так, L. Donker Kaat и соавт. (2007) описали манифестацию ПНП у 20 % пациентов с когнитивных нарушений и последующим присоединением признаков синдрома паркинсонизма. (Таппахов А.А. и соавт., 2018)

Позднее, Kertesz и его коллеги (2010) представили постмортально патоморфологически верифицированный случай ПНП у женщины с дебютом заболевания в 59 лет в виде изменений личности, импульсивного поведения и апатии, к которому в течение 3 лет присоединились частые падения и нарушения функции ходьбы. У этой пациентки был положительный семейный анамнез по аутосомно-доминантной лобно-височной деменции (ЛВД) с патологией белка

(TDP43). Однако, у пациентки не было выявлено мутаций в генах, связанных с ЛВД. (Kertesz A, McMonagle P., 2009)

Таким образом, возникновение когнитивных и поведенческих расстройств на ранней стадии мультисистемных дегенераций, приводит к ошибочному диагнозу лобно-височной или другой первичной деменции. Представляем собственные данные по проблеме диагностического поиска нозологической формы деменции. Клинический случай пациента с диагнозом прогрессирующего надъядерного паралича с синдромом ЛВДД, вызывающий диагностическую трудность.

Пациент Н., 69 лет.

Из анамнеза известно, что сын и дочь страдают психическими заболеваниями (биполярное аффективное расстройство, диагноз верифицирован).

Данных о беременности, раннем развитии нет. Известно, что воспитание проходило в семье потворствующей гиперпротекции, был «любимчиком» в семье, отличался повышенной активностью, увлекаемостью, но часто не доводила начатые дела до конца. Долгие годы был приверженцем ЗОЖ, при этом стремился привить свои взгляды семье (правильное питание, уринотерапия, йога).

Окончил 10 классов средней школы, поступил в институт, но был отчислен с первого курса, поскольку «не давалась математика». Поступил и окончил с отличием техникум.

Служил в Советской Армии, после демобилизации работал на заводе. Вскоре женился, родилась дочь. Известно, что в семейных отношениях вел себя достаточно отстраненно — не участвовал в воспитании детей, мало помогал в том числе и материально.

Работа и карьера складывались достаточно успешно — назначался на новые должности, получил квартиру. Окончить ВУЗ не удалось, что связывал с началом перестройки. Ориентировочно с того же времени стал употреблять алкоголь в дозе около 300 мл крепких напитков однократно. Имел увлечение, которое тоже приносило немалый доход. В возрасте 44 лет стал хорошо зарабатывать, в связи с чем стал употреблять алкоголь более часто и в больших дозах, иногда похмелялся. Неоднократно кодировался, но в последующем «срывался», кодировался снова. Об этих фактах своей биографии умалчивает, стараясь рассказывать о своей жизни только с хорошей стороны.

В возрасте 48 стал активно участвовать во вложении средств в различные финансовые пирамиды, при этом теряя значительные суммы. Относился к этому весьма поверхностно.

Позже заложил квартиру в двух банках. стал пользоваться микрокредитами, чтобы погашать кредиты банкам. При консультации с юристом забывал приносить документы, воспринимал информацию частично, допускал шутки сексуального характера.

Никогда не интересовался бытом. Когда остался один (56 лет), запустил свое жилье, стал неопрятен. Ходил в грязной одежде, приносил старые вещи со свалок. Накопились внушительные долги за оплату коммунальных услуг. Последние несколько лет стал сомнительные медицинские рецепты — так, прочитав, что настойка на мертвых пчелах повышает потенцию специально покупал их, готовил и использовал.

В начале 2021 года перенес короновирусную инфекцию, лечился амбулаторно.

В центр неврологический РостГМУ (психосоматические койки) поступил по инициативе дочери. В процессе обследования пациента в неврологическом центре были выявлены следующие сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа,

целевой уровень HbA1c < 7,0 %, алиментарно-конституциональное ожирение 1 степени (ИМТ — 31 кг/м²), абдоминальный тип (ОТ- 98 см).

МИКБ, камни левой почки, кисты обеих почек, ДППЖ, СНМП. Гипертоническая болезнь 1 ст. 1 степени, риск 3. Осложнение: ХСН 0—1, ФК 1. Нарушение проводимости сердца по типу полной блокады правой ножки пучка Гиса, блокады передней ветви (правой) левой ножки п.Гиса. Атеросклероз створок митрального клапана.

По результатам экспериментально-психологического исследования определялся органический патопсихологический симптомокомплекс с когнитивными нарушениями.

Нейропсихиатрический статус.

Жалобы только на снижение активности и упадок сил. Сознание ясное, в собственной личности, месте и времени ориентирован. Благодушен, не критичен к своему состоянию, неряшлив, неухожен.

Нарушения памяти отрицает.

Понимание речи не нарушено, спонтанная речь сохранна, присутствуют палилалии, тематическая отклоняемость, беглость речи снижена (в тесте на фонемическую речевую активность-4 слова; семантическую активность — 9 слов). Письмо доступно, выявлено наличие феномена «fastmacrographia».

Слухоречевая память при отсроченном воспроизведении слов снижена, отмечается частичная эффективность категориальных подсказок. В пробе на динамический праксис — наличие персевераций, нарушение последовательности переключения движений, потеря контроля деятельности.

Кроме того, были выявлены следующие очаговые неврологические признаки:

Надъядерные глазодвигательные нарушения:

- трудности инициации горизонтальных саккад
- резкое снижение амплитуды и скорости саккад
- парез вертикального взора вверх

Вестибулоокулярный рефлекс сохранен.

Симметричный синдром паркинсонизма:

- редкое моргание
- гипомимия
- гипофония
- легкая брадикинезия без двойного декремента
- умеренная мышечная ригидность в проксимальных отделах конечностей, преимущественно в руках и мышцах шеи.

Постуральная неустойчивость

— Нерезко выраженная, в pull-тесте пациенту для удержания равновесия приходится делать 3—4 шага назад.

По данным МРТ головного мозга (МРТ ГМ) была выявлена атрофия среднего мозга с формированием «симптома колибри», который отражает избирательную атрофию покрышки среднего мозга, затрагивающую ростральную часть интерстициального ядра медиального продольного пучка и является высокоспецифичным у пациентов с ПНП.

Описание.

Прогрессирующий надъядерный паралич (ПНП) относится к группе нейродегенеративных заболеваний, которые вызваны накоплением гиперфосфорилированного тау-белка с образованием патологических внутриклеточных включений в нейронах и клетках глии. ПНП является наиболее частой формой атипичного паркинсонизма, быстро прогрессирует и не поддается лечению противопаркинсоническими препаратами. (Stefano Gazzina et al., 2019)

К основным клиническим особенностям ПНП относят развитие супрануклеарных глазодвигательных нарушений в виде пареза вертикального взора больше вниз, замедления вертикальных саккад, или апраксии открывания глаз, постуральной неустойчивости, ригидности в аксиальной мускулатуре с характерным ретроколлизом, псевдобульбарного синдрома и когнитивных расстройств (Левин О.С., 2021, Таппахов А.А. и соавт., 2018, Яхно Н.Н. и соавт., 2011)

В связи со значительным фенотипическим полиморфизмом ПНП, ограниченной чувствительностью клинических критериев ПНП по NINDS SPSP (Litvan, 1996) позднее были выделены несколько самостоятельных и заметно отличающихся друг от друга клинических форм заболевания:

- классический вариант ПНП (синдром Ричардсона),
- ПНП-паркинсонизм,
- ПНП с прогрессирующими застываниями при ходьбе,
- ПНП с кортикобазальным синдромом,
- ПНП с преимущественно лобными проявлениями
- ПНП с преобладанием речевых нарушений.

В отдельные варианты ПНП также выделены фенотипы с преобладанием глазодвигательных нарушений и постуральной неустойчивости. (Таппахов А.А. и соавт., 2018, Stefano Gazzina et al., 2019)

Для определения клинической формы ПНП в 2017 г. международным обществом по двигательным нарушениям были разработаны новые критерии. В этих критериях оцениваются четыре группы основных клинических проявлений: глазодвигательные нарушения (O), постуральные нарушения (P), акинезия (A), когнитивные нарушения (C). В зависимости от комбинации различных клинических симптомов из этих четырех доменов, можно определить фенотип ПНП с указанием уровня уверенности диагноза (Лубянка И.А. и соавт., 2021, Sakae N et al., 2019).

Gazzina S и др. считают, что для диагностики ПНП новые критерии, разработанные международным обществом по двигательным нарушениям в 2017 г., являются в достаточной степени чувствительными на относительно ранних стадиях заболевания (по крайней мере, при первой оценке специалистами). Новые критерии позволяют отличить ПНП от поведенческого варианта ЛВД и приходят к «предполагающему диагноз» уровню достоверности ПНП. Более того, новые критерии позволяют поставить диагноз ПНП как на ранних, так и на поздних стадиях заболевания. (Stefano Gazzina, et al, 2019).

ПНП с преимущественно лобными проявлениями диагностируется при манифестации поведенческих и когнитивных расстройств в виде расторможенности, стереотипного поведения и дизрегуляторного когнитивного синдрома как при лобновисочной деменции (ЛВД) (Таппахов А. А. и соавт., 2018).

ЛВД относится к первичным деменциям и связана с гетерогенной группой прогрессирующих нейродегенеративных заболеваний с преимущественным поражением лобных и/или передних отделов височных долей головного мозга (лобно-височная долевая дегенерация (ЛВДД)). (Гришина Д. А. и соавт. 2020, Гришина Д. А., 2020, Левин О. С., 2021., Яхно Н. Н. и соавт., 2011)

В последнее время выделяют следующие фенотипы ЛВДД:

- поведенческая форма (собственно ЛВД),
- речевые: аграмматическая форма первичной прогрессирующей афазии (ППА) и семантическая форма ППА. (Гришина Д. А. и соавт. 2020, Левин О. С., 2021)

По мере своего прогрессирования эти клинические формы широко перекрываются друг с другом и с синдромами атипичного паркинсонизма (ПНП, КБД) и реже с болезнью двигательного нейрона). (Гришина Д. А. с соавт. 2020, Гришина Д. А., 2020)

Так, в 2020 году Murley и др. провели исследование 310 пациентов с синдромом, который может быть вызван лобно-височной долевой дегенерацией, включая поведенческий вариант ЛВД, семантическую и аграмматическую формы ППА, ПНП и КБД.

Авторы подчеркивают, что вышеперечисленные клинические формы имеют частично совпадающие клинические признаки поведенческих, двигательных, речевых расстройств. Особый интерес представлял клинический параметр поведенческих нарушений. Ранее, поведенческие изменения при ПНП и КБД были хорошо известны, считались легкими. Однако, результаты исследования Murley и др. показали, что пациенты с ПНП и КБД имели более высокие баллы по данному параметру поведенческих нарушений, чем пациенты с поведенческим вариантом ЛВД. (Alexander G Murley, et al. 2020, Olivier Piguet, 2020)

Те же авторы выделяют синдромы, имеющие большую степень перекрытия. Одним из вариантов такого сочетания был ПНП и поведенческий вариант ЛВД. (Alexander G Murley, et al. 2020, Olivier Piguet, 2020)

Эволюция поведенческих, моторных и языковых характеристик с течением времени поднимает вопрос об изменении диагноза или дополнении уже существующего диагноза другим. Предложенный авторами Murley и др. трансдиагностический подход позволяет более

точно представить прогрессирующее ЛВДД и синдромы атипичного паркинсонизма (ПНП, КБД) с точки зрения ухудшения клинических характеристик, а не появления новых диагнозов. (Alexander G Murley, et al. 2020)

Применять трансдиагностический подход, используемый в психиатрии, к нейродегенеративным заболеваниям с перекрывающимися фенотипами, также предложил Husain M. в 2017 году. (Husain M., 2017)

Целесообразность применения трансдиагностического подхода в психиатрии рассмотрели Fusar-Poli P и др. в обзоре от 2019 г. Авторы привели обоснование применения трансдиагностики в качестве альтернативы категориальным диагнозам МКБ/DSM, т.к. они имеют следующие ограничения:

1) постоянно растущее число руководств по лечению специфических расстройств является препятствием для реализации когнитивно-поведенческих методов лечения в психиатрии; 2) специфические для расстройств терапевтические интервенции основаны на гетерогенных диагностических категориях и не уделяют достаточного внимания сопутствующим патологиям. (Fusar-Poli P. et al., 2019).

Преодолеть эти ограничения является возможным с помощью трансдиагностического метода. Он представляет собой новый подход, который мог бы улучшить методы классификации, формулирования диагноза, а также снизить риски неправильно направленного лечения.

В заключении трудно не согласиться с Gazzina S и др., что новые диагностические критерии ПНП являются в достаточной степени чувствительными на относительно ранних стадиях заболевания для постановки диагноза ПНП. Однако, по мере прогрессирования заболевания и увеличении перекрытия между фенотипами ЛВДД и синдромом атипичного паркинсонизма (ПНП, КБД), Murley и др. предлагают сосредоточиться на детерминантах заболевания и лечении синдромных изменений, в какой бы диагностической «группе» эти изменения ни выражались. (Alexander G Murley, et al. 2020, Olivier Piguet, 2020)

Обсуждение и заключение.

Манифестация фенотипа ПНП с преимущественно лобными проявлениями с когнитивных и поведенческих расстройств у нашего пациента Н. привела к диагностической ошибке: постановке диагноза первичной деменции (ЛВД). Однако, дальнейшее выявление супрануклеарных глазодвигательных нарушений, синдрома атипичного паркинсонизма, нерезко выраженной постуральной неустойчивости и обнаружение атрофии среднего мозга с характерным «образным» феноменом «симптом колибри» по данным МРТ ГМ позволили изменить диагноз.

Согласно новым критериям ПНП от 2017 г., наличие комбинации глазодвигательных (отвечающих критериям O1) и когнитивных нарушений (отвечающих критериям C2) у представленного пациента Н. позволяет поставить вероятный ПНП с преимущественно лобными проявлениями.

Определенный диагноз ПНП (золотой стандарт) может быть диагностирован после нейрорепатологического исследования (Лубянка И. А. и соавт., 2021).

Риск возникновения диагностических ошибок у пациентов с сочетанием любого подти-

па ЛВДД с синдромом атипичного паркинсонизма (в частности, ПНП) свидетельствует о необходимости проведения МРТ ГМ с целью выявления характерной для ПНП картины атрофии среднего мозга: высокоспецифичного «симптома колибри», а также комплексного подхода психиатров и неврологов к диагностическому поиску нозологической формы деменции.

Список литературы:

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
2. Гришина Д. А. Лобно-височные дегенерации в практике невролога//Эффективная фармако-терапия. 2020. Т. 16. № 23. С. 30–36.
3. Гришина Д. А., Шпилюкова Ю. А., Локшина А. Б., Федотова Е. Ю. Диагностика и лечение лобно-височных дегенераций. Медицинский совет. 2020; (19):42–50. doi: 10.21518/2079—701X-2020—19—42—50. Гришина Д. А. с соавт. 2020
4. Левин О. С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции. М.: МедПрессинформ, 2021, 192 с.
5. Лубянко И. А., Черникова И. В., Назарова В. А., Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Сидоров А. А. Лики деменции (клинический случай) «Tibbiyotda yangi kun» 2021; 2 (34/3) 217–222.
6. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
7. Таппахов А. А., Попова Т. Е., Говорова Т. Г., Петрова А. Ю. Клиническая гетерогенность прогрессирующего надъядерного паралича. Анналы клинической и экспериментальной неврологии 2018; 12 (2): 33–38. DOI: 10.18454/ACEN.2018.2.5
8. Яхно Н. Н., Захаров В. В., Локшина А. Б., Коберская Н. Н., Мхитарян Э. А. Деменции. Руководство для врачей. М.: МедПрессинформ, 2011, 272 с.
9. Alexander G Murley, Ian Coyle-Gilchrist, Matthew A Rouse, P Simon Jones, Win Li, Julie Wiggins, Claire Lansdall, Patricia Vázquez Rodríguez, Alicia Wilcox, Kamen A Tsvetanov, Karalyn Patterson, Matthew A Lambon Ralph, James B Rowe, Redefining the multidimensional clinical phenotypes of frontotemporal lobar degeneration syndromes, Brain, Volume 143, Issue 5, May 2020, Pages 1555—1571, <https://doi.org/10.1093/brain/awaa097>
10. Fusar-Poli P, Solmi M, Brondino N, Davies C, Chae C, Politi P, Borgwardt S, Lawrie SM, Parnas J, McGuire P. Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. World Psychiatry. 2019 Jun;18 (2):192–207. doi: 10.1002/wps.20631. PMID: 31059629; PMCID: PMC6502428.
11. Gesine Respondek, Yaroslau Compta, Kieren S.J. Allinson, Maria G. Spillantini, Laura Molina-Porcel, Mar Guasp-Verdaguer, Shirin Moftakhar, Stephen G. Reich, Deborah Hall, Irene Litvan,

Günter U. Höglinger, Movement Disorder Society-endorsed PSP Study Group, James B. Rowe. Neuropathological validation of the MDS-PSP criteria with PSP and other frontotemporal lobar degeneration. bioRxiv 2019: 520510.

12. Husain M. Transdiagnostic neurology: neuropsychiatric symptoms in neurodegenerative diseases. *Brain*, 2017; 140: 1535–6.

13. Kertesz A, McMonagle P. Behavior and cognition in corticobasal degeneration and progressive supranuclear palsy. *J Neurol Sci.* 2010 Feb 15;289 (1—2):138–43. doi: 10.1016/j.jns.2009.08.036. Epub 2009 Sep 5. PMID: 19733862.

14. Olivier Piguet Neither white nor black: embracing clinical variability in dementia diagnosis *Brain*, Volume 143, Issue 5, May 2020, Pages 1291—1293, <https://doi.org/10.1093/brain/awaa119>

15. Sakaе N, Josephs KA, Litvan I, Murray ME, Duara R, Uitti RJ, Wszolek ZK, GraffRadford NR, Dickson DW. Neuropathologic basis of frontotemporal dementia in progressive supranuclear palsy. *MovDisord.* V.-34 (11).-P:1655–1662.-2019.-doi: 10.1002/mds.27816

ПРЕДИСПОЗИЦИЯ К КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Мавани Д. Ч., Карпова Е. В., Кашин А. А.

г. Ростов-на-Дону.

Актуальность: Нехимическая зависимость в целом (Солдаткин В. А., 2010) и компьютерная зависимость (КЗ) в частности является значимой проблемой, что диктует необходимость выявления предрасполагающих факторов, формирующих возможный риск развития расстройства (Барденштейн Л. М., 2017; Малыгин В. Л., 2016; Александровский А. Ю., 2019; Солдаткин В. А., 2018; Солдаткин В. А., Бухановский А. О., Калмыков Е. А., 2011; Солдаткин В. А., Бобков А. С., Анцыборов А. В., 2013). В современной литературе факторы предрасположенности остаются недостаточно освещенными, что затрудняет выделение групп риска и разработку профилактических программ (Солдаткин В. А., 2002; Мавани Д. Ч., Солдаткин В. А., 2018).

Цель: исследовать предрасположенностные факторы и их влияние на возможный риск развития расстройства.

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ООО ЛРНЦ «Феникс» и кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Ростовского государственного медицинского университета. КЗ диагностировалась при выявлении синдромов психофизической зависимости и измененной реактивности (Пятницкая И. Н., 1994), верифицировался критериями Brown R. I. и Griffiths M. D. (1993, 1996, 2012), кодировалась по МКБ-10: «Другие расстройства привычек и влечений» (F63.8). В исследование было включено 93 пациента, из которых 44 (47,3%) человека имели КЗ как единственное расстройство — первичная КЗ (ПКЗ), а у 49 (52,7%) пациентов КЗ сочеталась с другим психическим расстройством (СКЗ). Возраст обследуемых был 16 лет (14; 19). Соотношение мужчин и женщин составило 30:1.

В группе СКЗ были представлены следующие коморбидные психические расстройства: шизотипическое расстройство (30 человек, 61,2%), депрессивный эпизод (5 человек, 10,2%), биполярное аффективное расстройство (4 человека, 8,2%), обсессивно-компульсивное расстройство (3 человека, 6,1%), параноидная шизофрения (2 человека, 4,1%), шизоаффективное расстройство (2 человека, 4,1%), синдром дефицита внимания и гиперактивности (2 человека, 4,1%), эпилепсия (1 человек, 2,0%).

Контрольная группа (КГ) была представлена 50 условно-здоровыми добровольцами. Методами исследования были выбраны: клинический, психологический («Корректирующая проба», «Счет по Крепелину», «Таблицы Шульте», «Проба Мюнстерберга», «Проба на запоминание 10 слов», «тест зрительной ретенции Бентона», «Пиктограммы (метод опосредованного запоминания)», параклинический (МРТ головного мозга, ЭЭГ, молекулярно-генетические исследования), статистический.

Результаты: после проведения комплексного амбулаторного обследования пациентов с КЗ были выявлены следующие факторы предрасположенности: морфофункциональный, личностный и половой.

Статистическая значимость нашла свое отражение в таких морфофункциональных показателях, как наследственная отягощенность химической зависимостью (54 пациента; 58,1%), нехимической зависимостью (6 случаев; 6,5%), психическими расстройствами у родственников первой линии более чем в половине случаев. Патология беременности встречалась в 29 (31,2%) случаях, а осложненные роды в 32 (34,4%) случаях ($p < 0,05$). С признаками внутриутробной гипоксии родились 15 (16,1%) человек ($p < 0,05$). Дисгармоничное развитие отмечалось у 55 (59,1%) пациентов, а незрелость вегетативной нервной системы у 18 (19,4%) пациентов ($p < 0,05$). Выявленные структурные аномалии ЦНС нашли свою статистическую значимость в таких изменениях, как расширение субарахноидальных пространств (27,3%), расширением боковых желудочков (17,0%), наличие кист (17,0%) головного мозга (соответственно $X^2=10,4$; $p=0,001$; $X^2=9,0$; $p=0,003$; $X^2=6,5$; $p=0,01$). Генетическое исследование позволило выявить у пациентов с КЗ преобладание гомозигот по аллели Val на участке ДНК в составе гена COMT (26 пациентов, 59,1%). Выявленная особенность полиморфизма детерминировала высокую ферментативную активность COMT, что объективно соответствовало низкому уровню катехоламинов. Этот факт может свидетельствовать о сниженном предиспозиционном уровне катехоламинов у пациентов с КЗ, с изначальной потребностью в наличии стимулятора, «допинга», которым, при наличии провоцирующих факторов, становилась КД. В группе СКЗ, помимо перечисленных характеристик, в комплекс морфофункциональной предиспозиции входили также патогенетические особенности коморбидного расстройства.

Личностная предиспозиция у пациентов с КЗ была представлена экстернальностью, малоадаптивными психологическими защитными механизмами, низким уровнем субъективного контроля при высоком уровне враждебности и агрессивности (87 человек; 93,5%). Психические защитные механизмы обследуемых с КЗ не соответствовали адекватной стратегии мотивации и поведения в реальной жизни и относились в большинстве своем к малоадаптивным вариантам «ухода», «псевдокомпенсации» и «рационализации». Для пациентов с ПКЗ были характерны такие неадаптивные копинг-стратегии, как «уход», «избегание», «псевдокомпенсация», «замещение», «рационализация», «дистанцирование», «конфронтация». Пациенты с СКЗ зачастую использовали «избегание», «фантазирование», «эскапизм», «дистанцирование». В группе ПКЗ отмечалось преобладание неустойчивой (14 человек; 31,8%) акцентуации ($X^2=5,3$; $p=0,02$), а в группе СКЗ — акцентуации по шизоидному (31 человек; 63,3%) типу ($X^2=23,8$; $p=0,0$). У пациентов с КЗ был выделен ряд характерных симптомокомплексов: личностно-аномальный патопсихологический симптомокомплекс на уровне акцентуаций личности (подгруппа ПКЗ-Л); лабильный вариант органического патопсихологического симптомокомплекса (подгруппа ПКЗ-О); аффективно-эндогенный симптомокомплекс (гипотимический вариант) отмечался в подгруппе СКЗ-Аф; шизофренический симптомокомплекс — в подгруппе СКЗ-Ш. Для пациентов с ПКЗ была характерна повышенная избирательная истощаемость познавательных процессов в интеллектуальной деятельности, если она не касалась непосредственно компьютерной игры, они отличались либо потенциально сохраненным интеллектом, либо снижением интеллектуальных показателей чаще вследствие резидуально-органических нарушений. У пациентов

из группы СКЗ на первый план выступали качественные характеристики их основных симптомокомплексов ведущего психического расстройства. Для них соответствующее зависимое поведение выполняло роль суррогатной компенсации базовых потребностей в снятии психической напряженности, самореализации, восполнении утраченных в реальной жизни переживаний успеха, победы.

Весомую роль в формировании выявленных личностных особенностей играл стиль воспитания, который в 87 (93,5%) случаях в группе КЗ был патологическим ($\chi^2=41,4$; $p=0,0$).

Половая predisпозиция КЗ была представлена преобладанием пациентов мужского пола.

Все перечисленные факторы формировали уязвимость к возможному развитию расстройства, но не носили фатального характера. При их наличии КЗ развивалась легче, поскольку происходило истончение «барьера психической адаптации» (в понимании академика Александровского Ю. А.). Применяемые пациентами неадаптивные копинг-стратегии являлись своеобразным катализатором развития КЗ.

Выводы: Изучены факторы риска развития КЗ. Расстройство имеет predisпозицию. Личностный компонент predisпозиции включает преобладание акцентуаций неустойчивого (ПКЗ) и шизоидного (СКЗ) типов, снижение продуктивности всех компонентов когнитивных процессов и низкие показатели интернальности в обеих группах. Морфофункциональный компонент включает особенности полиморфизма Val158Met гена COMT в виде преобладания (59,1%) гомозигот по аллели Val и высокую частоту структурных аномалий ЦНС (55 пациентов; 62,5%). У пациентов с СКЗ в комплекс морфофункциональной predisпозиции отнесены патогенетические особенности коморбидного расстройства. Половой компонент состоит в преобладании лиц мужского пола.

Список литературы:

1. Александровский, Ю. А. Пограничная психиатрия и психосоматика. Учебник для последипломного образования/Ю. А. Александровский, А. О. Бухановский, Б. А. Волель [и др.]/Ростов-на-Дону, 2019. — 624 с.
2. Барденштейн, Л. М. Острые и переходящие психотические расстройства/Л. М. Барденштейн, Г. А. Алешкина//М., ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2017. — 180 с.
3. Мавани Д. Ч. Компьютерная зависимость: монография/Д. Ч. Мавани, В. А. Солдаткин. — Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2018. — 254 с.
4. Малыгин, В. Л. Характерологические свойства и полиморфизм генов дофаминергической системы зависимых от психоактивных веществ/В. Л. Малыгин, Р. Н. Исаев, Е. А. Кутукова [и др.]/Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее: сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. — 2016. — С. 212–213.
5. Малыгин, В. Л. Ценностно-смысловая сфера у подростков с интернет-зависимым поведением [Электронный ресурс]/В. Л. Малыгин, Ю. А. Меркурьева, А. В. Прокофьева [и др.]/Вестник новых медицинских технологий: электрон. науч. журн. — 2016. — № 4. — С. 258–262. — URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2016—4/7—5.pdf> (дата обращения: 14.12.2016).

6. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: в 2 т. Том II: Учебник/Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. кафедра психиатрии и наркологии ФПК и ППС. — Изд. 3-е, исправ. и доп. — Ростов н/Д: Профпресс, 2018. — 668 с.
7. Пятницкая И. Н. Клиническая наркология. Л.: Медицина, 1975.
8. Солдаткин В. А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: клинико-патогенетический подход. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Москва, 2002
9. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости//Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2010. 50 с.
10. Солдаткин В. А., Бобков А. С., Анцыборов А. В. О роли фантазий о смерти у больных шизофренией с гомицидным поведением//Тюменский медицинский журнал. 2013. Т. 15. № 1. С. 26–27.
11. Солдаткин В. А., Бухановский А. О., Калмыков Е. А. Нейровизуализационная характеристика головного мозга больных, страдающих игровой зависимостью//Российский психиатрический журнал. 2011. № 1. С. 15–22.
12. Griffiths, M. D. Internet Gaming Disorder in Children and Adolescents/M. D. Griffiths [et al.]// Pediatrics. — Nov, 2017. — Suppl 2 — P. 81–85. — doi: 10.1542/peds.2016—1758H.

СОЧЕТАННОЕ ТЕЧЕНИЕ ФЕБРИЛЬНОЙ ШИЗОФРЕНИИ И НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Никонова Н. В., Соловьева С. А., Кучеренко И. Н., Дубатова И. В.

г. Ростов-на-Дону.

Фебрильная шизофрения (ФШ) или гипертоксическая шизофрения (Ромасенко В. А. 1967) или смертельная (летальная) кататония — является одним из самых редких психических заболеваний. Ее распространённость составляет 1:1000 поступлений в стационар (Тиганов А. С., 1982). К фебрильной (гипертоксической) шизофрении относятся острые приступы онейродно-кататонической структуры, возникающие в рамках шизоаффективного психоза и приступообразной шизофрении, сопровождающиеся подъемом температуры, комплексом соматовегетативных нарушений, расстройством параметров гомеостаза и функции жизненно важных органов вне связи с каким-либо инфекционным воспалительным или неврологическим заболеваниями (Цыганков Б. Д., 1997).

До сегодняшнего дня это заболевание остается одним из опасных, приводящих к смерти пациента. Смертность при фебрильной шизофрении составляет от 11 до 73 %, заболевание разворачивается обычно при манифестном приступе основного психического заболевания, чаще всего периодической шизофрении (Тиганов А. С., 1982).

ФШ проявляется кататоническими симптомами, помрачением сознания, вегетативной дисфункцией и сопровождается гипертермией и лихорадочным синдромом в целом, кровоподтёками, иногда кахексией, выраженными в разной степени. Однако первый и основной её объективный критерий — подъём температуры часто до гектических цифр. Температура повышается с первых дней манифестации приступа, носит неправильный характер (нетипична для какого-либо соматического и инфекционного заболевания), не снижается при назначении анальгетиков. Быстро присоединяются водно-электролитные нарушения (Цыганков Б. Д., 1997).

Приступы фебрильной шизофрении бывают различным по своей психопатологической структуре. Начинаться они могут в виде кататонического ступора или возбуждения с онейродным помрачением сознания, по мере утяжеления могут возникать аментивноподобный или гиперкинетический синдромы. Начинаются в большинстве случаев приступы с кататонического психомоторного возбуждения и частой смены аффекта, гораздо реже приступы начинаются с кататонического ступора. В остальных случаях кататонический ступор развивается по мере течения болезни с каталепсией, негативизмом и мутизмом (Пападопулос Т. Ф., 1975).

Характерный внешний вид больных, обусловленный нарушениями их вегетативной нервной системы: лихорадочный блеск в глазах, сухие губы, единичные кровоподтеки, язык сухой, красный или обложенный. Кожа гиперемирована, возможна токсикодермия, в том числе, наиболее тяжелая — буллёзная, с образованием пузырей с серозным, а позже — геморрагическим содержимым, при их вскрытии образуется эрозивная, плохо заживающая поверхность. Буллёзная токсикодермия является непосредственным проявлением фебрильной шизофрении. Возможность появления такого осложнения составляет 10–15 % (Малин Д. И., 2000).

В случаях, когда больной до фебрильного приступа получал лечение нейролептическими препаратами, фебрильную шизофрению необходимо дифференцировать с так называемым злокачественным нейролептическим синдромом (ЗНС), клиника и течение которого (а также терапия) практически не отличаются от фебрильной шизофрении, хотя причины расстройств различные (Малин Д. И., 2016; Малин Д. И. и соавт., 2020).

Поскольку фебрильные приступы квалифицируются как угрожающие жизни состояния, самым важным для них является неотложная интенсивная и адекватная терапия (Кекелидзе З. И., Чехонин В. П., 1997).

Целью данной публикации является описание клинического случая, демонстрирующего клиническую картину фебрильной шизофрении с присоединившейся на этапах ее развития новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Пациентка 19 лет была госпитализирована в отделение 10 Аксайского филиала ГБУ РО ПНД 16.10.2020 г. с диагнозом «Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении», F 23.1.

Анамнез. Наследственность психопатологически неотягощена. Родилась в полной семье, младшая из двоих детей. Беременность у матери протекала без осложнений. Роды, со слов матери, тяжелые, родилась с весом 4300 гр, сразу после родов была госпитализирована в отделение патологии новорожденных, матери ее отдали только через две недели. В течение этого времени мать ребенка не видела, «только носила сцеженное молоко...», диагноз, с которым дочь находилась в стационаре, мать не знает. После выписки физическое развитие пациентки соответствовало возрастным нормам. Заговорила поздно, после двух лет, длительное время занималась с логопедом. Училась читать, зрительное восприятие текста опережало речь, чисто заговорила к 6-ти годам. По характеру формировалась малообщительная, друзей было не много. В школу пошла с 6-ти лет. Окончила 11 классов общеобразовательной школы с золотой медалью. Поступила в РГЭУ «РИНХ» на факультет иностранных языков, в настоящее время студентка 4-го курса. Проживает в отдельной квартире, общается только с однокурсниками. Параллельно с учебой обычно работала в иностранных компаниях, торгующими в Ростове, т.к. свободно разговаривала на английском языке. С учебой справлялась, задолженностей не имела. По выходным ездила в Таганрог к родителям. 12.10.2020 г., со слов матери, «отправили в Ростов в адекватном состоянии». На следующий день дочь не позвонила родителям, хотя ранее созванивались ежедневно. 14.10.2020 мать дозвонилась дочери, но поговорить с ней у нее не получилось, дочь на вопросы отвечала невпопад, быстро бросила трубку, не объяснив своего состояния. На следующий день, 15.10.2020, мать опять позвонила, но пациентка продолжала говорить в не свойственной ей манере, со слов матери, отвечала односложно, после длительной паузы, явно неохотно, чего ранее мать за ней никогда не отмечала, в связи с чем мать приехала в Ростов. Приехав к дочери, застала ее лежащей на полу в квартире, в квартире был беспорядок, хотя ранее пациентка всегда держала жилище в чистоте, шторы были сорваны. На полу валялись пряди волос и маникюрные ножницы, «дочь заговаривалась, гримасничала», временами речь становилась стройной, жаловалась на то, что «нарушилась память,

не может сосредоточиться». Мать пациентки вызвала скорую психиатрическую помощь, была выполнена инъекция (какой препарат мать не знает), после укола дочь некоторое время спала. Утром 16.10.2020 состояние повторилось: была нелепая, растерянная, постоянно повторяла одни и те же слова и фразы, видоизменяя их, принимала нелепые, вычурные позы. Никаких жалоб не предъявляла, внешне каких-либо катаральных явлений не отмечалось. В связи с таким состоянием, мать повторно была вызвана бригада психиатрической скорой помощи, которой пациентка была доставлена в Аксайский филиал ГБУ РО ПНД и госпитализирована.

Психический статус (при поступлении): Сознание формально ясное. Алло и аутопсихически ориентирована верно. Во время беседы извивается, принимает различные вычурные позы, гримасничает, улыбается, повторяет вслед за врачом отдельные слова, фразы. При обращении к ней успокаивается, внимательно смотрит на врача, отвечает на задаваемые вопросы: называет себя, место где находится, правильно называет дату. Но внимание концентрирует не долго. Без дополнительных стимуляций вновь повторяет фразы, принимает причудливые позы, отмечается эхोलалия, эхопраксия. Говорит о том, что «надо пройти путь...», затем внезапно называет адрес своего проживания в Ростове «мне там удобно в институт ходить...» Мышление по темпу ускоренное, не последовательное. Внимание рассеянное. Критики нет.

Соматический статус. Нормостенического телосложения. Обычного питания. Кожные покровы бледные, склеры глаз субэтеричные. Отеков, одышки нет. Дыхание через нос, свободное. Зев: слизистая задней стенка глотки, корня языка, нёбных дужек, миндалин бледно-розового цвета, налетов нет. Язык влажный. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, перкуторно ясный легочной звук, ЧДД 16 в минуту, SpO₂ 98%. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Температура тела 36,9 °С. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Симптом Ортнера отрицательный. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, стул самостоятельный

Неврологический статус. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки равномерной формы, реакция на свет сохранена, движение глаз в полном объеме, пареза зрения нет, конвергенция не нарушена. Корнеальные, конъюнктивальные, мандибулярные рефлексы не нарушены. Спонтанного нистагма нет, слух не нарушен. Глотание не нарушено. Менингеальных знаков нет. Движения в руках, ногах в полном объеме, мышечная сила мышц рук и ног достаточная, без убедительной разницы сторон. Мышечный тонус не повышен. Рефлексы рук, ног средней живости, без разницы сторон; патологические кистевые/стопные не определяются. Клонусов, гиперкинезов, параличей, парезов нет.

Данные лабораторного исследования. Общий анализ крови без актуальной патологии, в общем анализе мочи: желчные пигменты +, уробилин +, ацетон +, эритроциты изменённые 5–6 в поле зрения. В биохимическом анализе крови увеличение в биохимических показателях значений АСТ (106 ед\л) и общего билирубина (27,3 мкмоль\л),

Обследование на наличие инфекционных заболеваний. Посев на возбудители кишечной инфекции патогенных бактерий семейства Enterobacterales отрицательный. Посев на дифтерию

отрицательный. Исследование кала на простейшие и яйца гельминтов отрицательный. Анализы на антигены гепатита В и С, ВИЧ-инфекцию и сифилис отрицательные.

Консультации специалистов:

Терапевт (18.10.2020) — токсический гепатит не уточненный; токсическая гастропатия?, синдром макрогематурии.

Невролог (от 19.10.2020) — неврологической патологии не выявлено.

В отделении проводилась инфузионная терапия (гепатопротекторы, нейропротекторы, реамберин), седация сибазоном, антипсихотическая терапия — оланзапин диспергируемый (заласта Ку таб). На следующий день после госпитализации отмечался подъем температура тела до 38.3. В связи с эпидемиологической ситуацией пациентка была обследована на наличие новой коронавирусной инфекции, ПЦР тест отрицательный.

На фоне проводимой терапии нормализовался уровень билирубина (до 9.8 мкмоль/л), существенно снизился уровень трансаминаз крови. Однако сохранялась кататоническая симптоматика, продолжались отмечаться эпизоды повышения температуры как в дневное, так и ночное время температура, тела поднималась до 38.5 – 39 °С. Был выставлен диагноз: «Кататоническая шизофрения, период наблюдения менее года; манифестный гипертоксический приступ», F 20.29. Учитывая временную невозможность проведения ЭСТ в Аксайском филиале ГУБ РО ПНД (работа реаниматолога в ковидном госпитале) принято решение о проведении инсулинокоматозной терапии (ИКТ) форсированным способом (Перехов А. Я., Дубатова И. В., 1998). На фоне проведения ИКТ в первые 9 процедур выраженной положительной динамики не отмечалось: сохранялась кататоническая симптоматика, хотя непосредственно после процедуры пациентка была более контактна, могла ответить на простые вопросы, но подобный контакт длился не более 1.5 минут, затем вновь отмечались персеверации, нарастал негативизм. Иногда просила пить, но воду либо держала во рту, либо полоскала рот. Отмечались явления эхопраксии, когда пациентка повторяла за врачом движения руками, улыбку, явления восковой гибкости. 06.11.2020 г. после проведенной процедуры температура поднялась до гектических цифр (39,3 °С) и не снижалась после введения антипиретиков. В связи с таким состоянием больная была представлена на консилиум. На момент проведения консилиума 06.11.2020: АД 130/90, t 39.0 °С находится в пределах постели, лежит отвернувшись от врача, на задаваемые вопросы не отвечает, внимание пациентки не привлекается, при попытке осмотреть отмечаются явления негативизма: зажмуривает глаза, стискивает зубы, напрягает руки, иногда производит нечленораздельные звуки. Об остальных компонентах статуса судить не представляется возможным. Было принято решение о проведении электросудорожной терапии (ЭСТ) параллельно с процедурами плазмафереза на базе Ростовского филиала ГБУ РО ПНД. Было проведено 8 процедур ЭСТ, 3 процедуры плазмафереза. Уже после первой процедуры ЭСТ отмечена положительная динамика — пациентка по окончании процедуры шла с посторонней помощью, однако такое состояние продолжалось не более 2-х часов, впоследствии вновь нарастали кататонические симптомы в виде кататонического ступора с выраженным активным негативизмом. В процессе проведения лечения наметилась тенденция к снижению температуры

до субфебрильных а иногда и до нормальных цифр. Однако 16.11.2020 температура тела вновь стала подниматься до гектических цифр (40,5 °С). Учитывая эпидемиологическую ситуацию 19.11.2020 пациентке было повторно назначена ПЦР на COVID-19, тест оказался положительным. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 протекала без поражения легких (по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки, а также на основании клинического наблюдения. Пациентка неоднократно осматривать терапевтом, в легких аускультативно хрипов не выслушивалось, перкуторно ясный легочной звук, SpO₂ 97—98%), больная получила противовирусную, анибактериальную терапию. Учитывая невозможность продолжения ЭСТ на базе другого лечебного учреждения, в связи с выявленной новой коронавирусной инфекцией было принято решение о возобновлении поведения ИКТ форсированным способом. В общей сложности пациентке было проведено 20 процедур ИКТ. Постепенно температура тела нормализовалась, окончательно снизилась до нормальных цифр к 01.12.2020 года, поведение стало упорядоченным, хотя еще длительное время, в течение последующих 2,5 месяцев, сохранялись кататонические симптомы в виде эхоталии, эхопраксии. Отмечалось повышение аппетита, при попытке ограничить пациентку в еде, та давала дисфорические реакции вплоть до проявления физической агрессии, могла сломать дверь в столовую, где хранились продукты. Долго восстанавливался речевой контакт с пациенткой — говорила отдельными фразами, речь была скандированная, неоднократно повторяла «Ростов, работать переводчиком». Не понимала простейших вопросов, задаваемых ей на английском языке, хотя до болезни могла достаточно свободно общаться на трех языках, работала переводчиком. Состояние улучшалось на фоне проводимой терапии, постепенно становилась более активной, пыталась помогать в отделении. В течение последнего месяца пребывания в отделении (март 2021 г.) на первый план вышли явления гипотимии с «тоскливо-злобным аффектом», высказывала идеи собственной никчемности говорила «я тупая, я не помню язык...», могла ударить себя половником по голове. На фоне проводимого лечения (нормотимики, антидепрессанты, антипсихотики) постепенно состояние пациентки улучшилось: фон настроения стал более ровным, иногда шутила, вспомнила английский язык и некоторые фразы на французском. Однако, сохранялись незначительные кататонические симптомы: повторяла за собеседником положение тела, жесты, выражение лица.

Была выписана из стационара 30.03.2021 года, проведя в больнице более шести месяцев.

Психический статус на момент выписки: Сознание формально ясное. Ориентирована во всех сферах верно Фон настроения нерезко снижен. Беседует спокойно. Отвечает на задаваемые вопросы, спонтанно не говорит. Темп речи несколько замедлен, речь малоэмоциональная, скандированная. Рассказывает о том, что «не помнит несколько месяцев пребывания в стационаре...», «Я помню как меня привезли на Скорой, помню что было дома а потом ничего и только сейчас». Категорически отрицает наличие галлюцинаторных переживаний, страхов, накануне госпитализации: «Я ходила на собеседование, искала работу...». Переживает по поводу того, что «не помнит английский как раньше», «так непривычно, я раньше даже думала на нем...». Неоднократно заявляет: «Я должна работать, мне нужно зарабатывать день-

ги...», на наводящие вопросы отвечает «не хочу быть обузой» Мимика и пантомимика мало-экспрессивные. Внимание концентрирует. Мышление с элементами паралогичности. Критика к болезни формальная.

Заключение экспериментально-психологического исследования (ЭПИ) от 17.03.2021: на первый план выступают легкая неравномерность распределения активного внимания, легкое снижение опосредованного запоминания, формальная сохранность непосредственного и ассоциативного. Выраженное искажение процессов обобщения и абстрагирования по шизофреническому типу; соскальзывания, разноплановость, паралогичность, детализированность в суждениях и умозаключениях; тенденции к искаженному восприятию объективной действительности, снижение критических и прогностических способностей, преобладание шизоидных черт личности.

После выписки пациентка наблюдается психиатром по месту жительства. В течение 3-х месяцев после выписки сохранялась раздражительность, астения, аффективная лабильность, сохранялись ощущение собственной никчемности, переживала о том, что вынуждена была прервать учёбу из-за болезни. Постепенно, на фоне поддерживающего лечения (арипипразол 15 мг/сут, венлафаксин 150 мг/сут, оксикабазепин 600 мг/сут), состояние пациентки улучшилось, фон настроения стал ровным, внимание концентрированным, удалось сдать сессию, которую пропустила и получить диплом. В настоящее время (август 2021 г) пациентка устраивается на работу по основной специальности (переводчик).

Таким образом, рассмотренный случай демонстрирует клиническую картину фебрильной шизофрении в сочетании с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, протекавшей в легкой форме (без поражения легких), которая присоединилась на этапе разгара основного заболевания. Клиническая картина гипертоксического приступа была представлена кататоническим синдромом с атипичной симптоматикой для фебрильной шизофрении, т. к. основные кататонические симптомы протекали без длительного периода помрачения сознания, отмечался негативизм, эхо-симптомы, импульсивное возбуждение, чередующееся со ступором на фоне формально ясного сознания, тогда как более характерным для фебрильного приступа является развитие онейроидной кататонии. На сегодняшний день неясно, какую именно роль сыграл COVID-19 в течение гипертоксического приступа, возможно ли связать описанные клинические особенности с возникшей на этапах развития фебрильной шизофрении новой коронавирусной инфекцией.

Список литературы:

1. Кекелидзе З. И., Чехонин В. П. Критические состояния в психиатрии. — М.: ГНЦССП им. В. П. Сербского, 1997. — 362 с..
2. Малин Д. И. Побочное действие психотропных средств — М.; Вузовская Книга, 2000.- 207 с.
3. Малин Д. И. Злокачественный неролептический синдром: диагностика и терапия//Современная терапия психических расстройств, 2016.- № 2. — С. 2—7.

4. Малин Д. И., Цукарзи Э. Э., Потапов И. В., Субботин К. Ю. Дифференциальная диагностика и терапия фебрильной кататонии на современном этапе развития психиатрии (описание клинического случая)//Современная психиатрия психических расстройств, 2020.— № 1.— С. 38 –44.
5. Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. — М.: Медицина, 1975.— 192 с.
6. Перехов А. Я., Дубатова И. В. Лечение фебрильной шизофрении инсулиновыми комами в условиях реанимационного отделения//Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева, 1998.— № 2.— С 31.
7. Ромасенко В. А. Гипертоксическая шизофрения. М.: Медицина, 1967.— 240 с.
8. Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения: клиника, патогенез, лечение. — М.: Медицина, 1982.— 128 с.
9. Цыганков Б. Д. Клинико-патогенетические закономерности развития фебрильных приступов шизофрении и система их терапии. — М.: Норма, 1997.— 232 с.

СКАЗАНИЯ О СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ: МЕТОДОЛОГИЯ И ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ С ПОЗИЦИИ ПСИХИАТРИИ

Носачев Г. Н., Дубицкая Е. А.

г. Самара.

И отечественная, и западная психиатрия переживают перманентный кризис. Российская психиатрия, осознавая кризис, «путается», во-первых, в естественнонаучной (преобладание) и гуманитарной (недооценивание) парадигмах, а во-вторых — не включилась в соматическую медицину, особенно гериатрию. Западная психиатрия, политизируясь и либерализируясь на основе философии постмодернизма, пытается ликвидировать саму психиатрию с заменой на «болезнь мозга» (неврология) и/или клиническую психологию. «Терминологический хаос» (Крылов В. И., 2013) обобщений и подмен понятий западной «психиатрии фактов» подхватывается и некоторыми отечественными психиатрами. Вот некоторые из них: «деменции альцгеймеровского типа», «расстройства шизофренического спектра», «расстройства аутистического спектра» и др. Не осталась в стороне и гериатрия со «старческой астенией» (в МКБ-10 R54). «Этот синдром объявляется ключевым и центральным понятием современной геронтологии, гериатрии и гериатрической службы» [3].

Ю. И. Полищук и З. В. Летникова предложили практически единственную дискуссионную статью, в которой утверждается, что астенически синдром может явиться «предпосылкой и «почвой» для возникновения и развития различных патологических состояний, приводящих к феномену полиморбидности, лежащему в основе патологических вариантов синдрома «старческой астении». В этих случаях процессы возрастной нормы и возрастной патологии находятся и выражаются в их единстве, взаимодействии и взаимовлиянии. С учётом этого во многих случаях альтернативой термину «синдром старческой астении» может быть более корректный и более адекватный термин «синдром старческого упадка» [3].

Следовательно, астенический синдром — стержневой синдром соматической медицины, включая психосоматические расстройства, и психиатрии во всех ее разделах, включая и геронтологическую психиатрию, и при всех вариантах течения психических заболеваний, особенно с затяжным и хроническим течением.

Цель — с опорой на философию и методологию науки (психиатрии, в частности, клинической) обсуждается обобщающий термин «старческая астения» и оказание этим пациентам организационно-правовой помощи.

На наш взгляд, поставленная цель не требует дифференциации близких понятий: старческая астения, неблагоприятное старение, синдром старческого упадка (отдельная тема). Выделяют астению физическую (соматическую) и психическую (нервную, душевную). Трудно себе представить астенический невроз (неврастению), но без симптомов физической астении, как невозможно представить физическую астению без психической. В Национальном руководстве «Психиатрия» (2009) она описывается как повышенная утомляемость, ослабление или утрата способности к продолжительному физическому и психическому труду и т. д.

В МКБ-10 астеническое состояние представлено и как органическое (F06.6), и как «Неврастения» (F48.0). Психическая астения может наблюдаться как ведущий синдром при психических (преимущественно невротических) и соматических (соматоформных) расстройствах (хроническая астения) независимо от возраста, а также при расстройствах зрелой личности. Проблемы астении при соматических (в частности, в геронтологии), неврологических заболеваниях далеки от правильной диагностики и часто выступают как «преходящие деменции». Вызывают сомнения и включенные в диагностику старческой астении 5 позиций: 1) потеря веса (массы) тела (может быть при депрессии — Г. Н.), 2) снижение силы кисти руки, определяемое с помощью динамометра, 3) общая слабость и повышенная утомляемость, 4) снижение скорости движений (медлительность), 5) снижение физической активности [2,3], т. е. преобладают психопатологические симптомы, особенно при протрагированных и ундулирующих вариантах астении.

Структура астенического синдрома включает в себя преимущественно количественные расстройства познавательных процессов в сочетании с лабильностью, неустойчивостью эмоций и той иной степенью выраженности физической астении (слабость, вялость, усталость, мышечная моно- и гипотония).

При многих системных соматических (включая геронтологические, послеоперационные и др.) и неврологических заболеваниях астения, как в остром (инсульт, инфаркт, сосудистый криз и др.), так и с переходом в затяжное или хроническое течение, могут расцениваться врачами как развитие старческой астении в геронтологии, деменции в неврологии, особенно при клинико-психологических исследованиях (например, MMSE). Вызывает сомнения и опросник Российского геронтологического научно-клинического Центра из семи вопросов [2,3] (это — отдельная тема дискуссии).

Выделяют несколько этапов «старческой астении»: от старческой «преастении» через этапы лёгкой, умеренной до этапа тяжёлой «старческой астении». При клинических описаниях преобладают симптомы физической астении и, одновременно, с первого этапа включаются симптомы когнитивных расстройств, хотя они не оцениваются как психопатологические. По существу же их можно отнести к психическим расстройствам от легких когнитивных (по МКБ-10 F06.7) до деменций (F00 – F02). Другой казус, характерный для геронтологии, в том числе геронтологической психиатрии: когда ундулирующую и протрагированную астению подменяют на «спутанность сознания» или когда нарастающая астения сменяется обнубильяцией (астенической спутанностью). Необходимо обратить внимание на то, что развернутая и пролонгированная астения как количественные расстройства психической деятельности весьма близка к легкому расстройству сознания. Следует согласиться с А. С. Тигановым (2009), что до настоящего времени «не утратили своей значимости описанные К. Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания,.. поскольку отдельные признаки могут быть компонентом других психопатологических симптомокомплексов, не имеющих никакого отношения к синдрому помрачения сознания» [с. 326—327].

В психиатрии существует концепция понимания психиатрии позднего возраста в судеб-

ной психиатрии, предложенная Е. В. Макушкиным и Л. Е. Пищиковой [4, 5], которая является ярким примером не только междисциплинарной, но и мультидисциплинарной (геронтология, право) и — одновременно — практической и теоретической основой понятия «неблагоприятное старение». А главное — ее можно использовать как клиническую (междисциплинарную) модель, которая позволяет систематизировать психические, поведенческие, неврологические расстройства позднего возраста, предложить «алгоритмы» выявления закономерности утраты высших психических функций, типы и маркеры деменции.

По мнению геронтологов, исследуемый подход позволяет решать организационно-методические и организационно-реабилитационные вопросы, но и здесь есть ряд возражений. В связи с изложенным выше возникает необходимость введения в диагностическую комиссию врача-психиатра, начиная с легкого этапа старческой астении и обязательно — с умеренного, так как параллельно нужно предвидеть и решать организационно-правовые вопросы пациента (гражданина) (например, дееспособности, сделкоспособности). Должен быть психиатр и в полипрофессиональной бригаде на этапах реабилитации.

Настала клиническая, методологическая и правовая необходимость объединить усилия геронтологов, неврологов и психиатров в создании единой синдромальной классификации «старческой астении», хотя бы как рабочей, без чего не может обойтись медицина в целом, а также реабилитационная и паллиативная медицина.

Теоретический кризис методологии и философии науки (геронтологии), в частности, — в самостоятельности медицинской науки, может быть решён через предмет науки, принцип демаркации, и требует холистического (целостного) и биопсихосоциальнодуховного подходов.

Мы разделяем взгляд отечественного философа В. А. Канке: «... важнейшая задача общей философии науки состоит в изучении на метауровне междисциплинарных связей. Предмет науки — «референтный, а не ментальный или языковой уровень науки, т. е. это то, что она изучает» [1, с. 240].

Список литературы:

1. Канке В. А. Философия науки: краткий энциклопедический словарь. М.: Омега-Л. 2008. 328 с.
2. Кононова Л. И., Миронова А. С., Ключникова Е. П., Остапенко С. Л., Михайленко Ю. П., Ткачёва Л. Н., Петрова В. А. Выявление и особенности введения пациентов с синдромом старческой астении. Методическое пособие для врачей первичного звена здравоохранения. Красноярск, 2017. 50 с.
3. Полищук Ю. И., Летникова З. В. Синдром старческой астении в геронтологии и гериатрии с точки зрения геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2018; 28; 4: 12—16.
4. Макушкин Е. В., Пищикова Л. Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (сообщение 1). Российский психиатрический журнал. 2014;5:10—17.
5. Макушкин Е. В., Пищикова Л. Е. Концепция понимания позднего возраста в судебной психиатрии (сообщение 2). Российский психиатрический журнал. 2015;1:4—14.

ФЭНТЕЗИ ТРАНСДИСЦИПЛИНАРНОСТИ СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ (НА ПРИМЕРЕ СТАТЬИ 132 УК РФ)

Носачев Г. Н., Семенов В. М.

г. Самара.

Психиатрия как двухпарадигмальная, смежная наука (естественнонаучная и гуманитарная) своими разделами то ближе к первой, биологической, парадигме — клиническая психиатрия, то ко второй, гуманитарной — социальная, судебная психиатрия. И если в первом можно использовать междисциплинарный подход, то во втором — мультидисциплинарный. Начавшаяся дискуссия по судебной психиатрии, в частности, о «предмете судебно-психиатрической экспертизы» [3—6] (публикации А. А. Ткаченко, С. Н. Шишкова, Ю. С. Савенко, Г. Н. Носачева в журнале «Психическое здоровье» в 2016—2020 годах) постепенно сошла на нет, оставив открытым вопрос о готовности профессионального сообщества от междисциплинарной к мультидисциплинарной дискуссии, как при согласовании взаимодействия при решении конкретных задач, так и при осмыслении практических результатов на путях постижения истины.

Если говорить о психиатрии, то следует согласиться с В. И. Крыловым [2] в том, что «возможность различной интерпретации ключевых психопатологических понятий дает основание говорить о существовании «терминологического хаоса», порождающего систематические ошибки при оценке психического состояния», т. е. при диагностике психических и поведенческих расстройств. Но не лучше обстоят дела и с понятиями права, имеющими значение для проведения судебно-психиатрической экспертизы и, особенно, при даче пояснений (консультации) экспертом (специалистом).

Каковы пути решения данной проблемы? По мнению М. С. Гусельцевой [1], решение проблемы взаимодействия различных наук при решении практических вопросов можно найти в более широком переходе к трансдисциплинарности.

Как указывает М. С. Гусельцева, «речь здесь идёт о возможности представить трансдисциплинарный подход на разных уровнях методологии науки — конкретно-научном и общенаучном. В этом смысле трансдисциплинарность понимается как стратегия анализа сложных и динамических феноменов, предполагающая сознательное, вариантное, ситуативно обусловленное использование методологических оптик различных дисциплин. Трансдисциплинарное состояние современной науки характеризуется тем, что каждая дисциплина рассматривается одновременно как суверенная и открытая система; в антиномиях традиции и инновации; изменения в ней совершаются посредством заимствования опыта смежных дисциплин при сохранении собственной научной идентичности» [1].

В соответствии с этим целью данной статьи является обсуждение возможного трансдисциплинарного взаимодействия в медицинском и юридическом понимании терминологии в судебной психиатрии, в частности, понятия (термина) «беспомощное состояние», и его интерпретации на примере обвинения 15-летнего несовершеннолетнего в совершении преступления, предусмотренного статьёй 132 Уголовного кодекса РФ.

Краткая фабула: детско-подростковая группа (15-летний мальчик оказался самым старшим), объединенная футбольными тренировками, затеяла в квартире соревнование попарно. При этом проигравший брал в рот пенис выигравшего. «Игра» была выложена в Интернет. Родители младших участников обратились в прокуратуру. Потерпевшими (беспомощными) признаны трое (8-, 11- и 12-летние мальчики). Всем проведены СПЭ. Дело в суде.

Казус квалифицирован по нормам статьи 132 УК РФ «Насильственные действия сексуального характера». Для краткости (но без ущерба для понимания сути проблематики казуса) не будем приводить её полный текст со всем многообразием квалифицированных составов, а ограничимся лишь частью первой данной статьи, которой установлено: «мужеложство, лесбиянство или иные действия сексуального характера с применением насилия или с угрозой его применения к потерпевшему (потерпевшей) или к другим лицам либо с использованием беспомощного состояния потерпевшего (потерпевшей) — наказываются лишением свободы на срок от трех до шести лет».

Как видим, нам встретилось понятие «беспомощное состояние».

Помня о нашем конкретном случае, спросим себя: как Уголовный кодекс РФ определяет то, что называется «беспомощное состояние».

«Беспомощное состояние», помимо анализируемой здесь статьи 132, упоминается как в других статьях УК РФ (ст.ст. 63, 105, 110, 110.1, 111, 112, 117, 120, 127.1, 131), так и в нормах иных федеральных законов.

Но прежде всего нас, конечно же, должно интересовать то, что установлено Уголовным кодексом РФ.

Почему?

Потому что в силу части первой статьи 1 УК РФ «уголовное законодательство Российской Федерации состоит из настоящего Кодекса. Новые законы, предусматривающие уголовную ответственность, подлежат включению в настоящий Кодекс». К этому следует добавить однозначное указание статьи 3 УК РФ, а именно: «1. Преступность деяния, а также его наказуемость и иные уголовно-правовые последствия определяются только настоящим Кодексом.

2. Применение уголовного закона по аналогии не допускается».

Некоторое определение того, что должно признаваться «беспомощным состоянием», дано в примечании к ст. 131 Уголовного кодекса РФ, которое приведём здесь полностью: «Примечание. К преступлениям, предусмотренным пунктом «б» части четвертой настоящей статьи, а также пунктом «б» части четвертой статьи 132 настоящего Кодекса, относятся также деяния, подпадающие под признаки преступлений, предусмотренных частями третьей — пятой статьи 134 и частями второй — четвертой статьи 135 настоящего Кодекса, совершённые в отношении лица, не достигшего двенадцатилетнего возраста, поскольку такое лицо в силу возраста находится в беспомощном состоянии, то есть не может понимать характер и значение совершаемых с ним действий».

Как видим, с учётом упомянутых ранее ст.ст. 1 и 3 Уголовного кодекса РФ, в уголовно-правовом смысле беспомощное состояние определено только «в отношении лица, не достиг-

шего двенадцатилетнего возраста, поскольку такое лицо в силу возраста находится в беспомощном состоянии, то есть не может понимать характер и значение совершаемых с ним действий».

Правда, остаётся без какого-либо логического обоснования допустимость участия беспомощных в указанном смысле лиц, то есть лиц, которые не могут понимать характер и значение совершаемых с ними действий, в решении судебных других лиц, ведь беспомощные в указанном смысле лица могут быть допрошены в качестве свидетелей или потерпевших (ст.ст. 191, 280 УПК РФ), а их показания являются доказательствами (п. 2 ч. 2 ст. 74 УПК РФ) по уголовному делу, в ходе которого разрешаются вопросы как о наличии или отсутствии преступления, так и о назначении и тяжести наказания. То есть беспомощные в указанном смысле лица, а именно, лица, которые характер и значение совершаемых с ними действий понимать не могут, но зато влиять на жизнь и судьбу иных лиц могут и даже очень.

Остаётся без ответа и вопрос о правомерности полагания беспомощными лиц, которые, будучи гражданами Российской Федерации, участвуют в целом ряде правоотношений: учатся, посещают спортивные секции, участвуют в спортивных и иных соревнованиях всевозможных уровней, обладают в силу ст. 28 Гражданского кодекса РФ дееспособностью малолетних.

А в пункте 5 Постановления Пленума Верховного Суда РФ от 04.12.2014 г. № 16 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности и половой свободы личности» даётся уже расширительное — по сравнению с уголовным законом — толкование «беспомощного состояния», а именно: «5. Изнасилование и насильственные действия сексуального характера следует признавать совершенными с использованием беспомощного состояния потерпевшего лица в тех случаях, когда оно в силу своего физического или психического состояния (слабоумие или другое психическое расстройство, физические недостатки, иное болезненное либо бессознательное состояние), возраста (малолетнее или престарелое лицо) или иных обстоятельств не могло понимать характер и значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление виновному. При этом лицо, совершая изнасилование или насильственные действия сексуального характера, должно сознавать, что потерпевшее лицо находится в беспомощном состоянии».

Как видим, здесь беспомощное состояние связывается, помимо малолетства, ещё и с другими обстоятельствами, причём перечень этих обстоятельств является открытым.

Но ведь кроме термина «беспомощное состояние» существует ещё и термин «беспомощность», значение которого, как представляется, не должно отличаться от значения термина «беспомощное состояние».

В статьях 23 (п. «б» ч. 4) и 29 (п. «б») Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 г. «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» беспомощность определена как «неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности», обусловленная «тяжёлым психическим расстройством».

В постановлении Конституционного Суда РФ от 24 мая 2018 г. № 20-П указанная в предыдущем абзаце формулировка повторяется.

Но в нашем-то казусе потерпевшие — здоровые.

Вывод из всего изложенного заключается в том, что в уголовном законе, как, впрочем, и в иных законах Российской Федерации отсутствует однозначное и сколько-нибудь полное определение понятия «беспомощное состояние».

Что мы предлагаем в своем «фэнтези»?

Мы предлагаем при выработке понятия «беспомощное состояние» исходить из понятия «сознание». В основу могут быть положены психология и психопатология развития сознания (психической деятельности) в разные возрастные периоды развития (от младенчества до совершеннолетия). Но это тема для дальнейшего рассуждения.

Таким образом, в федеральных законах России, прежде всего в Уголовном кодексе РФ надлежит закрепить определение понятия «беспомощное состояние», которое будет выработано совместными усилиями всех дисциплин, имеющих отношение к данному явлению, в том числе психиатрии, психологии, педагогики, сексологии, социологии, юриспруденции, которые определяют судебно-психиатрическую экспертизу, решение эксперта и специалиста и в конечном счете судьбу, права и обязанности участников процесса.

В нашу задачу не входило разграничения меж-, мульти- и трансдисциплинарности.

В данной статье психиатр и юрист попытались привлечь внимание к юридическому термину, применённому в ст. 132 Уголовного кодекса РФ.

Завершить наши рассуждения стоит словами М. С. Гусельцевой: «Принципиальная важность трансдисциплинарного подхода к изучению человека в транзитивном обществе фундирована тем, что такие черты современной исследовательской реальности, как сверхсложность, неопределённость, текучесть, разнообразие и т. п., побуждают к разработке более тонкого, подвижного и способного схватывать и интегрировать многомерность человеческого бытия методологического инструментария» [1].

Список литературы:

1. Гусельцева М. С. Трансдисциплинарный подход в современной психологии//Вопросы психологии. 2018. 4: 3–12.
2. Крылов В. И. Клиническая психопатология и доказательная медицина (проблема методологии диагноза)//Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П. Б. Ганнушкина. 2013; 4: 9–13.
3. Носачев Г. Н. «Парадоксы» предмета судебной психиатрии: попытка методологических рассуждений дилетанта. Психическое здоровье. 2020;5:38–45.
4. Савенко Ю. С. К проблеме предмета судебно-психиатрической экспертизы. Отклик на дискуссию А. А. Ткаченко и С. Н. Шишкова. Психическое здоровье 2018; (3): 68–75.
5. Ткаченко А. А. Предмет судебно-психиатрической экспертизы и трансляционная медицина//Психическое здоровье. 2016. № 11. С. 3–14.
6. Ткаченко А. А. Об ускользающей предметности судебной психиатрии//Психическое здоровье. 2017;8: 83–90.

ПОЭТИКА ЭВОЛЮЦИИ ДУШИ: ОРГАНИЗМ — ПОВЕДЕНИЕ — ЛИЧНОСТЬ

Носачев Г. Н., Носачев И. Г., Дубицкая Е. А., Киселева Ж. В.

г. Самара.

Эпизодически в «психиатрии отечественных традиций» (русской) и «психиатрии научных фактов» (западной) [4] возникает вопрос: что является предметом психологии и предметом психиатрии — психика или поведение? Хотя вопрос решается практически в пользу «души», ясно, что проблемы соотношения поведения и психики, тем более — личности, еще далеки от решения. Об этом же свидетельствует МКБ-10: название класса F — «Психические и поведенческие расстройства», где психическое является первым, а личностные расстройства даже не включены в название, так же, как и в отечественных комментариях не дается определений этим понятиям.

Ярко обозначила данную проблему британская энциклопедия: «Бедная, бедная психология, сперва она утратила душу, затем психику, затем сознание, а теперь испытывает тревогу по поводу поведения». Не менее странные метаморфозы происходят в отечественной науке о поведении. Став родоначальниками новой науки — рефлексологии в конце XIX-начале XX века (а по существу — современной этологии, науки о поведении (бихевиоризма) (И. М. Сеченов, В. М. Бехтерев, И. П. Павлов)), русские исследователи в последующем практически потеряли интерес к поведению, и вновь он стал возрождаться только в 80-е годы XX века, в том числе в психиатрии. Только у В. А. Жмурова в «Большом толковом словаре терминов психиатрии» (2010) есть определение: «Поведение — родовой термин, охватывающий движения, действия, поступки, деятельность, другие процессы и реакции организма» (с. 459). Но автор уклонился от термина «личность», заменив его понятием «структура личности» в представлениях ряда отечественных психологов (с. 273). Лишь В. Я. Семке отмечает, что персонология — это учение о больной и здоровой личности, которое призвано изучать теоретико-методологические, психологические, социологические, нейрофизиологические механизмы гармоничной, сбалансированной, здоровой личности (общая персонология), а также условия функционирования человеческого организма в болезненно-стесненных обстоятельствах психопатологических феноменов искаженной личности (клиническая персонология) [6, с. 4].

Поэтика фундаментальности поднятых проблем отражена в монографии В. П. Самохвалова «История души и эволюция помешательства» (1994), где подняты вопросы эволюционной, исторической и этологической психиатрии. К сожалению, монография остается не доценненной. «Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 г.» [5, с. 28—29], а развитое А. Н. Корнетовым и В. П. Самохваловым направление позволило говорить о клинито-этологическом методе в психиатрии. Это не помешало отечественному психологу М. Г. Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать ее репрессивной наукой, а с другой — предложить системный подход к изучению поведения — «организм — поведение — сознание», не отразив современ-

ного состояния. Введение учебника В. Д. Менделевича «Психиатрия» (2017) начинается фразой: «Изучение студентом-медиком наук о поведении человека становится насущной необходимостью» (с. 3).

Цель статьи — привлечь внимание теоретиков и практиков психологии и психиатрии к комплексу «организм — поведение — личность» и к системе его взаиморазвития и созревания (формирования) у индивида (пациента).

В первой составляющей комплекса (организм, влечение, первичные эмоции) ограничимся привычными для отечественной психиатрии и наркологии классификациями: патологическое влечение делится на навязчивое, сверхценное, компульсивное и импульсивное, а предболезненные формы по И. С. Кону [1] на детензивное, аффективное, гедонистическое влечение для повышения самооценки, компенсаторное, коммуникативное, комфортное, манипулятивное.

Не менее важна связь влечений с brutальными эмоциями — «удовольствие — неудовольствие». Последнее у человека легко превращается в плохо осознаваемые тревогу и страх. В последние годы происходит формирование «нового» раздела психиатрии — аддиктологии (даже аддиктивной медицины) со стремлением подмены ей наркологии, да и всей психиатрии. Но это отдельная тема методологии науки.

Вернемся к поведению и, в частности, к клинико-этологическому методу как основе исследования поведения при психических и собственно поведенческих расстройствах.

Вместе с генетически заложенными хаотическими движениями с первых дней жизни начинают формироваться целенаправленные движения, которые могут стать диагностическими симптомами. «Методология этологических исследований предлагает два пути: а) поведение можно рассматривать в каналах коммуникации (ольфакторное, аудиальное, визуальное, тактильное, социальное). При этом фиксируется либо каждый из каналов, либо сразу несколько каналов. Такая запись поведения (этограмма) аналогична музыкальной партитуре и доступна математическому анализу...; б) поведение можно рассматривать по аналогии с речью, т. е. как особый язык невербального общения. Тогда оно складывается из единиц (признаков), групп единиц (паттернов) и сложных форм (контекстов), под которыми понимают биологический смысл поведения (комфортное, агонистическое поведение, поведение сна, миграционное и т. д. Этограммы данного типа часто предполагают одновременные записи динамики мимики, позы, жеста, вокала» [5, с. 29].

Параллельно в психологии разрабатывались такие проблемы, как «внешний облик» (Бодалев А. А., 1981, 1994; Панферов В. Н., 1975, 1987), «невербальная коммуникация» (кинесика) (Матехин В. Х., 1976), «невербальное общение» (Андреева Г. М., 1980; Ковалев Г. А., 1989; и др.), «невербальное поведение» (Лабунская В. А., 1986—1990).

Используя второй вариант методологии клинической этологии в психиатрии, авторы предприняли изучение невербального поведения (НП) при эндогенных и психогенных депрессиях [2] и при различных вариантах алкогольного опьянения (Киселева Ж. В., 2009—2020), позже — при детском аутизме (Хайретдинов О. З., 2012—2019).

Следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения, как входящие в состав психопатологического

синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства. При депрессивных состояниях были уточнены этологические симптомы на синдромальном и нозологическом уровнях и их динамика при лечении, а так же были выделены поведенческие маски депрессий.

Таким образом, следует четко различать собственно поведенческие расстройства, включая элементы поведения, простые и сложные формы поведения, как входящие в состав психопатологического синдрома, собственно поведенческого (сложные формы поведения) и личностного расстройства. В собственно личностные расстройства практически всегда включаются те или иные формы поведения, но не сводятся к ним и даже противоречат содержанию мышления личности (как это часто наблюдается при алкоголизме, например, анозогнозия, а в некоторых случаях происходит и «отчуждение» [3].

Возникает естественный вопрос: является ли наркология парадигмальной дисциплиной? Существуют ли четко выверенные по философии и методологии науки (дисциплины, раздела) исследовательская программа (И. Лакатос), исследовательская традиция (Л. Лаудан) и т. д.? И пока ответы противоречивы, так как наркология является разделом психиатрии как науки, преимущественно практическим разделом (по группе расстройств, имеющим тот же предмет науки — патологию психической деятельности, по организационно-правовому подходу и др., по терминологическому, диагностическому, терапевтическому подходу и т. д. Однако это не означает, что наркология как раздел психиатрии не может иметь свои частные цели и задачи, не во всем совпадающие с другими разделами психиатрии.

Следует согласиться с А. В. Юревичем (2008) и экстраполировать это на наркологию: в психологии существуют две парадигмы в психологии — теоретическая и практическая.

Теоретические знания необходимы, без них не может развиваться ни одна дисциплина, но теория, в первую очередь необходима для практики. Практика нужна врачу, как практику, ему ближе философия прагматизма, познавательная ясность которого достигается не впечатлениями, не в мыслях, не в языковых играх и даже не в действиях, а в достижении цели, т. е. в рациональности как рациональной деятельности (рациональной цели Ч. Пирса).

На наш взгляд, психиатрия — прагматическая наука, как все медицинские и социальные науки, где преимущественно используется прагматический метод, хотя бы в практической парадигме, где один из главнейших концептов истины принцип эффективности, т. е. обеспечение наиболее эффективного решения, обеспечение достижения наилучших результатов. А в медицине и несомненно в психиатрии и наркологии этот принцип эффективности является базовым, включая использования этики ответственности.

Если в индивидуальном развитии влечения представлены аддиктологией (наркологией), то формирующееся поведение — этологическая психиатрия еще не стала общепризнанным разделом психиатрии, хотя клинико-этологический метод не оспаривается, но место его в общей психопатологии четко не определено.

Большинство исследователей полагает, что в задачи этологии вообще и этологии человека в норме и патологии, в частности, входят:

- а) наблюдение и описание поведения, т. е. феноменология и типология поведения;
- б) выяснение причин, вызвавших данное поведение, к которым могут быть отнесены генетические, средовые, церебральные, биохимические, клинические;
- в) изучение онтогенеза конкретного поведения;
- г) выяснение функционального значения данного поведения, его эволюционная история на основании сравнительного исследования, фактически филогенез и историогенез поведения [5, с. 27–29].

Еще Г. Олпорт в 1937 году, предложив более пятидесяти определений личности, остановился на том, что, прежде всего, личность — это динамическая организация в человеке тех психических и физиологических систем, которые определяют его мышление и поведение.

Причем последнее рассматривается как ведущее, определяющее качество личности. Но в единстве и гармонии они нередко не проявляются, в частности в ситуации опьянения. С этим трудно согласиться, так как в дефиниции «личность» преобладают «множество черт», «система конструкторов», «система личностных смыслов», «субъект отношений», «социальное качество в человеке», реже — «деятельность Я-субъекта», «определенный тип (сочетание типов), связанный с определенными характерными особенностями поведения и т. д., включая разделение психологии личности и персонологии, как науке о личности (а не о поведении — Г. Н.).

Что касается личности в психиатрии, то она рассматривается преимущественно с точки зрения расстройств зрелой (!) личности, вызывая споры, антипсихиатрические подходы.

Назрела и теоретическая, и практическая необходимость слияния отдельных глав эволюции души в роман о душе.

Список литературы:

1. Кон И. С. Ребенок и общество (историко-этнографическая перспектива). М., 1988.
2. Носачев И. Г. Клинико-этологическая дифференциация эндогенных и психогенных депрессий в процессе терапии. Автореф. дисс. на соискание учёной степени кандидата медицинских наук.- Оренбург, 2004.– 22 с.
3. Носачев Г. Н., Носачев И. Г. Поведение и личность, личность и поведение: традиции, общее и различное. Неврологический вестник. 2018; L; 3: 83–87.
4. Носачев Г. Н., Носачев И. Г. Школы и факты в отечественной психиатрии или жизнь без традиций. Психическое здоровье. 2021; 1: 77–82.
5. Самохвалов В. П. Клинико-этологический метод в психиатрии//Российский психиатрический журнал. 2006; 3: 28–38.
6. Семке В. Я. Основы персонологии. М.: Академический проект, 2001. 476 с.

АНАЛИЗ РИСКА РАЗВИТИЯ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ПАЦИЕНТОК С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт,

Нурходжаев С. Н., Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б.

г. Ташкент.

Актуальность изучения депрессивных нарушений вызвана с их высокой распространенностью и низким качеством диагностики, неблагоприятным влиянием на развитие, течение и прогноз многих соматических заболеваний, на показатели трудоспособности и качества жизни пациентов, высоким социально-экономическим бременем депрессий [2,3,6,9,12]. Депрессивные состояния, коморбидные с физиологическими нарушениями, повышают риск формирования суицидального поведения, являются одним из провоцирующих триггеров [11,13,14]. Особую значимость приобретает данное исследование в силу сложившихся обстоятельств с пандемией COVID-19, провоцирующей обострение депрессивной симптоматики и психоэмоционального состояния различных возрастных и социальных групп населения [1,4,5,7,8,10].

Цель исследования: изучить риск развития суицидального поведения у женщин с предменструальным синдромом в структуре терапевтически резистентных депрессий, коморбидных с расстройствами личности.

Материал и методы: обследовано 55 пациенток в возрасте от 17 до 45 лет, находившиеся на стационарном лечении с терапевтически резистентными депрессиями в Республиканской городской психиатрической клинической больнице. Критерием для отбора пациенток было наличие на момент госпитализации депрессивной патологии с превалированием симптомокомплекса ПМС и личностных расстройств, отвечающим диагностическим критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), а также регистрируемая в течение трёх недель госпитализации фармакорезистентность к назначаемым психотропным препаратам. Ведущими методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. В ходе исследования использовали Стандартизированный многофакторный метод исследования личности — СМИЛ (ММПИ) (Собчик Л. Н., 2002), шкалы SIGH-SAD (Williams J., 1992), опросник структуры личности и темперамента TCI-125 (Cloninger C., 1991). Для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты: В основную группу вошли 36 женщин, у которых в клинической картине терапевтически резистентных депрессий на фоне ПМС выявлено появление актуальных суицидальных мыслей с планированием и размышлениями о способах самоубийства. В группе сравнения вошли 19 пациенток без суицидальных тенденций и личностных расстройств. На инициальном этапе исследования в общей выборке обследуемых пациентов были выявлены личностные расстройства. В основной группе были установлены диагнозы расстройств личности в 63,8% (n=23) случаев — смешанное расстройство личности (F61.0), в 22,2% (n=8) слу-

чаев — пограничное расстройство личности (F60.31), в 13,8% (n=5) случаев — истерическое расстройство личности (F60.4). В группе сравнения личностные особенности не достигали критериев личностного расстройства, однако отмечались акцентуированные личностные черты характера. В ходе исследования был проведен сравнительный анализ клинических проявлений предменструального синдрома (ПМС) в основной группе и группе сравнения. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, аффективные расстройства, связанные с менструальным циклом, могут быть соотнесены с аффективными нарушениями (например, как депрессивный эпизод, возникающий в связи с менструальным циклом — F38.8). В пользу связи ПМС с формированием ТРД может свидетельствовать тот факт, что при терапии ПМС может быть эффективно использование антидепрессантов (особенно из группы СИОЗС). По данным нашего исследования в основной группе ПМС регистрировался статистически значимо чаще, чем в группе сравнения. Средний возраст к началу ПМС у женщин из основной группы был ниже, чем в группе сравнения (соответственно $17,1 \pm 4,7$ и $21,4 \pm 8,3$ года ($p < 0,01$)). В обеих исследуемых группах началу аффективного расстройства предшествовало появление ПМС. В основной группе среднее количество лет между началом аффективного расстройства и появлением симптомов ПМС составило $15,8 \pm 9,4$ года, в то время как в группе сравнения этот показатель составил $18,1 \pm 13,7$ года ($p > 0,05$). ПМС в исследуемых выборках пациенток предшествовал началу аффективного расстройства, при этом возраст к началу ПМС у пациенток основной группы был более ранним, чем у пациенток группы сравнения; встречаемость ПМС была статистически выше у пациенток с коморбидным личностным расстройством. В основной группе обследуемых женщин клинические проявления ПМС были значительно выражены, отмечалось раннее начало и неблагоприятное в прогностическом плане течение заболевания, а также сочетанная патология личностных характеристик пациентов с преобладанием истеро-возбудимых черт характера. Нами была проведена оценка основных клинико-динамических характеристик у исследуемых женщин: средний возраст возникновения аффективных расстройств, средняя длительность депрессивного эпизода, среднее количество перенесенных аффективных эпизодов. Средний возраст пациентов к началу аффективного расстройства в основной группе и группе сравнения составил соответственно $32,9 \pm 8,9$ и $40,5 \pm 9,8$ года ($p < 0,001$), что свидетельствует о появлении аффективных расстройств у пациентов основной группы в более молодом возрасте, чем у пациентов в группе сравнения. Внутригрупповой анализ не выявил статистически значимых различий показателей возраста к началу аффективного расстройства; кроме того, не было обнаружено статистически значимых различий возраста к началу аффективного расстройства между исследуемыми группами в зависимости от пола и диагноза ($p > 0,05$). Более ранний возраст к началу психических нарушений может свидетельствовать о большей патологической значимости патогенетических механизмов, обеспечивающих развитие психических расстройств. Клиническая картина депрессивной симптоматики у пациенток основной группы отличалась преобладанием дисфорического компонента с тоскливо-злым настроением, на высоте которого отмечалось возникновение суицидальных тенденций, Психометрическое тестирование пациенток основной группы по Колумбийской шкале оценки тяжести суицида

выявило превалирование актуальных суицидальных мыслей с конкретным планом и намерением у женщин с пограничным расстройством личности, а неспецифические суицидные идеи наблюдались у женщин с истерическим расстройством личности в большей степени. У пациенток со смешанным расстройством личности в большей мере определялись актуальные суицидальные мысли, включая размышления о способах самоубийства.

Исследование по второму модулю Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска — интенсивности суицидных идей установило, что пациентки с истерическим расстройством личности могли с легкостью контролировать суицидальные мысли, длительность протекания наплывов суицидальных мыслей у них была непродолжительной — в течение нескольких минут, все пациентки указали на наличие сдерживающих факторов, которые с вероятностью удержали от реализации суицидальных действий и намерений. Пациентки с пограничным расстройством личности при тестировании отметили, что длительность наплыва суицидальных мыслей продолжалась более 4 часов в сутки, появлялись они с частотой многократно каждый день, основанием для возникновения суицидных идей являлось желание отомстить или привлечь внимание окружающих людей. У пациенток со смешанным расстройством личности в большей мере наблюдались суицидальные мысли продолжительностью более 8 часов в день, женщины указали на отсутствие возможности контролировать такие мысли и малую вероятность сформированности антисуицидального барьера. Анализ полученных результатов исследования интенсивности суицидных идеаций установил, что у лиц со смешанным расстройством личности, коморбидным с терапевтически резистентными депрессиями, более высокий суицидальный риск, в отличие от пациенток с истерическим расстройством личности, у которых наблюдаются более низкие показатели по всем параметрам исследования, кроме наличия хорошо сформированных протективных сдерживающих факторов.

Выводы: таким образом, полученные результаты исследования показали, что наличие предменструального синдрома в клинической картине терапевтически резистентных депрессий у женщин с личностными расстройствами оказывает значительное влияние на основные клинические характеристики текущего депрессивного эпизода: обуславливает большую тяжесть текущего депрессивного эпизода, большую выраженность типичных симптомов депрессии, имеет неблагоприятный исход в прогностическом плане эффективности фармакотерапии, а также способствует формированию суицидальных тенденций, тем самым повышая риск развития суицидального поведения. У пациенток со смешанным расстройством личности в период нарастания ПМС на фоне пониженного настроения отмечается наиболее высокий риск реализации суицидальных действий. Раннее выявление ПМС при депрессии способствует выбору правильной тактики медико-психологической коррекции и предотвращает самоубийства и аутодеструктивные действия.

Список литературы:

1. Абдуллаева В. К., Нурходжаев С. Н. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности. // Актуальные проблемы психи-

- атрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сб. науч. трудов— Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. Выпуск 15-с 4–8.
2. Александров А. А., Балашова Т. Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе//Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. — СПб. — Иваново, 2000. — С. 199–204.
 3. Винокур В. А. Депрессия как проблема общей врачебной практики//Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике, Санкт-Петербург, декабрь, 2015 г. — Вып. XV./Под ред. В. И. Мазурова. — СПб. «Альга Астра» — 2015. —46 с.
 4. Мазо Г. Э. Терапия депрессии: кризис или новые возможности//Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 160-летию со дня рождения Владимира Михайловича Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.— [Электронное издание].— СПб.: Альга Астра, 2017—128 с.
 5. Нурходжаев С. Н., Абдуллаева В. К., Бабарахимова С. Б. Клинические аспекты фармако-резистентных депрессий//Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста»/ред. кол.: Р. Е. Калинин, И. А. Сучков, Е. В. Филиппов, И. А. Федотов; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. — Рязань, 2020. — с. 82–85.
 6. Нурходжаев С. Н. Личностные особенности пациентов с терапевтически резистентными депрессиями//Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и клинической психологии» — Кемерово: КемГМУ, 2020—194 с. 2. 7. Нурходжаев С. Н. Клинико-динамические аспекты аффективных и личностных расстройств у женщин с фармако-резистентными депрессиями//Омский психиатрический журнал 4 (14), 2017, с. 9–11.
 7. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Депрессии и коморбидные расстройства/под редакцией А. Б. Смулевича. — М., 1997—308 с.
 8. Abdullaeva V. K. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characteristics. *Jornal of Research in health science*, pp. 67—72, 201
 9. Abdullaeva V. K., Abbasova D. S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents»//*Annali d'Italia* (2020) VOL 1, No 7; pp 15–18.
 10. Abdullaeva V. K., Babarakhimova S. B. Analisis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents/*Central Asian Journal of Pediatrics* 2 (1), 201–204, 2019.
 11. Babarakhimova S. B., Abdullaeva V. K., Abbasova D. S. Relationship of personal characteristics in adolescents with suicidal tendencies//*NJD-i-science*. VOL 2, No 40 (2020). pp. 19–22
 12. Matveeva A. A., Sulstonova K. B., Abbasova D. S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states//*Danish Scientific Journal*. VOL 3, No 5 (2020) pp. 24–27.
 13. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents — *Indian Jornal of Forensic medicine & Toxicology*. VOL 14, No 3 (2020) pp.7258—7263.

ОСОБЕННОСТИ ТЯЖЕСТИ ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА

*Осадший Ю. Ю., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.,
Дубатова И. В., Сидоров А. А., Дьяченко А. В.
г. Волгоград.*

Депрессия у мужчин со сниженным уровнем тестостерона (Т) может существенно отличаться от депрессии у мужчин с нормативными показателями, учитывая значительную роль Т в регуляции аффективной сферы у мужчин (Коган М. И. с соавт. 2017). Учитывая, что диагностика депрессии у мужчин сама по себе вызывает трудности из-за более низкой обрабатываемости, осведомленности в вопросах эмоций и возможных особенностей клинического проявления депрессий у мужчин (Бухановский А. О. с соавт., 2021; Солдаткин В. А., 2010; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2017; Солдаткин В. А. и соавт., 2015) диагностика тестостерон дефицитных депрессий (ТДД) может представлять еще большие затруднения из-за целого комплекса симптомов, возникающих на фоне снижения уровня Т у мужчин и непонимания механизмов и причинно-следственных связей депрессии на фоне сниженного уровня Т (Осадший Ю. Ю. с соавт., 2020).

Остается неизученным вопрос влияния дефицита Т на степень тяжести депрессии и характер функциональных нарушений, что и послужило целью данного исследования, которое включало пациентов с тестостерон дефицитными депрессиями — основная группа (n=90) и пациентов с депрессией на фоне нормативных показателей тестостерона — контрольная группа (n=50).

В нашем исследовании мы наблюдали большее количество депрессивных эпизодов в контрольной группе. Если для группы пациентов с ТДД было более характерно наличие лишь одного депрессивного эпизода (56,6%), в контрольной группе этот показатель составлял 36% ($\varphi=2,358$, $p<0,01$), то для пациентов с депрессией на фоне нормального уровня Т чаще отмечалось 2 и более эпизодов (таблица 1). В основной группе 98,9% эпизодов не требовали госпитализации в то время, как в контрольной группе этот показатель составил 92% ($\varphi=2,057$, $p<0,05$). Следует отметить, что необходимость госпитализации была критерием исключения из исследования и данные цифры отражают депрессивные эпизоды в анамнезе, а не текущий депрессивный эпизод.

Таблица 1

Показатели степени влияния депрессии на функционирование пациентов

Наименование переменной	Категории	«Есть» в основной группе N=90	«Есть» в контрольной группе N=50	φ -эмпирическое
Количество депрессивных эпизодов	1	51—56,6%	18—36%	2,358, $p<0,01$
	2	30—33,3%	17—34%	0,085
	3	8—8,9%	9—18%	1,530

Наименование переменной	Категории	«Есть» в основной группе N=90	«Есть» в контрольной группе N=50	ϕ -эмпирическое
	4	1—1,1%	4—8%	2,063, $p<0,05$
	5	0	2—4%	2,284, $p<0,05$
Госпитализации	0	89—98,9%	46—92%	2,057, $p<0,05$
	1	1—1,1%	3—6%	1,615
	2	0	1—2%	1,609
CGI-S	Легкое	24—26,6%	6—12%	2,137, $p<0,05$
	Умеренно-выраженное	48—53,3%	29—58%	0,532
	Выраженное	18—20%	15—30%	1,315
Функциональное снижение	Нет	79—87,7%	32—64%	3,231, $p<0,01$
	Да	11—12,2%	18—36%	3,248, $p<0,01$

Показатели количества депрессивных эпизодов и необходимости госпитализации свидетельствовали о более мягком течении депрессии на фоне сниженного уровня Т. По шкале тяжести общего клинического впечатления легкое течение болезни достоверно чаще встречалось в группе пациентов с ТДД, чем в контрольной 26,6% и 12% соответственно ($\phi=2,137$, $p<0,05$) в то время, как в контрольной группе была тенденция к умеренной и выраженной тяжести течения. Тяжесть течения сказывалась и на функциональном снижении, которое чаще обнаруживалось у пациентов с контрольной группы 36% и 12,2% в контрольной ($\phi=3,248$, $p<0,01$). Под функциональным снижением подразумевается снижение повседневной активности (работы, прогулок, походов к друзьям и т. д.). Возможно, что в группе пациентов с ТДД социальная активность оставалась возможной не только за счет более легкого течения депрессии, но и являлась стратегией преодоления возникшей угрозы социальному статусу мужчины, через активность и деятельность, что часто используется мужчинами, как coping стратегии. Однако, данная стратегия становится менее достижима с утяжелением симптомов депрессии, что делало ее менее возможной в контрольной группе.

Другой coping стратегией, используемой мужчинами для преодоления симптомов депрессии и тревоги является употребление психоактивных веществ, которое может маскировать проблемы аффективного спектра и усложнять получение специализированной помощи. В исследуемых группах отмечались различия в количестве употребляемого алкоголя с преобладанием в основной группе и количества стандартных доз в неделю 14,62 и средней дозе алкоголя за раз 6,12 в то время, как в контрольной группе эти показатели и соответствовал 9,14 стандартным дозам в неделю ($Temp=2,7$, $p<0,01$) и 6,12 стандартным дозам за раз ($Temp=2,2$, $p<0,05$).

Возникает вопрос о причинах большей распространенности употребления алкоголя в группе пациентов с депрессией на фоне сниженного тестостерона. Является ли это отличительной особенностью депрессивного синдрома в рамках ТДД или характеристикой группы. Например, количество употребляемого алкоголя неравномерно в различных возрастных группах, а разница среднего возраста основной и контрольной групп составила около 9 лет. Так, средний возраст пациентов основной группы с ТДД составил — 50,58±8,43 лет в то время, как средний возраст пациентов контрольной группы был на 9 лет меньше и составил — 41,16±10,35 лет ($p < 0,001$). Однако, наибольшее количество потребляемого алкоголя приходится на возрастную группу 35—44 года (Максимов С. А. с соавт., 2017), что больше соответствует среднему возрасту контрольной группы в то время, как у лиц старше 45 лет количество употребляемого алкоголя снижается, следовательно, мы должны были бы видеть более низкие показатели в основной группе, учитывая, что ее средний возраст 50,58 лет. Таким образом, можно сделать вывод, что это отражает особенности депрессивного синдрома при ТДД. Возможно предположить несколько факторов, во-первых, более легкое течение депрессивного синдрома при ТДД сопровождается более критической оценкой и попыткой активной компенсации депрессивного состояния за счет использования алкоголя, во-вторых, эректильная дисфункция, выраженная при ТДД может являться дополнительным стрессовым фактором для мужчин, требующим различных стратегий преодоления, в-третьих, сам гормон тестостерон обладает анксиолитическим воздействием через систему гамма-амино-масляной кислоты, а следовательно его снижение может приводить к необходимости дополнительного торможения, что компенсируется за счет увеличения употребления алкоголя, который имеет непосредственное влияние на ГАМК систему.

Отчасти эти выводы можно подтвердить и тем фактом, что употребление наркотиков в «настоящее время» не встречалось в основной группе совсем, но обнаружилось у 10% пациентов контрольной группы, что соответствует данным о большей распространенности употребления наркотических средств в данной возрастной группе.

Выводы:

Для депрессий на фоне сниженного уровня Т характерно более легкое течение депрессивного эпизода с меньшим функциональным снижением и необходимостью госпитальной помощи. Однако, пациенты с ТДД чаще прибегают к злоупотреблению алкоголя, что может нести дополнительные негативные последствия, как для дальнейшего физического, так и для психического благополучия.

Список литературы:

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.].
2. Коган М. И., Воробьев С. В., Хрипун И. А., Белоусов И. И., Ибишев Х. С. Тестостерон: от сексуальности к метаболическому контролю. Ростов-на-Дону: Феникс, 2017, 239 с

3. Максимов С. А., Данильченко Я. В., Табакаев М. В., Мулерова Т. А., Индукаева Е. В., Артамонова Г. В. Половозрастные и социально-экономические особенности употребления алкоголя//Здравоохранение РФ. 2017. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/polovozrastnye-i-sotsialno-ekonomicheskie-osobennosti-upotrebleniya-alkogolya> (дата обращения: 20.07.2021).
4. Осадиший Ю. Ю., Солдаткин В. А., Крючкова М. Н. и др. Тестостерон и его роль при депрессии. Обзор литературы. Психиатрия и психофармакотерапия. 2020; 22 (1): 28–35.
5. Солдаткин В. А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук/Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
6. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством//Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
7. Солдаткин В. А., Перехов А. Я., Крючкова М. Н., Вычужина Я. В., Додохова М. А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик//Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40–48.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ СОЦИО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЙ НА ФОНЕ СНИЖЕННОГО УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА

*Осадиный Ю.Ю., Перехов А.Я., Мрыхин В.В., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянко И.А.,
Дубатова И.В., Сидоров А.А., Дьяченко А.В.
г. Волгоград.*

Изучение депрессии в течение последних лет позволило обнаружить множество особенностей и различий течения заболевания в зависимости от разнообразных факторов (Солдаткин В.А., 2010; Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., 2017; Солдаткин В.А. и соавт., 2015; Бухановский А.О., с соавт. 2021). Одним из факторов, который может повлиять на клинику, лечение и профилактику депрессии, бесспорно, является особенности работы эндокринологической системы в целом и уровня тестостерона (Т) в частности (Rodgers S, et al. 2015).

С целью изучения особенностей депрессий на фоне сниженного уровня тестостерона выполнено исследование социо-демографических показателей у пациентов с тестостерон дефицитарными депрессиями (ТДД) - основная группа (n=90) и пациентов с депрессий на фоне нормативных показателей тестостерона - контрольная группа (n=50).

Средний возраст пациентов основной группы с ТДД составил – $50,58 \pm 8,43$ лет в то время, как средний возраст пациентов контрольной группы был на 9 лет меньше и составил – $41,16 \pm 10,35$ лет ($p < 0,001$). Если же говорить о возрасте начала заболевания, то здесь были обнаружены такие же особенности, а именно более ранний возраст начала заболевания в контрольной группе $32,28 \pm 7,73$ и более поздняя установка диагноза в основной группе $47,96 \pm 11,81$ (Temp=9,5, $p < 0,001$)

Подобная разница укладывается в возможные механизмы развития ТДД, а именно увеличение дефицита Т с возрастом за счет возрастных изменений в клетках Лейдига и метаболических нарушений (Baulieu EE, 1997), что может быть значимым дифференциально диагностическим критерием для диагностики ТДД.

Относительно высокий возраст начала заболевания может отражать не только факт самого начала заболевания, но и более распространенный феномен алекситимии у мужчин, а следовательно, и отсроченное обращение за психиатрической помощью и распознавание симптомов депрессии. Однако, следует отметить, что пациенты с ТДД могли быстрее попадать в поле зрения врачей за счет дополнительных симптомов, в особенности сексуальной дисфункции, которая является значимым симптомом для мужчин, приводящем к поиску медицинской помощи (Коган М.И. с соавт, 2017).

Следует отметить, что пациенты основной группы первично обращались к врачу урологу или эндокринологу, предъявляя жалобы на сниженное настроение лишь, как вторичные симптомы или при прямых расспросах врача. Основной же жалобой при первичном обращении в этой группе было нарушение сексуальных функций в то время, как пациенты контрольной группы первично обращались к врачу психиатру или психотерапевту и жаловались на сим-

птомы нарушения аффективной сферы, а о нарушении сексуальной функции чаще сообщали лишь при сборе анамнестических сведений врачом психиатром и его прямых вопросах.

В дальнейшем нами были проанализированы некоторые социо-демографические показатели, которые представлены в таблице 1.

Таблица 1

Социо-демографические показатели в контрольной и основной группах

№	Наименование переменной	Категории	«Есть» в основной группе N=90	«Есть» в контрольной группе N=50	φ -эмпирическое
1	Семейное положение	Холост	8 – 8,9%	14 – 28%	2,885, p<0,01
		В браке	66 – 73,3%	30 – 60%	1,609
		Разведен	16 – 17,7%	6 – 12%	0,912
2	Дети	0	17 – 18,9%	19 – 38%	2,426, p<0,01
		1	34 – 37,8%	18 – 36%	0,209
		2	29 – 32,2%	9 – 18%	1,876, p<0,05
		3	8 – 8,9%	4 – 8%	0,181
		4	2 – 2,2%	0	1,689, p<0,05
3	Образование	Среднее	12 – 13,3%	1 – 2%	2,624, p<0,01
		Среднее-специальное	33 – 36,6%	19 – 38%	0,164
		Неоконченное высшее	0	1 – 2%	1,609
		Высшее	44 – 48,9%	28 – 56%	0,804
		2 Высших и более	1 – 1,1%	1 – 2%	0,419
4	Трудовая занятость	Работает	72 – 80%	39 – 78%	0,277
		Не работает	18 – 20%	10 – 20%	Нет различий
		Студент	0	1 – 2%	1,609
5	Уровень дохода	Низкий	34 – 37,8%	19 – 38%	0,022
		Средний	52 – 57,7%	27 – 54%	0,419
		Высокий	4 – 4,5%	4 – 8%	0,827
6	Наследственность	0	75 – 83,3%	45 – 90%	1,122
		1	15 – 16,7%	5 – 10%	1,122

Некоторые обнаруженные отличия в этих показателях можно объяснить разницей в среднем возрасте пациентов. Пациенты основной группы чаще состояли в браке 73,3% или были разведены 17,7% в сравнении с контрольной группой, где в браке состояло 60%, а разведены лишь 12%, но только в количестве холостяков были обнаружены статистические различия. В основной группе их было лишь 8,8%, а в контрольной 28% ($\varphi=2,885$, $p<0,01$). Возможно предположить, что именно эти показатели объясняют и большее количество детей в основной группе.

Обращает на себя внимание и факт разницы в уровне образования в группах. Были обнаружены статистически значимые различия в уровне среднего образования в основной (13,3%) и контрольной группах (2,2%) ($\varphi=2,624$, $p<0,01$), а также тенденция к большей распространенности высшего образования в контрольной группе. Данные показатели несколько отличаются от научных данных, свидетельствующих о большей распространенности депрессии и тревоги в группе пациентов с более низким уровнем образования, а следовательно, в основной группе мы могли бы наблюдать эпизоды, не связанные с низким уровнем тестостерона, чего в нашем исследовании не отмечалось.

Выводы:

В ходе анализа социо-демографических показателей было обнаружено, что для пациентов с ТДД более характерно: Более позднее начало депрессии с манифестацией после 45 лет.

Более быстрое обращение за медицинской помощью после начала заболевания, но обращение касалось урологических и метаболических симптомов. К врачу психиатру пациенты попадают чаще по направлению врача уролога или эндокринолога.

Симптомы депрессии остаются вторичными для пациента и обнаруживаются чаще при дополнительном обследовании и прямых расспросах.

Список литературы:

1. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е., Азаматова В.В., Перехов А.Я., Клименко Т.М., Клименко Е.Д., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Лубянко И.А., Мельникова О.В., Сидоров А.А., Солдаткин В.А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.].
2. Солдаткин В.А. Клинико-патогенетическое сравнительное исследование игровой и алкогольной зависимости. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Московский государственный медико-стоматологический университет. Москва, 2010
3. Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч. Клинико-динамические особенности компьютерной зависимости, сочетающейся с другим психическим расстройством // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 5. С. 61–66.
4. Солдаткин В.А., Перехов А.Я., Крючкова М.Н., Вычужина Я.В., Додохова М.А. Суицидологический скрининг: проблема использования психометрических методик // Суицидология. 2015. Т. 6. № 4 (21). С. 40-48.

5. Тестостерон : от сексуальности к метаболическому контролю : [монография] / М. И. Коган [и др.]. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 239 с.
6. Baulieu EE, Neurosteroids: of the nervous system, by the nervous system, for the nervous system. *Recent Prog Horm Res.* 1997;52:1-32.
7. Rodgers S, grosse Holtforth M, Hengartner MP, et al. Serum Testosterone Levels and Symptom-Based Depression Subtypes in Men. *Frontiers in Psychiatry.* 2015;6:61. doi:10.3389/fpsyt.2015.00061

ПСИХИАТРИЯ И ЭВТАНАЗИЯ

*Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Дубатова И. В.,
Сидоров А. А., Дьяченко А. В., Осадший Ю. Ю.*

г. Ростов-на-Дону.

Этические положения международных организаций (ООН, ЮНЕСКО, Совет Европы, ВОЗ, ВМА) по эвтаназии за последние два десятилетия кардинально поменялись. В первых постановлениях указывалась, что эвтаназии не этична и должна быть осуждена медиками (Декларация ВМА об эвтаназии, Мадрид, октябрь 1987 года; Положение ВМА о самоубийстве с помощью врача, Марбелла, сентябрь 1992 года), с тех пор многое изменилось, причем кардинально. Нидерланды были первой страной в мире, которая легализовала эвтаназию и самоубийство с помощью врача, приняв предварительное законодательство в 1994 году, за которым последовал полноценный закон в 2002 году. Число случаев эвтаназии более или менее постоянно росло с 2006 года, достигнув 6361 в 2019 году. Создаются специальные структуры по продвижению идей эвтаназии в международном масштабе, обеспечивается правовая поддержка в судах, формируется эвтаназическая идеология и совершенствуются способы осуществления. Открываются многочисленные учреждения. Например, клиника окончания жизни (Levensindekliniek) в Нидерландах, в Швейцарии — EXIT, Lifecircle, «Eternal Spirit» («Дух вечный»), и Dignitas (Достоинство). Некоторые учреждения уже оказывают «услуги» в международном масштабе. Почти все врачи обсуждали когда-либо возможность эвтаназии с пациентом, а более половины собственноручно ее выполняли. Почти 90% врачей потенциально готовы к осуществлению эвтаназии. Врачи общей практики (например, семейные врачи) наиболее опытни в вопросах эвтаназии и выражают максимальную готовность ее исполнить. Наименьшее же число актов лишения жизни больного замечено в практике специалистов в больницах (цит. по Н. А. Зорину, 2021, часть 1). За последние годы еще несколько стран, в том числе Германия и Канада, приняли государственные законы по эвтаназии, последняя в ЕЭС 2021 году — Испания (несмотря на активное несогласие весьма влиятельной в Испании католической церкви). Минимум шесть стран и пять штатов США узаконили эвтаназию в той или иной форме. (Appelbaum P. S., 2018). В России эвтаназия законодательно запрещена статьёй 45 Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который определяет эвтаназию как ускорение смерти пациента по его просьбе. С точки зрения УК РФ эвтаназия является преступлением и карается статьёй 105. В 2007 году Совет Федерации РФ предпринял попытку либерализации эвтаназии, подготовив законопроект, легализующий ее в России, но он сразу вызвал волну критики со стороны общественности, причем не только консервативно-патерналистской, но и либеральной. Отечественные профессиональные медицинские ассоциации, в том числе психиатрические (РОП и НПА) обсуждают проблему только в порядке весьма иногда горячих научных дискуссий, рассматривая проблему не только с этических, но и клинических позиций. Усилившийся интерес именно психиатрии к проблемам эвтаназии связан с тем, что в последние годы в странах, давно узаконивших эвтаназию (Бельгия,

Голландия, Люксембург) расширили показания к эвтаназии. Если раньше это были смертельные заболевания, тяжелая неврологическая боль, полная неподвижность опять же вследствие соматических болезней, то теперь показаниями могут быть некоторые психические расстройства и даже расстройства поведения. Утверждается, что отказ в доступе к облегчению страданий лицам с такими состояниями является дискриминационным, демонстрируя отказ признать реальность боли, связанной с тяжелой депрессией, хроническими психотическими расстройствами и другими душевными заболеваниями. В Нидерландах с 2015 г. примерно 3% от общего количества эвтаназий сделали людям, имеющим психические заболевания (Van der Heide A et al., 2017). Появляются примеры вопиющих случаев эвтаназии психически больных: Королевство Нидерланды (2020): «Врач Марину Аренд эвтаназировала 74-летнюю женщину, на основании распоряжений, сделанных этой женщиной перед поступлением в дом престарелых, несмотря на то, что она сопротивлялась. Хотя врач тайно дала ей успокоительное, эту женщину все же пришлось удерживать ее зятю, чтобы ей сделали смертельную инъекцию. Суд оправдал врача, постановив, что она действовала законно. Суд заявил, что, если слабоумные больные не в состоянии дать согласие, врачи могут действовать в соответствии с их предварительной письменной просьбой, даже если они кажутся счастливыми или даже если они сопротивляются» (цит. по Н. А. Зорину, 2021, часть 1). В Бельгии и Голландии уже используется «право на эвтаназию» детей, достигших 12 лет, которые «могут адекватно представлять себе тему смерти (!? — авт.), при этом в законодательстве этих стран указано, что разрешенный возраст потребления крепкого алкоголя и возраст активного избирательного права — только 18 лет. Можно согласиться с резко критическими комментариями Н. А. Зорина: «... Почему именно с 12 лет? Это как-то, кем-то обосновано? Наверное, за этим стоит соображение некой «зрелости психики»? Откуда оно? Найти какие-либо основания для такой возрастной границы не удалось...» (Н. А. Зорин, 2021, часть 2). В России медицинские и психиатрические сообщества пока сохраняют общие этические положения о недопустимости широкого использования эвтаназии, беря за основу неотмененную пока декларацию по эвтаназии, принятую на X Конгрессе ВПА в Мадриде в 1996 году: «... Психиатр, среди пациентов которого есть недееспособные и не отвечающие за свои слова и поступки, при принятии неформального решения должен быть особенно осторожен в отношении действий, которые могут привести к нежелательной смерти тех, кто не может защитить себя вследствие своей несостоятельности. Психиатр должен понимать, что представления пациента могут быть искажены психическим заболеванием, например, депрессией. В таких ситуациях роль психиатра заключается в лечении болезни...» (Бухановский А. О. и соавт., 2021). В целом имеются достаточные основания сделать вывод о том, что принятие эвтаназии в психиатрии с большей вероятностью принесет больше вреда, чем пользы. Это отражено в позиции Американской психиатрической ассоциации: «Психиатр не должен назначать или применять какие-либо методы по отношению к не неизлечимо больному человеку с целью причинения ему смерти». При этом АПА заявила, что она не может возражать против самого права на эвтаназию; но если кто-то из членов Ассоциации будет ее проводить, то он будет из ассоциации изгнан (Paul S. Appelbaum, 2018). 70 психиатров подписали открытое письмо

«Осторожнее с эвтаназией у психиатрических пациентов». Они указывают, что одним из условий разрешения эвтаназии является безнадежность. Но, по мнению психиатров, применительно к их пациентам этот критерий нередко вызывает сомнения» «Из 60 психиатрических пациентов, получивших в 2016 эвтаназию, 46 человек сделали это через Клинику окончания жизни (Levensindekliniek). Это группа врачей, которые по соответствующей просьбе (в рамках существующего законодательства — прим. перев.) ездят по стране и применяют эвтаназию там, где этого не желает делать домашний врач или медицинский специалист. "На самом деле, слишком мало психиатров заняты в процессе вынесения суждений о том, являются ли страдания психиатрического пациента невыносимыми и безысходными" (Internet (GGZnieuws.nl.2017).

Выводы.

1. Эвтаназия, как возможность человека получить не только качественную жизнь, но и качественную смерть, безусловно, будет иметь место в будущем во все обществах и государствах, выбирающих либеральную и толерантную линию развития. Но обществу придется все время контролировать ее уровень и «допуски», т. е. показания, ориентируясь, в частности, на успехи теоретической и клинической медицины, а также на изменение законов в плане потребления, например, обезболивающих препаратов (боль, причем не только физическая, но и душевная — основная причина самоубийств и обращений по поводу эвтаназии). Ведь даже в современных условиях можно резко сократить уровень «добровольной» смерти при хронической непереносимой боли, разрешив использование самых высокопотентных опиатов (диацетилморфина, т. е. героина) в любых дозировках, пренебрегая проблемами «наркотической зависимости» у умирающих. Однако это не происходит ни в одной стране мира из-за значимых проблем с оборотом наркотиков, преступностью, коррупцией в распределении и т. д. В близком будущем, при развитии технологий обязательно найдутся способы купирования боли не «наркотическими» лекарствами, а, например, ультрамикронейрохирургией и вживлением соответствующих «чипов».

2. Эвтаназия в психиатрии, особенно в настоящее время, не может быть оправдана не только с этической, но и с клинической точки зрения. Вопрос идет не только о процессуальной недееспособности некоторых психически больных (психотического уровня), где вообще нет необходимости в дискуссии. И «дееспособным пациентам» психиатров должно быть отказано в эвтаназии (но не в праве на самоубийство, но там разрешения и не требуется), так как клиническая психиатрия, если «захочет» (при условии, что этого также «захотят» власть и общество) практически всегда может предложить те или иные методы лечения и помощи, вплоть до ультрасовременной. Пока же мы видим в самых цивилизованных либеральных странах подмену истинной заботы и помощи людям с психическими расстройствами абсолютно толерантным избавлением от «балласта» с целью экономии ресурсов. Если допустить эвтаназию психически больным с формальной целью облегчения душевных страданий, то больше будет и искушений все большее количество людей объявлять «нездоровыми», как это, например, произошло в новой классификации МКБ-11; все чаще использовать практику эвтаназии, все меньше, как ни странно, тратить средств на научные, фармакологические изыскания (Вульф С.,

1993) все меньше подготавливать специалистов в области психиатрии, психотерапии, тратить средства на человеческий «балласт», ведь затраты общества на содержание, лечение психически больных с каждым годом прогрессивно увеличиваются. В перспективе возможен и другой путь широкого внедрения эвтаназии для людей с психопатологическими нарушениями и болезненно отклоняющимся поведением — признавать их психически здоровыми, потворствовать практике «антипсихиатрии». Примером может послужить ситуация о разрешении менять свой биологический пол вследствие «гендерной дисфории», в последних рекомендациях в некоторых странах даже допускается отсутствие психиатрического, даже разового (!) осмотра психиатра; если следовать такой логике — то и при принятии решения о добровольной смерти психиатр может не понадобиться.

3. При решении вопроса эвтаназии при психических расстройствах при невозможности использовать партнерские («взрослый-взрослый») или сотрудничающие методы («родитель-взрослый») необходимо прибегать к патернализму («родитель-дитя») с отказом на согласие на эвтаназию.

Список литературы:

1. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянка И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
2. Вульф С. Эвтаназия: не переходить границу//Человек. М., 1993. Вып. 5. С. 54
3. Зорин Н. А. «Убей меня нежно!», или лечение смертью (об эвтаназии) Часть I Психиатрия и психофармакотерапия, Том 23, № 1, 2021, с. 34—44
4. Зорин Н. А. «Убей меня нежно!», или лечение смертью (об эвтаназии) Часть II Психиатрия и психофармакотерапия, Том 23, № 2, 2021 с. 50—58
5. Appelbaum P. S. World Psychiatry 2018;17 (2):145—146)
6. Brief van 70 psychiaters ‘Ga zorgvuldig om met euthanasie bij psychiatrische patienten’. — Internet (GGZnieuws.nl.30.11.17)
7. Van der Heide A, van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. N. Engl J Med 2017;377:492—4.

ДЕПРЕССИЯ, СУИЦИД И АНТИДЕПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Санкт-Петербургский государственный университет

Петрова Н. Н.

г. Санкт-Петербург.

Распространенность депрессии увеличилась с 1990 до 2017 года примерно на 50% [1], при этом депрессия ассоциирована с риском суицида [2]. Данные о связи суицидального поведения с приемом антидепрессантов противоречивы [3, 4]. В целом, фармакоэпидемиологические исследования демонстрируют превентивный эффект антидепрессантов в отношении суицидального поведения [5]. К факторам риска суицида относят отсутствие терапевтического ответа при антидепрессивной терапии, начало терапии с высоких доз препаратов, злоупотребление психоактивными веществами и наличие суицидных попыток в прошлом [6].

Антидепрессанты применяются в 20% завершенных самоотравлений и в 20—30% незавершенных суицидов [7]. Трициклические антидепрессанты (ТЦА) имеют наиболее высокий индекс фатальных случаев, чем селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) [8]. Тем не менее, мнения о влиянии СИОЗС на риск суицида у уязвимых пациентов расходятся. Систематический обзор не выявил повышения риска суицида у взрослых пациентов, получающих эти препараты [9]. В другом обзоре на примере пациентов всех возрастов было показано удвоение риска суицида [10].

Летальные дозы антидепрессантов, используемых в комбинации с другими лекарствами, ниже, чем при самоотравлении только антидепрессантом. По данным РКИ современные антидепрессанты связаны с повышенным риском суицида у лиц молодого возраста, в снижают риск суицида только у пожилых пациентов [11]. FDA рекомендует назначать контрольный осмотр пациентов в возрасте до 30 лет через неделю после назначения нового антидепрессанта [12]. Кроме того, больные депрессией нуждаются в усиленном контроле не только во время начала лечения, но и при изменении дозы антидепрессанта [13]. В случае высокого риска суицида следует ограничить доступность антидепрессанта [14].

Таким образом, вопрос влияния антидепрессанта на риск суицида остается открытым. Предупреждение суицидальной попытки больных депрессией основана на бдительности врачей и ограничении доступа к средствам, повышающим риск завершеного суицида, в том числе большим упаковкам антидепрессантов.

Список литературы:

1. Q, He H, Yang J et al. Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *J Psychiatric Res.* Liu2020; 126: 134—140.
2. Conejero I, Olié E, Calati R et al. Psychological Pain, Depression, and Suicide: Recent Evidences and Future Directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2018 Apr 5;20 (5):33. doi: 10.1007/s11920—018—0893-z.
3. Wang SM, Han C, Bahk WM et al. Addressing the Side Effects of Contemporary Antidepressant Drugs: A Comprehensive Review. *Chonnam Med J.* 2018; 54 (2): 101—112.

4. Braun C, Bschor T, Franklin J, Baethge Ch. Suicides and Suicide Attempts during Long-Term Treatment with Antidepressants: A Meta-Analysis of 29 Placebo-Controlled Studies Including 6,934 Patients with Major Depressive Disorder *Psychother Psychosom*. 2016;85 (3):171—9. doi: 10.1159/000442293. Epub 2016 Apr 5.
5. Brent DA. Antidepressants and Suicidality. *Psychiatr Clin N Am*. 2016; 39: 503—512. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2016.04.002>
6. Hawton K, Bergen H, Casey D, Simkin S, Palmer B, Cooper J, et al. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 513—21
7. Courtet P, Nobile B, Lopez-Castroman J. Antidepressants and suicide risk — harmful or useful? In: Kumar U (ed). *Handbook of suicidal behaviour*. Bangalore: Springer Nature, 2017, pp. 329—347.
8. UK, Welles 2000—2006 Keith Hawton, Helen Bergen, Sue Simkin et al. Toxicity of antidepressants: rates of suicide relative to prescribing and non-fatal overdose. *Br J Psychiatry*. 2010 May;196 (5):354—8. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070219.
9. Stone M, Laughren T, Jones ML, et al. Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ* 2009;339: b2880
10. Gunnell D, Saperia J, Ashby D. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *BMJ*. 2005;330: 385. 10.1136/bmj.330.7488.385.
11. Fergusson D, Doucette S, Glass KC, et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 2005;330: 396. 10.1136/bmj.330.7488.396.
12. Simon G. Antidepressants and suicide *BMJ* 2008; 336:515 doi:10.1136/bmj.39482.666366.80
13. Brent DA, Emslie GJ, Clarke GN et al. Predictors of spontaneous and systematically assessed suicidal adverse events in the treatment of SSRI-resistant depression in adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry*. 2009;166 (4):418—26.
14. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333971>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO 164 c.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Порцева И. А., Уваров И. А., Бурт А. А.

г. Ижевск.

Комплексная реабилитация и абилитация инвалида (ребенка-инвалида) — это совокупность различных по форме, направлению и области применения приемов и методов (медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, бытовых, социально-правовых, профессиональных, спортивных, творческих и средовых компонентов) реабилитации [1].

Социокультурная реабилитация — это целостный комплекс мероприятий и процесс, имеющие целью помочь инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, реализации культурных интересов и запросов, что обеспечивает ему средства для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости [4].

Основная цель социокультурной реабилитации — создание путей восстановления связи между инвалидом и окружающей средой за счёт развития у него умения пользоваться новыми способами ориентации.

Анализ литературы позволяет констатировать, что в настоящее время процесс социальной реабилитации инвалидов затруднен по следующим причинам:

- у большинства лиц с инвалидностью низкий уровень удовлетворённости жизнью;
- отрицательная динамика отражается также в уровне самооценки;
- у инвалидов имеются существенные проблемы в области коммуникации с окружающими, а также взаимоотношений с родными и близкими;
- в эмоциональном состоянии инвалидов часто наблюдается тревожность и неуверенность в будущем, пессимистический взгляд на жизнь.

Именно благодаря современным методам социокультурной реабилитации есть большая вероятность избавиться от вышеперечисленных проблем. В связи с этим имеется необходимость в постоянном развитии и усовершенствовании подходов, форм и методов социальной работы с инвалидами.

По мнению А. Ю. Нагорновой [4] и И. А. Порцевой с соавт. [6] низкий уровень и качество жизни у большинства инвалидов сопровождаются серьезными личностными проблемами, обусловленными дезадаптивностью этих людей в быстро меняющейся социокультурной среде. Как показывает практика, инвалиды находятся во власти тех или иных обстоятельств, которые не позволяют личности раскрыть свой потенциал в полной мере. Поэтому лица данной категории особо нуждаются в чётко спланированной и научно-обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер, направленных на формирование у них самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, достойного духовно-нравственного облика, умения рационально организовать свой досуг. Подготовив че-

ловека с ограниченными возможностями для участия в досуге, можно помочь ему адаптироваться в общественной жизни.

Е. Г. Кисилева и Ю. Д. Красильникова [2] отмечают, что огромные возможности социокультурных технологий в социальной реабилитации инвалидов реализуются далеко не в полном объеме. В большинстве реабилитационных центров и учреждений культуры их использование практически не выходит за рамки тех занятий, которые ведутся со здоровыми детьми. При этом существует огромное количество разнообразных форм и методов социокультурной реабилитации. Разнообразие методов социокультурной реабилитации дает возможность использовать их потенциал в полной мере. Роль психотерапии в реабилитации сложно переоценить. Хотелось бы выделить такие психотерапевтические методы, как арт-терапия, музыкотерапия, библиотерапия, сказкотерапия и игровая терапия.

Главной целью арт-терапевтической деятельности является достижение положительных изменений в психологической и социальной сфере лиц с ограничениями в здоровье. Арт-терапия способствует снятию напряжения, пробуждению внутренних жизненных сил, активизирует внутренние личностные ресурсы, облегчает социальную адаптацию, способствует формированию межличностных навыков [5]. Арт-терапия особенно важна для инвалидов, которые в силу физических или психических особенностей своего состояния, зачастую социально дезадаптированы, ограничены в социальных контактах.

Музыкотерапия — это технология социокультурной реабилитации, использующая разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности инвалида, развития его творческих способностей, расширения кругозора, активизации социально-адаптивных способностей [8].

Основными задачами коррекционных музыкально-игровых занятий является стимуляция потенциальных возможностей, преодоление трудностей социальной адаптации в соответствии с возможностями инвалида. Музыка усиливает обмен веществ в организме, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную деятельность, развивает физические способности. Музыкальное воспитание с полной уверенностью можно рассматривать как один из важных факторов в процессе реабилитации и социальной адаптации инвалидов.

Библиотерапия — специальное коррекционное воздействие с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации психического состояния [3]. Коррекционное чтение от чтения вообще отличается своей направленностью на те или иные психические состояния или свойства личности инвалидов, испытывающих:

- неудовлетворенность своим образом жизни и желание его изменить;
- эмоционально-застойные депрессивные, фрустрационные состояния, ведущие в тупиковые ситуации, из которых инвалиды часто не знают выхода.

Сказкотерапия — это метод, использующий сказку для решения задач в области воспитания, образования, коррекции поведения, профилактики психологических отклонений, психологической и психотерапевтической помощи. Сказка — это один из основных жанров фоль-

клора, эпическое, преимущественно прозаическое произведение волшебного, авантюрного или бытового характера с установкой на вымысел. В социокультурной деятельности является одним из ведущих видов и способов эмоционально-психологического, педагогического влияния, социально-нравственного формирования [3]. При этом необходимо выделить ряд направлений особенно актуальных в коррекционной работе с инвалидами с помощью сказкотерапии:

- психокоррекция эмоционально-волевых нарушений;
- обретение свободного опыта общения через ролевое действие сказочного героя у лиц с трудностями общения;
- формирование творческого потенциала инвалида через сказки — драматизации;
- преодоление чувства страха и неуверенности через сочинение сказочных сюжетов и драматическое их проигрывание.

Игровая терапия — это комплекс реабилитационных игровых методик, форм, средств, ситуаций [3]. Уникальность игротерапии состоит в том, что травмирующие жизненные обстоятельства переживаются в условном, ослабленном виде, хотя эмоциональное отражение (катарсис) их достаточно реально. Игровая терапия помогает опробовать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности в определенной жизненной ситуации. Именно ролевое поведение отражает психологическое состояние и функциональные тенденции инвалида [3].

Вышеперечисленные психотерапевтические методы ориентированы на помощь инвалиду освоить коммуникативные навыки, необходимые для адаптации в сложном социокультурном окружении. Как показывает практика, использование данных методов социокультурной деятельности способствуют улучшению качества жизни инвалидов по показателю психосоциальной реабилитации, развивают доверие, интерес, эмпатию к людям, коммуникативную компетентность, навыки эффективного поведения в социальных ситуациях, формирование реалистичных представлений о себе, адекватной самооценки и самопрятия, расширение сферы интересов, развитие мотивации достижения успеха, формирование базового доверия к миру и чувства безопасности [7].

Таким образом, психотерапия является важнейшей составляющей в комплексной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами. Применение же методов социокультурной реабилитации — это эффективный способ изменить позицию общества по отношению к инвалидам и один из путей гуманизации общества в целом. Включение в социум людей с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья можно считать одним из факторов развития современного общества. Социокультурная реабилитация является одной из основных технологий социальной работы по достижению высокого уровня социальной жизни инвалидов, в том числе инвалидов с психическим заболеваниями.

Список литературы.

1. Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации лиц с инвалидностью, в том числе детей с инвалидностью, на период до 2025 года (проект) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/25/kontcepsia>.

2. Красильников Ю. Д. Социально-культурная деятельность: учебник/Ю. Д. Красильников, Т. Г. Киселева. — М.: МГУКИ, 2004. — С. 539.
3. Ломакин В. И., Храпылина Л. П., Шипулина В. С. (ред) Социокультурная реабилитация инвалидов. Метод. рекомендации. — М., 2002. — С. 144.
4. Нагорнова А. Ю., Макарова Т. А. Теория и технология культурно-досуговой деятельности с инвалидами. — Saarbrücken: LAPL ambert Academic Publishing, 2015. — С. 89.
5. Плохова И. А., Бибикова Н. В. Социальная реадаптация людей-инвалидов с умственной отсталостью посредством арт-терапии: учебно-методическое пособие/Ульяновский государственный педагогический университет имени И. Н. Ульянова. Ульяновск, 2014. — С. 69.
6. Порцева И. А., Уваров И. А., Лекомцев В. Т., Захаров Р. И., Семенов А. А., Семенова Е. А. Клинико-социальные особенности больных с инвалидностью вследствие алкогольной зависимости в Удмуртской Республике/Актуальные проблемы психиатрии и наркологии в современных условиях: материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной 40-летию Забайкальского краевого наркологического диспансера (Чита, 29–30 октября 2020 года). — Чита: РИЦ ЧГМА, 2020. — С. 121–123.
7. Работник социальной службы: журнал. — М.: Социальное обслуживание. — 2018. — № 5. — С. 17–18.
8. Хаидов, С. К. Социокультурные основы реабилитации инвалидов [Электронный ресурс]: учебное пособие/С. К. Хаидов. — Тула: Издательство ТГПУ им. Л. Н. Толстого, 2014. — 133 с.

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ

Прокопович Г. А., Сивашова М. С., Паиковский В. Э.

г. Санкт-Петербург.

Введение. 2020 год для всех жителей планеты запомнится пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19, которая затронула большую часть человечества. Многие ученые уже на первых этапах изучения течения нового заболевания обращали внимания на влияние данного расстройства на психическое состояние человека. Рассматривались аспекты прямого влияния возбудителя на центральную нервную систему, а также опосредованное влияние на индивидуума изменений в жизни общества, которые повлекло за собой массовое распространение заболевания [4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14].

Среди наиболее уязвимых слоев населения находятся пациенты, имеющие хронические психические заболевания, в частности, такие как шизофрения и шизофреноподобные расстройства [5, 16]. Данные пациенты в период изоляции были вынуждены реже обращаться к врачам, были лишены социальной поддержки, что значительно затрудняло их ежедневное функционирование [16]. А влияет ли коронавирусная инфекция на течение шизофренического процесса?

Согласно литературным данным обострение симптомов психического расстройства было выявлено у 20,9% обследованных [17]. Некоторые исследователи считают, что у пациентов с шизофренией более высокий риск заражения SARS-CoV2, эти пациенты имеют худшие клинические исходы, большое количество сопутствующей патологии, а также высокий риск психотических рецидивов в контексте пандемии COVID-19 [6]. Лечение пациентов с психическими расстройствами китайские психиатры, опираясь на свой клинический опыт, советуют осуществлять в психиатрических стационарах, где предусмотрены инфекционные отделения для лечения новой коронавирусной инфекции [17]. Назначение психотропной терапии, по мнению как российских, так и иностранных психиатров, рекомендуется осуществлять в зависимости от тяжести течения COVID-19, а также с учетом характера психических расстройств [3, 10].

Однако в отечественных литературных источниках нет работ, посвященных особенностям ведения пациентов с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами непосредственно в инфекционном стационаре.

Материалы и методы

Исследование проводилось на базе СПб ГБУЗ «Клинический госпиталь для ветеранов войн», который в период пандемии новой коронавирусной инфекции был перепрофилирован в инфекционный стационар. Был проведен анализ числа пациентов, госпитализированных с COVID-19 и сопутствующими психическими расстройствами и расстройствами поведения. Сбор данных осуществлялся психопатологическим методом. Оценивались клинические характеристики психического расстройства и тяжесть течения инфекционного заболевания. Диагностика психических расстройств проводилась согласно международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), диагностика новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществлялась согласно Временным методическим рекомендациям Министерства здраво-

охранения Российской Федерации. Сравнение общих показателей проводилось с данными 2019 года, когда стационар работал как многопрофильный и оказывал специализированную помощь ветеранам войн и приравненным к ним лицам. Обработка данных осуществлялась при помощи пакета программ STATISTICA 10.

Результаты и обсуждения

В исследование вошли 549 пациентов, которые были проконсультированы психиатром с 01 апреля по 31 июля 2020 году, что составило 7,00% (549 чел.) от общего числа госпитализированных (7842 чел.), из них 262 мужчины, 287 женщин, средний возраст — 62,36+18,65 года. В 2019 году в аналогичный период в помощи психиатра нуждались 6,85% (647 чел.) пациентов (всего госпитализировано 9441 чел.), средний возраст пациентов — 82,74+10,53. Отдельно была выделена группа пациентов с расстройствами шизофренического спектра (F2). В 2019 году пациенты с такими диагнозами в стационар не поступали, в то время как в 2020 году их доля составила 13,47% (74 чел.) $p=0,0001$, различия статистически значимы. В начале периода карантина, в городе не было психиатрических стационаров, которые принимали бы пациентов с COVID-19, кроме того ряд клиник для душевно больных были полностью или частично закрыты на карантин. Пациенты с хроническими психическими расстройствами госпитализировались в инфекционный стационар из дома 16,22% (12 чел.), 45,95% (34 чел.) были переведены из психиатрических стационаров в связи с заболеванием коронавирусной инфекцией, 37,84% (28 чел.) — проживали в психоневрологических интернатах и были доставлены оттуда. В период пребывания в госпитале пациентам с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами дозировки психотропных препаратов (Клозапин, Галоперидол, Хлорпромазин) были существенно уменьшены или отменены в зависимости от тяжести соматического состояния (в соответствии с клиническими рекомендациями). Снижение дозировок в половину было необходимо для пациентов со среднетяжелым течением инфекционного процесса — 78,38% (58 чел.) случаев. Тяжелое течение COVID-19 требовало полной отмены нейролептической терапии. Обострение психического состояния отмечалось у 16,22% (12 чел.) пациентов от общего числа пациентов, страдающих психическими расстройствами шизофренического спектра, что в некоторых случаях потребовало увеличения дозировок таблетированных психотропных препаратов или их внутримышечного введения. Большинство пациентов с хроническими психическими расстройствами, особенно те, кто был переведен из психоневрологических интернатов и психиатрических больниц к новой коронавирусной инфекции относились очень спокойно. Тема COVID-19 редко вплеталась в психотические переживания, что, возможно, связано с отрешенностью пациентов с шизофренией от окружающего мира, пониженного интереса к жизни окружающих и общества в целом. Их больше беспокоили личные давно существующие патологические образования. Особенно такое отсутствие реакции на всеобщую панику было характерно для пациентов с апатобулическим дефектом. В клинической картине у пациентов сохранялись их болезненные переживания: бред преследования, воздействия (травят газом, воздействуют лучами, следят и прослушивают). В бредовую фабулу коронавирусную инфекцию включили только 4,05% (3 чел.). Обманы восприятия также сохранили прежние образы

и ощущения. Например, молодой человек (с диагнозом параноидная шизофрения) стереотипно разбивал себе голову на фоне бредовых переживаний и «голосов в голове», совсем не беспокоился о тяжелом течении у него коронавирусной инфекции и навязчиво требовал консультацию хирурга. После стабилизации соматического пациенты с острой психотической симптоматикой или обострением хронических психических расстройств направлялись для продолжения терапии в психиатрический стационар, если госпитализация не была необходима, пациенты с психическими расстройствами шизофренического спектра продолжали наблюдение в психоневрологическом диспансере или переводились для дальнейшего проживания в психоневрологический интернат, где получали необходимую психотропную поддержку.

Выводы. Таким образом, в сложившейся эпидемиологической ситуации состав пациентов с психическими расстройствами изменился. Расстройства шизофренического спектра в инфекционном стационаре составили 13,47% от общего числа психических расстройств, диагностированных у пациентов, нуждающихся в специализированной помощи. В большинстве случаев проблема новой коронавирусной инфекции не волновала пациентов с шизофренией и шизофреноподобными расстройствами, и в редких случаях была включена в фабулу психотических переживаний. Обострение симптоматики на фоне COVID-19 наблюдалось в 16,22% случаев, что подтверждает необходимость наличия специализированной психиатрической помощи приближенной к пациенту.

Список литературы.

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 5 (08.04.2020)/Е. Г. Камкин [и др.]//Министерство здравоохранения РФ. –121 с. [обновлено 09 апреля 2020 г., процитировано 14.октября 2020 г.]. Доступно: https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/049/986/original/09042020_%D0%9C%D0%A0_COVID-19_v5.pdf
2. Классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10 (версия: 2019) <https://mkb10.com/index.php?pid=4001>
3. Методические рекомендации, алгоритмы действия медицинских работников на различных этапах оказания помощи, чек-листы и типовые документы, разработанные на период наличия и угрозы дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге. Версия 2,0 от 15.05.2020/Е. В. Шляхто [и др.]// — Санкт-Петербург. — 2020. — 179 с. https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2020/06/covid-19_ver.2.0_10.06.pdf
4. Bohlken J, Schömig F, Lemke M, Pumberger M, Riedel-Heller S. COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers — A Short Current Review//Psychiatr Prax. 2020 May;47 (4):190—197. doi: 10.1055/a-1159—5551. Epub 2020 Apr 27.PMID: 32340048 PMCID: PMC7295275 DOI: 10.1055/a-1159—5551/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7295275/>
5. Brown E., Gray R., Monaco S., O'Donoghue B., Nelson B., Thompson A., Francey S., McGorry P. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic research//Review Schizophr Res. 2020 Aug;222:79—87. doi: 10.1016/j.

- schres.2020.05.005. Epub 2020 May 6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7200363/>
6. Fonseca L., Diniz E., Mendonça G., Malinowski F., Mari J., Gadelha A. Schizophrenia and COVID-19: risks and recommendations//*Braz J Psychiatry*. 2020 May-Jun; 42 (3): 236—238. Published online 2020 Apr 9. doi: 10.1590/1516—4446—2020—0010
 7. Frank A, Fatke B, Frank W, Förstl H, Hölzle P. Depression, dependence and prices of the COVID-19-Crisis//*Brain Behav Immun*. 2020 Jul; 87:99. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.068. Epub 2020 Apr 29. PMID: 32360604 PMCID: PMC7189841 DOI:10.1016/j.bbi.2020.04.068.
 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7189841/>
 9. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, Wang Y, Fu H, Dai J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak//*2020 Apr 16*;15 (4): e0231924. doi: 10.1371/journal.pone.0231924. eCollection 2020. PMID: 32298385 PMCID: PMC7162477 DOI: 10.1371/journal.pone.0231924/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7162477/>
 10. Hang Choi EP, Hung Hui BP, Fai Wan EY. Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19//*Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 25;17 (10):3740. doi: 10.3390/ijerph17103740. PMID: 32466251 PMCID: PMC7277420 DOI: 10.3390/ijerph17103740. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7277420/>
 11. Ostuzzi G., Papola D., Gastaldon C. et al. Safety of psychotropic medications in people with COVID-19: evidence review and practical recommendations//*BMC Med*. 2020; 18: 215. Published online 2020 Jul 15. doi: 10.1186/s12916—020—01685—9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7360478/>
 12. Özdin S, Özdin S. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender//*Int J Soc Psychiatry*. 2020 Aug;66 (5):504—511. doi: 10.1177/0020764020927051. Epub 2020 May 8. PMID: 32380879 DOI: 10.1177/0020764020927051. https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020927051?url_ver=Z39.88—2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed&
 13. Rehman U, Shahnawaz M, Khan N, Kharshiing K, Khursheed M, Gupta K, Kashyap D, Uniyal R. Depression, Anxiety and Stress Among Indians in Times of Covid-19 Lockdown//*Community Ment Health J*. 2020 Jun 23;1—7. doi: 10.1007/s10597—020—00664-x. Online ahead of print. PMID: 32577997 PMCID: PMC7309680 DOI: 10.1007/s10597—020—00664-x/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7309680/>
 14. Shader R. COVID-19 and Depression//*Clin Ther*. 2020 Jun;42 (6):962—963. doi: 10.1016/j.clinthera.2020.04.010. Epub 2020 Apr 27. PMID: 32362345 PMCID: PMC7184005 DOI: 10.1016/j.clinthera.2020.04.01/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184005/>
 15. Stanton R, G To Q, Khalesi S, Williams S, Alley S, Thwaite T, Fenning A, Vandelanotte C. Depression, Anxiety and Stress during COVID-19: Associations with Changes in Physical Activity, Sleep, Tobacco and Alcohol Use in Australian Adults//*Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jun 7;17 (11):4065. doi: 10.3390/ijerph17114065. PMID: 32517294 PMCID: PMC7312903 DOI: 10.3390/ijerph17114065 <https://www.mdpi.com/1660—4601/17/11/4065>
 16. Stein M. EDITORIAL: COVID-19 and Anxiety and Depression in 2020//*Depress Anxiety*.

- 2020 Apr;37 (4):302. doi: 10.1002/da.23014. PMID: 32266767 PMCID: PMC7262238 DOI: 10.1002/da.23014. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7262238/>
17. Torous J., Keshavan M. COVID-19, mobile health and serious mental illness//Schizophr Res. 2020 Apr; 218: 36—37. Published online 2020 Apr 16. doi: 10.1016/j.schres.2020.04.013 PMCID: PMC7161497 PMID: 32327314/<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7161497/>
18. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho C, Ho R. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China//Int J Environ Res Public Health. 2020 Mar 6;17 (5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789 PMCID: PMC7084952 DOI: 10.3390/ijerph17051729. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084952/>

«ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА»

ГБУЗ Областная психиатрическая больница им. К. Р. Евграфова,

Рыбакова Т. В. Бубнов А. А.

г. Пенза.

Введение: Депрессия в пожилом возрасте наблюдается очень часто. Можно сказать, что у людей старше 55 лет это самый распространенный недуг. По данным Всемирной организации здравоохранения, депрессивные симптомы имеют место у 40% пациентов преклонного возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями. Женщины страдают депрессией в два раза чаще чем мужчины, причем у женщин она наиболее часто развивается в возрасте 50—60 лет, у мужчин в 55—65 лет. Депрессия отрицательно влияет на качество жизни, значительно усугубляет инвалидность вследствие соматического заболевания и является основной причиной суицидов среди лиц пожилого возраста.

Важной клинической особенностью депрессий позднего возраста является их тенденция к пролонгированному течению с длительным сохранением симптомов (хронификация депрессий). Согласно данным эпидемиологических исследований, частота исходов с сохранением резидуальных расстройств при поздних депрессиях варьирует от 45% до 65%. Вероятность рецидивов в течение первых двух лет после развития депрессии составляет 60—70%. Несмотря на высокую распространенность, депрессии позднего возраста часто «пропускаются» или диагностируются с большим опозданием. Среди факторов, способствующих формированию затяжного течения в позднем возрасте, немаловажное значение имеют, во-первых, особенности структуры депрессий («витальная» тоска заменена апатией, ощущением подавленности или даже отрицанием наличия сниженного настроения, а вместо заторможенности преобладают явления астении, анергии или адинамии. В поведении и манере держаться в этих случаях проявляются демонстративность, назойливость, требование особого внимания), второй отличительной особенностью поздних депрессий является частое сочетание депрессивной симптоматики с тревожными, соматизированными, ипохондрическими, бредовыми и когнитивными расстройствами. Наличие большого количества соматических жалоб является основной клинической особенностью депрессии позднего возраста. Во-вторых, наличие хронических соматических заболеваний; в третьих, особенности реагирования пожилых больных на психотропные препараты.

В качестве основных симптомов должны иметь место: — стойкая подавленность настроения (ежедневно и большую часть дня, не менее 2 недель); — утрата способности радоваться, интересоваться чем-либо, испытывать удовольствие (ангедония); — повышенная утомляемость и снижение энергии. Дополнительные симптомы депрессии включают: — заниженную самооценку, ослабление уверенности в себе; — самоупреки, самоуничижение; — чрезмерное или неадекватное чувство вины; — трудности концентрации, сосредоточения внимания, сомнения, колебания, нерешительность; — повторяющиеся мысли о смерти, неже-

лании жить, суицидальные мысли и намерения; — объективные признаки психомоторной заторможенности или тревожного возбуждения (ажитация); — нарушение сна и аппетита. Диагностика тяжелых депрессий включает 3 основных и 5 (не менее) дополнительных симптомов — критериев. При легких и умеренно выраженных депрессиях должны иметь место 2 основных и не менее 3—4 дополнительных симптомов. В гериатрической практике наиболее часты неглубокие депрессии, умеренно выраженные и легкие, но их симптомы труднее и выявлять. Трудности распознавания депрессии у лиц пожилого возраста связаны еще и с тем, что сами пациенты менее склонны определять депрессию, как психическое нарушение, помнить и сопоставлять с аналогичными эпизодами. Не менее одной трети больных рассматривают депрессию не как болезнь, а как психологическую проблему. Другая проблема, касающаяся прежде всего нерезко выраженных депрессий позднего возраста, это значительная распространенность так называемых «атипичных», «соматизированных» или «маскированных» депрессий. В позднем возрасте наиболее часты сердечно–сосудистые и церебрально–сосудистые «маски» депрессивных расстройств под видом ИБС, артериальной гипертензии. Отмечена связь синдрома хронической боли с депрессией. Депрессии позднего возраста — это прежде всего тревожные депрессии. Тревога может не иметь конкретного содержания, но чаще сопровождается разнообразными опасениями, и в первую очередь — за свое здоровье и будущее. Тревожная подавленность настроения иногда осознается, как болезненное самочувствие. Пациенты нередко жалуются на тягостное внутреннее беспокойство с ощущением дрожания в груди, в животе, иногда в голове. Суточные колебания настроения характеризуются не только ухудшением в утренние часы, но и усилением тревожности к вечеру. Утрата способности радоваться, получать удовольствие, всегда звучащая а жалобах, воспринимается пациентами, как возрастные изменения психики, также как и ощущение вялости, ослабление побуждений и снижение активности. Депрессивный пессимизм содержит в себе характерные для позднего возраста переживания страха перед утратой самостоятельности, из опасения стать обузой. Мысли о нежелании жить возникают при депрессиях любой тяжести, в том числе и неглубоких. При этом сохраняется апелляция к врачу, поиск помощи, в ряде случаев имеет место разработка запрещающих приемов, актуализация религиозных воззрений на тему греховности суицидальных мыслей и действий. Однако следует иметь в виду, что, помимо известных способов, пожилые депрессивные больные могут осуществлять суицидальные намерения, отказываясь от полноценного питания, эффективного лечения, приема жизненно необходимых лекарств или регулярной поддерживающей терапии. И только по миновании депрессии эти изменения самочувствия начинают расцениваться, как симптомы болезни.

Необходимо отметить, что депрессия позднего возраста чаще всего имеет органическую природу и чаще всего ее причиной являются сосудистые заболевания головного мозга. Основные признаки сосудистой депрессии — это слезливость, лабильность состояния, сочетание депрессивной симптоматики с соматизированными (47–97%) ипохондрическими, тревожными (55–84%), бредовыми (15–37%), с когнитивными расстройствами (5–7%). В настоящее вре-

мя наблюдается устойчивая тенденция к увеличению доли депрессивных расстройств в общей структуре психических заболеваний. Несмотря на высокую распространенность, депрессии позднего возраста часто «пропускаются» или диагностируются с большим опозданием, что приводит к их затягиванию и даже хронификации. При депрессиях позднего возраста «витальная» тоска заменена апатией, ощущением подавленности или даже отрицанием наличия сниженного настроения, а вместо заторможенности преобладают явления астении, анергии или адинамии. В поведении и манере держаться в этих случаях проявляются демонстративность, назойливость, требование особого внимания.

Второй отличительной особенностью поздних депрессий является частое сочетание депрессивной симптоматики с тревожными, соматизированными, ипохондрическими, бредовыми и когнитивными расстройствами. Наличие большого количества соматических жалоб является основной клинической особенностью депрессии старческого возраста. Необходимо помнить, что депрессия позднего возраста чаще всего имеет органическую природу и чаще всего ее причиной являются сосудистые заболевания головного мозга. Основные признаки сосудистой депрессии — это слезливость, лабильность состояния, не резко выраженные когнитивные расстройства, сочетание депрессивной симптоматики с соматизированными (47–97%) ипохондрическими, тревожными (55–84%), бредовыми (15–37%), с когнитивными расстройствами (5–7%).

Цель настоящего исследования: сравнительная оценка эффективности монотерапии одним из антидепрессантов и комплексной антидепрессивной терапии с применением тех же антидепрессантов в сочетании с церебро и нейропротекторами.

Материал исследования: В исследование были включены 117 больных в возрасте 55 и старше лет (от 55 до 75), женщин — 85, мужчин — 32. Все пациенты прошли полное клиническое обследование (осмотр окулиста, невролога, терапевта, психолога, в большинстве случаев ЭЭГ — обследование, на догоспитальном этапе 25 больным была проведена КТ головного мозга). Причиной депрессивных расстройств в 72 случаях были сосудистые заболевания головного мозга, в 45 — сочетание сосудистой патологии, последствий ЧМТ, инфекций, интоксикаций. Установлены депрессивные расстройства умеренной (75 больных) и тяжелой (42 больных) степени выраженности. Уровень когнитивных нарушений у 35 больных соответствовал возрастной норме, у 60 — легкие и умеренные, у 15 — выраженные. Для оценки терапевтической эффективности использовали стандартизованные оценочные шкалы: шкалу Гамильтона для оценки депрессивных и тревожных расстройств, шкалу оценки риска суицида Pattersona, госпитальная шкала тревоги и депрессии Монтромери-Асберг. Для оценки динамики когнитивного функционирования применяли краткую шкалу оценки когнитивного статуса (MMSE), тест воспроизведения 10 слов и тест рисования часов. Уровень когнитивной деятельности большинства больных соответствовал возрастной норме со среднегрупповым показателем по шкале MMSE $27,25 \pm 1,99$ баллов.

Результаты: Оценка состояния больных производилась до начала лечения и в конце курса лечения, в среднем через 8 недель. Больные первой группы получали терапию одним

из антидепрессантов. В качестве антидепрессантов назначались препараты с различным механизмом действия. При депрессиях позднего возраста наибольший эффект мы наблюдали при применении препаратов со сбалансированным спектром действия, так они наиболее эффективны при размытых, недостаточно четко оформленных или полиморфных депрессивных синдромах, при невозможности вычленить ведущий депрессивный аффект (например, при смешанном тревожно — тоскливом варианте), а также при неустойчивых состояниях с колебаниями глубины и структурных особенностей аффекта. К ним относятся пароксетин, флувоксамин, миртазапин, эсцитопрам, сертралин, кломипрамин. При этом у многих из них на первый план выступает достаточно сильное тимоаналептическое действие (кломипрамин, миртазапин, венлафаксин). Больные 2-й группы одновременно с антидепрессивной терапией получали терапию церебро и нейропротекторами (церекард, церебрализин, цитофлавин, милдоний), витаминотерапию.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют, что применение комбинированной терапии, сочетающей лечение антидепрессантом и препаратами нейропротективным и нейротрофическим механизмом действия — позволяет добиться более быстрого развития терапевтического ответа и более выраженного эффекта по сравнению с антидепрессивной монотерапией, что подтверждено более значимой редукцией депрессивных расстройств, в том числе показателей выраженности тревоги и апатии, а также улучшением когнитивного функционирования больных уже через месяц после начала терапии. Кроме того, применение комплексной терапии сопровождалось уменьшением частоты нежелательных эффектов и сокращением сроков госпитализации.

Список литературы.

1. Залуцкая Н. М. Применение ЛС у лиц пожилого возраста/в «Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике» под ред. Александровского Ю. А., Незнанова Н. Г. (Руководство для практикующих врачей). Москва, издательство «Литтера», 2014.
2. Незнанов Н. Г., Ананьева Н. И., Залуцкая Н. М. Проблемы ранней диагностики болезни Альцгеймера/в «Болезни мозга — медицинские и социальные аспекты» под ред. Гусева Е. И., Гехт А. Б., М.: ООО «Буки-Веди», 2016, стр. 179–198
3. Залуцкая Н. М. Органические психические расстройства МКБ-10/в «Психиатрия: клинические рекомендации»/под ред. Незнанова Н. Г., Александровского Ю. А., Барденштейн Л. М., Вида В. Д., Краснова В. Н., Попова Ю. В., 2010 М.: ГЭОТАР-МЕДИА, с. 15–42
4. Бельцева Ю. А., Залуцкая Н. М., Караваева Т. А., Незнанов Н. Г. Длительность заболевания как фактор риска развития госпитализма у пожилых пациентов с психическими расстройствами. Успехи геронтологии, 2017, т. 30 № 6, стр. 835–841
5. Дубинина Е. Е., Щедрина Л. В., Залуцкая Н. М., Гомзякова Н. А., Незнанов Н. Г. Клинико-диагностические исследования при нейродегенеративных заболеваниях и депрессии позднего возраста//Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций/сост. Н. В. Семенова, под общ. ред.

Н. Г. Незнанова. Выпуск 2. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания « КОСТА», 2019, стр. 194–211

6. Петрова Н. Н. Вопросы коморбидности депрессии и деменции. Подходы к терапии.

7. Левин О. С., Васенина Е. Е., Ганькина О. А. Диагностика и лечение умеренного когнитивного расстройства. Современная терапия в психиатрии и неврологии 2014;4

ПРОБЛЕМЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

Савин С. З., Солодкая Е. В., Россия, г. Хабаровск,

Чжоу Юцю, КНР, г. Дацзин.

Депрессия известна человечеству еще с античных времен. Хандра, сплин, мрачное помешательство, меланхолия — термины, использовавшиеся вплоть до начала XX века для определения психических расстройств, характеризующихся состояниями с пониженным настроением — синонимы тяжёлой эндогенной депрессии [1,5,16]. В третьем веке до н. э. Гиппократ описал как «меланхолию» совокупность свойств, фактически совпадающих с современным определением депрессивных нарушений и порекомендовал методы лечения с позиций древней медицины [2]. Сейчас депрессии («подавлять» — *deprimo* лат.) считаются самыми распространенными расстройствами психики, важнейшими проявлениями которых считаются спад настроения и хроническое понижение, потеря способностей получить удовольствие (т. н. «ангедония»). Ежегодно к жертвам депрессии относят каждого десятого возрастом 40 лет и более, 2/3 из которых — женского пола, в возрасте после 65 года ДР случаются в 3 раза чаще. Согласно оценкам, от депрессии как одной из ведущих причин психической инвалидности страдает 264 млн. чел. [3,16]. Снижение производительности труда, связанное с депрессией и тревожными расстройствами, ежегодно обходится глобальной экономике до одного трлн. долл. [16]. Мировой рынок антидепрессантов ежегодно расширяется на 1,2% и достигнет в 2021—2027 гг. 13,54 млрд. долл. в год [7].

Проблемы с ювенальной заболеваемостью и нетрудоспособностью прежде всего вызваны депрессией ДР, а распространенность расстройств депрессивного спектра среди подростков доходит до 40% [1,3,11]. Суициды, сопутствующие депрессии, являются второй по значимости причиной смертности среди подростков и молодежи возраста 15—29 лет [3,9,16]. Около 800 тыс. чел. ежегодно погибают вследствие самоубийств — одна смерть каждые 40 сек. Эпидемиологическая ситуация с распространением ДР на Дальнем Востоке России в последние десятилетия отражает общие тенденции психической напряженности в мире в целом, но значительно превосходит их по темпу нарастания уровня инвалидности, особенно среди подростков и коренного населения [3,5]. Актуальность исследования заключается в высокой значимости изучения негативной психопатологической симптоматики для клинико-психиатрической практики и недостаточной изученностью современного состояния проблемы развития ДР и методов немедикаментозной терапии.

В последние десятилетия многие отечественные и зарубежные психиатры отмечают патоморфоз (изменчивость, трансформацию) клинической картины ДР. Причиной такого явления в 50–60 гг. прошлого столетия считалось воздействие психотропных препаратов, исследованию которого было посвящено множество работ отечественных и зарубежных авторов [1,5,6,8,12]. На рубеже столетий выяснилось, что большой вклад в патоморфоз ДР вносят и социально-экономические условия, и т. н. «влияющие факторы» у пациентов с ДР с запоздалой диагностикой или задержкой лечения. При этом задержка диагноза наблюдается в основном, у пациен-

тов, которые никогда не лечились. А задержки лечения, как правило, связаны с несоблюдением больными режима приема лекарств. Культуральные, этнические, демографические, медико-генетические особенности, характеристики уровня и образа жизни населения влияют на клиническое оформление, структуру и течение депрессивных расстройств [1,4,9,12]. Острая актуальность проблемы ДР определяется, прежде всего, широкой распространенностью этих расстройств, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания, высоким риском инвалидизации и все возрастающей лекарственной зависимостью [5,6,12]. Множество эпидемиологических, социологических и транскультуральных исследований депрессий указывают на существование особенностей клинической картины и форм течения ДР в различных популяциях больных, а также прослеживается тенденция к сокращению длительности ремиссий, учащению госпитализаций не только в связи с обострением продуктивных расстройств, но и по поводу декомпенсации дефицитарных нарушений, приводящих к стойкой инвалидности [1,2,4,5,9,13].

Актуальность проблемы в реалиях современного социально-экономического периода потребовала сравнительного изучения факторов, влияющих на немедикаментозную ремиссию и разработки новых терапевтических подходов к лечению пациентов с ДР, а также стратегий вмешательства в программы семейного обучения на основе кооперативной группы, направленной на повышение уровня психиатрической помощи этому контингенту. ДР как тяжелое прогрессирующее заболевание является наиболее частой причиной не только инвалидизации психических больных, но и оказывает влияние на благополучие семьи больного, на медицинскую и социальную сферу обслуживания и все общество в целом [16].

Психологическая помощь при ДР имеет два основных направления: психологическая превенция (предупреждение, психопрофилактика) и психологическая интервенция (преодоление, коррекция, реабилитация) [12]. На настоящий момент существует множество примеров успешного развития стратегий вмешательства в форме программ семейного обучения [1,5,9,13,17]. Оригинальный теоретический подход к определению клинических и социально-психологических закономерностей формирования факторов, влияющих на повышение эффективности диагностики и немедикаментозного лечения пациентов с ДР позволил разработать новые стратегии вмешательства в программу семейного обучения для больных ДР у коренного и пришлого населения, проживающего в городской и сельской местности в провинции Хэйлунцзян КНР и КМНС Хабаровского края РФ (Приамурье).

Базовые результаты междисциплинарного исследования получены посредством клинко-психопатологического обследования несовершеннолетних пациентов с непсихотической формой ДР, проживающих в Хабаровске (РФ) и Харбине (КНР). Материалами при решении исследовательских задач стали результаты рандомизированных обследований 123 больных с симптомами ДР, среди которых 61 — этнические китайцы, проживающие в провинции Хэйлунцзян (Китай), поступившие на стационарное излечение в первый специализированный госпиталь Харбина, и 62 пациента, живущие в Хабаровском крае и наблюдавшиеся в Хабаровской краевой психиатрической больнице. В основу постановки диагноза непсихотического

ДР были положены критерии, базирующиеся на классификации МКБ-10 и DSM—IV, которые прошли процедуру обратного перевода, что было продиктовано общемедицинскими медико-правовыми подходами к проблеме транскультуральных исследований. Была выявлена зависимость между уровнем когнитивного функционирования и уровнем социальной адаптации на фоне усиленной лекарственной терапии. Явления нейрокогнитивного дефицита у больных ДР предсказывают множественные нарушения, в том числе касающиеся выполнения повседневных бытовых действий, социальных профессиональных обязанностей и уровень самостоятельности жизни в обществе. Астеническая реакция наблюдалась у 15 российских (30%) и 11 китайских (25%) пациентов и характеризовалась пессимизмом, мнительностью и отрицательной оценкой своего состояния в будущем, что негативно сказывалось на течении депрессивного эпизода, формируя суицидальную почву. Были определены устойчивые и переменные симптомы ДР, а также их корреляционная взаимосвязь с методами лекарственной и немедикаментозной терапии. Проводимое научное исследование по изучению закономерностей видоизменения клинико-динамических и когнитивных параметров ДР, указывающих на группу инвалидности, определение как стабильных, устойчивых симптомов, так и изменчивых, переменных его признаков позволит решать практические вопросы по улучшению качества немедикаментозного лечения с использованием психотерапии на грани искусства, прогноза и реабилитации больных ДР с разными группами инвалидности.

Установление взаимоотношения (ранжированности) дезадаптирующих симптомов и синдромов ДР даст возможность более качественно и детально определять как признаки инвалидности, так и сами клинические формы заболевания. Обнаружение динамических изменений в структуре клинических проявлений ДР позволяет улучшить лечебное воздействие на пациента, сделав акцент на преобладающую дезадаптирующую симптоматику. Определение риска суицидальных исходов, характерных для всех исследуемых групп с одной стороны, а с другой, доминирование отдельных признаков этих состояний в одной из групп, позволяет оптимизировать систему организационных и терапевтических мероприятий по оказанию медицинской помощи больным ДР. Параллельное клинико-психологическое исследование больных ДР со стойкими нарушениями психических функций вследствие задержки диагностики и задержки лечения ДР как в городских реалиях, так и проживающих в поселковых административных районах удаленных регионов российского и китайского Приамурья показало эффективность использования немедикаментозных форм психологической помощи населения для повышения уровня психического здоровья среди подростков [4,17].

Выводы. Таким образом, имеющиеся отличия терапии в России и Китае связаны с общенациональной культурой стран и использованием традиционных методов китайской медицины и психологической групповой поддержки страдающих депрессией подростков. Недостаточная психопрофилактическая помощь российскому населению, низкая просвещенность способствуют утяжелению и хронизации психической патологии, что указывает на важную роль превентивного выявления и ранней диагностики в снижении частоты депрессивных расстройств и суицидов на фоне соматической заболеваемости. Для улучшения качества профилактиче-

ских мероприятий предложена превентивная модель депрессий. На первом этапе необходимо проводить тщательный сбор анамнеза, в частности касающийся наследственной отягощенности и преморбидных акцентуаций личностных черт. На втором этапе формируется три группы риска по значимым признакам для последующих превентивных мероприятий: «индивидуальные», «групповые» и «популяционные». Проведенное исследование дает возможности более глубокого понимания причин и механизмов развития психических расстройств. Применение этнокультуральных подходов позволяет повысить эффективность диагностики, лечения, реабилитации и профилактики сочетанных соматических, психических и поведенческих расстройств. Предложенная модель организации терапевтической и психиатрической помощи в трансграничных регионах позволяет повысить уровень общественного и индивидуального соматического и психического здоровья.

Информация о финансировании. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19—013—00018.

Список литературы

1. Бархатова А. Н. Клинико-психопатологические аспекты дефицитарных расстройств в структуре начальных этапов юношеского эндогенного психоза//Журнал неврологии и психиатрии. 2015. № 9. С. 8–16.
2. Гиппократ. Избранные книги. М.: Сварог. 1994. 736 с.
3. Демчева Н. К., Яздовская А. В. Общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ и федеральных округах в 2017–2019 гг. //Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2021. № 1. С. 1.
4. Косых Н. Э., Савин С. З., Солодкая Е. В. Особенности государственных стратегий России и Китая в сфере охраны психического здоровья на примере ювенальных депрессий//Проблемы Дальнего Востока. 2021. № 3. С. 122–35.
5. Краснов В. Н. Депрессия как социальная и клиническая проблема современной медицины//Российский психиатрический журнал. 2011. № 6. С. 8–11.
6. Foucault P.-M. Le Pouvoir psychiatrique. Paris: Gallimard. 2003. 399 p.
7. Global Anti-Depressant Market Report, History and Forecast 2016—2027, Breakdown Data by Manufacturers, Key Regions, Types and Application//Market Reports World. 2021. 129 p.
8. Ijaz S., Davies P., Williams C.J, Kessler D., Lewis G., Wiles N. Psychological therapies for treatment-resistant depression in adults//Cochrane Database of Systematic Reviews. 2018. № 5. CD010558.
9. Ng C. W., How C. H., Ng Y. P. Depression in primary care: assessing suicide risk//Singapore Med J. 2017. Vol. 58, № 2. pp.72–77.
10. Palhano-Fontes F., Barreto D., Onias H., Andrade K. C. et al. Rapid antidepressant effects of the psychedelic ayahuasca in treatment-resistant depression: a randomized placebo-controlled trial//Psychological Medicine. 2019. Vol. 49, № 4. pp.655–663.
11. Pirkis J., John A., Shin S. Spittal Suicide trends in the early months of the COVID-pandemic:

- Interrupted time series analysis of preliminary data from 21 countries//The Lancet Psychiatry. 2021. Vol. 8, № 7. pp. 579–588.
12. Peveler R., George C., Kinmonth A., Campbell M., Thompson C. Effect of antidepressant drug counseling and information leaflets on adherence to drug treatment in primary care: randomised controlled trial//British Medical Journal. 1999. № 319. pp.612–615
13. Rush A. J., Kupfer D. J. Strategies and tactics in the treatment of depression//Treatment of Psychiatric Disorders./Gabbard G. O. ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2001. pp. 1417–1439.
14. Souery D., Papakostas G. I., Trivedi M. H. Treatment-resistant depression//J Clin Psychiatry. 2006. Vol. 67, Suppl 6. pp. 16–22.
15. Strawbridge R., Carter B., Marwood L., Bandelow B. et al. Augmentation therapies for treatment-resistant depression: systematic review and meta-analysis//The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. 2019. Vol. 214, № 1. pp. 42–51.
16. WHO Guidelines. Depression and other common mental disorders: global health estimates. 2017. 126 p.
17. Yuqiu Zhou, Jianqin Cao, Jinwei Yang, et al. The effect of Interaction Anxiousness Scale and Brief Social Phobia Scale for screening social anxiety disorder in college students: a study on discriminative validity//Journal of Mental Health. 2016. Vol. 25, № 6. pp. 500–505.

ДИСТАНЦИОННОЕ ONLINE КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

Санников А. Н., Дубатова И. В.

г. Ростов-на-Дону.

В конце 2019 года в Китае был выявлен новый штамм вируса SARS-CoV-2, вызывающий новую коронавирусную инфекцию (COVID-19). Высокий потенциал передачи вируса от человека человеку привел к последующей глобальной пандемии COVID-19. Стратегии мирового общественного здравоохранения, включая сокращение социальных контактов и изоляцию, были приняты практически во всех странах. В тоже время, социальное дистанцирование и изоляция оказывают неблагоприятное воздействие на психическое здоровье населения, представляют собой факторы риска развития психических расстройств и усугубления уже имеющейся патологии. Наряду с этим, социальное дистанцирование создает существенное препятствие для прямого доступа к услугам психиатрической помощи. На время разгара пандемии в Российской Федерации (с марта 2020 г.) была приостановлена госпитализация в плановом порядке, закрыты дневные стационары, что привело к значительному уменьшению количества психиатрической помощи населению (Хронология действий ВОЗ по борьбе с COVID-19; Бебчук М. А., и др., 2020; Мосолов С. Н., 2020).

За психиатрической и наркологической помощью в России в течение года обращается 5,4% населения. В последнее время, произошло сокращение числа психоневрологических диспансеров и кабинетов. Из-за снижения доступности психиатрической помощи пациенты с психическими нарушениями стали чаще обращаться в учреждения здравоохранения общего профиля, где они не могут получить квалифицированной психиатрической помощи (Жовнерчук Е. В., и др., 2016). Известно, что люди, страдающие психическими расстройствами, чаще заболевают соматической патологией и наиболее восприимчивы к инфекционным заболеваниям по сравнению с популяцией (Менделевич Б. Д., 2012; Rodgers M., et al. 2018; Sartorius N., et al. 2013; Seminog O. O., 2013).

Пандемия COVID-19 спровоцировала острую необходимость интеграции современных информационно-телекоммуникационных технологий во всем здравоохранении, в том числе и психиатрической помощи, которые имеют значительный потенциал для решения проблем обеспечения населения доступными, экономически эффективными и высококачественными медицинскими услугами. Реализовать такие услуги позволяет направление телемедицины — оказание медицинской помощи на расстоянии (Wootton R., et al. 2006).

Психиатрия является одним из первых пионеров применения телемедицины, и самое раннее документально подтвержденное использование видеоконференцсвязи для поддержки психотерапевтических вмешательств и обучения произошло в 1950-х годах в Университете Небраски (Chakrabarti S., 2015). Психиатр Thomas Dwyer впервые предложил термин «телепсихиатрия» в 1973 году для описания виртуальных консультационных услуг. В период с 2010 по 2017 год в США использование телепсихиатрии государственными органами увели-

чилось с 15,2% до 29,2% (Spivak S., et al. 2021). Согласно Chipps J., в 2012 году телепсихиатрия была второй наиболее распространенной формой телемедицины в мире после телерадиологии (Chipps J., et al. 2012).

В связи с введением режима социальной изоляции, который существенно ограничил возможности общения врачей-психиатров со своими пациентами. Единственным выходом из сложившейся ситуации является срочное налаживание в психиатрических службах телемедицины (телепсихиатрии) и дистанционного видео общения с пациентом. В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией необходимо организовать дистанционную психологическую, психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

К основным достоинствам дистанционного консультирования в психиатрии относятся:

- Специализированная помощь пациенту «на дому», что соответственно экономит время, упрощает время ожидания и запись к специалисту. Пациенты, которые живут в отдаленных субъектах страны, могут получить доступ к медицинской помощи по видеосвязи.
- В условиях пандемии COVID - 19 исключается риск заражения коронавирусной инфекцией, в отличие от очной консультации.
- Консультация психиатром амбулаторных пациентов.
- Совместный осмотр со специалистами первичного звена: обследование с помощью видеосвязи, когда психиатр находится в одном месте, а специалист общей практики со своим пациентом — в другом.
- Дистанционное психиатрическое обследование больных, находящихся в местах заключения.
- Возможность оказывать помощь людям с ограниченными физическими возможностями, а также, вследствие психических расстройств (агорафобия, социофобия, депрессия, клаустрофобия, панические атаки, обсессивно-компульсивное расстройство) (Мосолов С. Н., 2020).
- Повышает конфиденциальность, устраняя необходимость физического посещения психоневрологического диспансера, психиатрической клиники, тем самым снижая подверженность стигматизирующим взглядам и убеждениям со стороны других людей.
- Проведение мероприятий по психогигиене, по профилактике психических расстройств и предотвращению их обострений.
- Внедрение телемедицины позволяет снизить стоимость консультации к специалистам здравоохранения.

Российские и зарубежные исследования показывают, что не наблюдается различий в результатах диагностики, лечения или удовлетворенности пациентов, получающих психиатрические консультации в традиционном («лицом к лицу») формате или с использованием современных телепсихиатрических услуг (Скрипов В. С., и др. 2019; Singh S. P. et al. 2007; Chakrabarti S., 2015).

Недостатком телемедицинской консультации является то, что пациенты должны иметь необходимый доступ к: 1) смартфону, планшету или компьютеру; 2) должна быть обеспечена

бесперебойная работа Интернета 3) иметь уединенное и удобное пространство, в котором можно провести клинический онлайн визит. Хотя использование технологий среди пожилых людей растет, 27% американцев старше 65 лет по-прежнему не имели доступа к интернету в 2017 году (Perrin A., et al. 2021). Отсутствие доступа к информационным технологиям среди социально и экономически обездоленных слоев населения представляет собой некое неравенство в отношении получения телемедицинских услуг (McCloud R. F., et al. 2016).

Также клиницисты сообщают о недостатках телепсихиатрии для пациентов с определенными медицинскими и психическими заболеваниями, включая нарушения слуха и/или зрения, которые могут ограничивать взаимодействие с технологиями. Пациенты с паранойальными идеями или другими психотическими симптомами, отсутствием критики к своему состоянию дополняют эту группу. По видео консультации может быть сложно чтение невербальной коммуникации (например, тонкие изменения тона голоса, интонации, аффекта и зрительного контакта). Некоторые маркеры психического статуса, такие как гигиена, запах, походка, невозможно оценить виртуально (Hubley S., et al. 2016; Chakrabarti S. 2015).

Кроме того, остаются сложные задачи по оптимизации телепсихиатрии такие как: лицензирование телемедицинских услуг, аутентификация консультанта и его подписи, обеспечение конфиденциальности консультации и последующей защиты персональных данных пациента, документирование телемедицинской консультации, выписка лекарственных препаратов по рецептурному бланку. Таким образом, внедрение телепсихиатрии стало необходимым развитием в области психического здоровья на фоне продолжающейся пандемии COVID-19, чтобы продолжать оказывать жизненно важную помощь пациентам с психическими расстройствами, удовлетворяя потребности в сохранении средств индивидуальной защиты и максимальном социальном дистанцировании. В современном мире здравоохранения эффективность, безопасность и удобство медицинских услуг являются преимуществами телемедицины.

Список литературы

1. Бебчук М. А., Басова А. Я., Безменов П. В. Детский психиатрический стационар во время пандемии COVID-19. Организационные, клинические аспекты и противоэпидемические мероприятия: первые итоги//Российский психиатрический журнал. — 2020. — № 4. — С. 15–23.
2. Владимирский А. В. Телемедицина: Curatio Sine Tempora et Distantia. М.— 2016.— С. –663.
3. Жовнерчук Е. В., Жовнерчук И. Ю., Абриталин Е. Ю., и др. Телепсихиатрия как новая система психиатрической помощи с использованием современных технологий.//Журнал «Психическое здоровье» — 2016. — № 11. — С. 15–21.
4. Менделевич Б. Д., Куклина А. М. К вопросу о распространённости соматической патологии среди пациентов, страдающих психическими расстройствами//Казанский мед. ж. — 2012. —№ 3. — С. 532–534.
5. Мосолов С. Н. Проблемы психического здоровья в условиях пандемии COVID-19.//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2020. — Т. 120 — № 5. С. 7–15.

6. Скрипов В. С., Чехонадский И. И., Кочорова Л. В., и др. Результаты взаимодействия с региональными службами в рамках телемедицинских консультаций по психиатрии и наркологии// *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* — 2019. — № 3. — С. 73–77.
7. Хронология действий ВОЗ по борьбе с COVID-19.//[Электронный ресурс]. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/29—06—2020-covidtimeline>, (дата обращения: 27.08.2021).
8. Chakrabarti S. Usefulness of telepsychiatry: A critical evaluation of videoconferencing-based approaches.//*World J Psychiatry.* — 2015. — Vol. 5. — № 3. — P.286–304.
9. Chipps J., Brysiewicz P., Mars M. Effectiveness and feasibility of telepsychiatry in resource constrained environments? A systematic review of the evidence.//*African journal of psychiatry* — 2012. — Vol. 15. — № 4. — P.235–243.
10. Hubley S., Lynch S. B., Schneck C., et al. Review of key telepsychiatry outcomes.//*World J Psychiatry.* — 2016. — Vol.6. — № 2. — P.269–282.
11. Magaletta P. R., Fagan T. J., Peyrot M. F. Telehealth in the Federal Bureau of Prisons: Inmates' Perceptions//*Prof. Psychol.* — 2000. — Vol. 31. — P. 497–502.
12. May C., Cask L., Ellis N. et al. Telepsychiatry evaluation in the north-west of England: preliminary results of a qualitative study//*J. Telemedicine Telecare.* — 2000. — Vol. 6. — P. 20–22.
13. McCloud R. F., Okechukwu C. A., Sorensen G., et al. Beyond access: barriers to internet health information seeking among the urban poor.//*J Am Med Inform Assoc.* — 2016. — Vol.23. — № 6. — P. 1053–1059.
14. Perrin A., Atske S. 7% of Americans don't use the internet. Who are they? [Электронный ресурс]. URL: <https://pewrsr.ch/2GrhLUj>, (дата обращения: 27.08.2021).
15. Rodgers M., Dalton J., Harden M. et al. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations//*Int. J. Integr. Care.* — 2018. — Vol. 18. — № 1. — P. 9.
16. Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century//*Shanghai Arch. Psychiatry.* — 2013. — Vol. 25. — № 2. — P. 68–69.
17. Seminog O. O., Goldacre M. J. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people with severe mental illness: English record linkage studies//*Thorax.* — 2013. — Vol. 68. — P. 171–176.
18. Singh S. P., Arya D., Peters T. Accuracy of Telepsychiatric Assessment of New Routine Outpatient Referrals//*BioMed. Psychiatry.* — 2007. — Vol. 7. — P.1–3.
19. Spivak S., Spivak A., Cullen B., et al. Telepsychiatry Use in U. S. Mental Health Facilities, 2010—2017.//*Psychiatric services (Washington, D. C.)* — 2020. — Vol. 71. — № 2. — P.121–127.
20. Wootton R., Craig, J. Introduction to Telemedicine, second edition. — 2006. — P.226.

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Санников А. Н.

г. Ростов-на-Дону.

Актуальность. Согласно эпидемиологическим исследованиям опухолей головного мозга среднемировые показатели заболеваемости первичными опухолями мозга равняются 3,7 на 100 тыс. населения в год для мужчин, 2,6 — для женщин. В России опухоли головного мозга встречаются со средней частотой от 5,0 до 7,5 случаев на 100 тыс. [Melissa L. V. et al., 2008; Buckner, J. C. et al., 2008; Гайдар Б. В., 2002; Улитин А. Ю., 1997].

Первичные опухоли поражают около 250 тыс. человек в год, составляя при этом менее 2% от общего числа злокачественных новообразований. Согласно данным American Brain Tumor Association, 74,6% из них представлены глиомами и 22% менингиомами. Глиомы по сравнению с другими опухолями больших полушарий головного мозга чаще всего приводят к появлению психиатрических симптомов. Примерно 15% вторичных опухолей головного мозга представлены метастазами рака первичной легочной локализации [Arciniegas D. V. et al., 2014; Khong S. Y. et al., 2007].

Наиболее частыми симптомами для опухолей головного мозга является очаговая неврологическая симптоматика. Но исследования показывают, что психические симптомы не редкость, их распространенность колеблется от 50% до 90% в разных исследованиях. У 18—25% пациентов эти симптомы являются клиническим манифестом проявлением болезни, относясь к группе экзогенно-органических нарушений. Большинство научных исследований, затрагивающих эту проблему, датируются еще с 30-х годов двадцатого века [Wijdicks E. F. M., 2018; Keschner M. et al., 1938].

Опухоли головного мозга проявляются большим количеством самых разнообразных психических нарушений. По данным Mainio A., депрессия наблюдается в 2,5—15,4% первичных опухолей головного мозга. В других исследованиях, депрессия выявляется у 44% всех пациентов с опухолями головного мозга, первичными и метастатическими, и была связана с когнитивной дисфункцией, снижением качества жизни. Отмечается, что депрессия чаще встречается при опухолях левой лобной доли [Mainio A. et al., 2005, 2011; Rooney A. G. et al., 2011; Wellisch D. K. et al. 2002].

Помимо депрессии, пациенты с опухолями головного мозга могут иметь маниакальные расстройства, которые выявляются при новообразованиях правой лобной доли, проявляющимися такими симптомами, как эйфория, дурашливость, нарушение критики [Bhatia M. et al., 2013; Price T. R. et al., 2007].

Также, отмечается, что при поражении лобной доли и мозолистого тела, гипофиза возникает апатия — эмоциональное безразличие, не сопровождаемое тревогой или тоской. Считается, что патогенез апатии связан с гипоактивностью мезокортикального тракта и вызывает нарушение исполнительной функции, а гипоактивность мезолимбического тракта отвечает

за аффективный компонент апатии. Опухоли гипофиза могут вызывать апатию из-за своего влияния на лобно-подкорковые пути [Weitzner M. A., 1998].

Еще одним распространенным проявлением опухолей головного мозга являются зрительные и слуховые галлюцинации, возникающие при локализации опухоли в правой височной доле, мозжечке, четвертом желудочке, встречающиеся до 22% [Krayem V. H. et al., 2014; Madhusoodanan S. et al., 2010, 2015].

Имеются убедительные доказательства взаимосвязи опухолей головного мозга и расстройства пищевого поведения. В литературе описаны клинические случаи развития нервной анорексии, связанные с опухолями гипофиза, гипоталамуса. Структурные поражения гипоталамуса в этих случаях имитируют признаки нервной анорексии и хирургическое лечение поражения приводит к полной ремиссии [Houy E. et al., 2007; Vad Winkler et al., 2009].

Следующей группой психопатологических симптомов при объёмных новообразованиях являются психосенсорные нарушения такие как, дереализация, макropsии, микропсии, метаморфопсии. Дерееализация может проявляться в разных феноменах: снопоподобные — «dreamy state», «уже виденное» — «déjà vu», «уже испытанное» — «déjà éprouvé», «уже пережитое» — «déjà vécu» и «никогда не виденное» — «jamais vu». В исследованиях Киссина М. Я., наиболее распространенными из представленных феноменов являются «уже виденное», «уже слышанное», «уже пережитое» на них приходится до 30%. [Власов П. Н. и др., 2011; Солдаткин В. А., 2016; Киссин М. Я., 2009].

Описаны и другие психические расстройства при опухолях головного мозга. Например, корсаковский синдром, изменение личности, речевая аспонтанность в связи с невозможностью планировать программы речевого высказывания [Madhusoodanan S. et al., 2015].

Тщательный сбор анамнеза и лабораторные, инструментальные обследования могут помочь в постановке диагноза. Ранние неврологические симптомы могут быть представлены: апраксией, дефицитом полей зрения и аномией. Следует обращать внимание на перечень т. н. «малых признаков», при которых дифференциальная диагностика с опухолью головного мозга обязательна:

1. Резистентность к терапии и/или рецидив при прежде благоприятном течении заболевания.
2. Атипичная симптоматика у пациента, не укладывающаяся в рамки классических синдромов в психиатрии.
3. При выявлении расстройств эмоциональной и волевой сферы у пациентов в возрасте старше 50 лет [Mainio A. et al., 2011; Madhusoodanan S. et al., 2015].

В большинстве случаев пациентов начинают обследовать на наличие органического поражения головного мозга с применением современных методов нейровизуализации (компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии — МРТ) лишь при возникновении очаговых неврологических нарушений [Власов П. Н. и др., 2011].

Вывод. Дифференциальная диагностика между дебютом психического расстройства и развитием психических расстройств вследствие новообразований головного мозга является ак-

туальной. Раннее обнаружение опухолей головного мозга имеет важное значение, поскольку данные нарушения приводят к серьезным последствиям и являются опасными для жизни. Психические симптомы могут предшествовать явным очаговым неврологическим признакам, являясь манифестными признаками опухолей головного мозга. В этих случаях методы нейровизуализации КТ, МРТ головного мозга остаются основными методами диагностики. Своевременная диагностика и лечение способствует выздоровлению, уменьшению или облегчению психических и неврологических расстройств, возникших по причине опухолей головного мозга.

Список литературы

1. Власов П. Н., Червяков А. В., Дрожжина Г. Р., др. Дерезализационные расстройства при эпилепсии. // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. — 2011. — Т. 11. — № 4. — С. 14–21.
2. Киссин М. Я. Клиническая эпилептология. — 2009. — С. 256.
3. Солдаткин В. А. Психиатрия. Ростовская научно-педагогическая школа: Учебник/Под ред. В. А. Солдаткина; ФГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. — Ростов н/Д: Профпресс, 2016. — С. 1078.
4. Улитин А. Ю. Эпидемиология первичных опухолей головного мозга среди населения крупного города и пути совершенствования организации медицинской помощи больным с данной патологией. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. — 1997. — С. 68.
5. Arciniegas D. B., Yudofsky S. C., Hales R. E. The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neuroscience // American Psychiatric Pub. — 2014. — Vol. 17. — № 5. — P. 56–65.
6. Bhatia M., Srivastava S., Jhanjee A., et al. Colloid cyst presenting as recurrent mania. // Neuropsychiatry Clin Neurosci. — 2013. Vol. 14. — E01—2.
7. Houy E., Debono B., Dechelotte P., Thibaut F. Anorexia nervosa associated with right frontal brain lesion. // Int J Eat Disord. — 2007. Vol. 40. — P. 758–761.
8. Buckner, J. C., Brown P. D., O'Neill, B. P., et al. Central nervous system tumors. // Mayo Clinic proceedings. — 2007. — Vol. 82. — № 10. — P. 1271–1286.
9. Keschner M. Bender M. B., Strauss I. mental symptoms associated with brain tumor: a study of 530 verified cases. // Jama. — 1938. — Vol. 110. — № 10. — P. 714–718
10. Khong S. Y., Leach J., Greenwood C. Meningioma mimicking puerperal psychosis. // Obstetrics and gynecology. — 2007. — Vol. 09. — № 2. — P. 515–516.
11. Krayem B. H., Dunn N. R., Swift R. G. Psychosis after right temporal lobe tumor resection and recurrence. // The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. — 2014. — Vol. 26. — № 2. — E. 47
12. Madhusoodanan S., Opler M. G., Moise D. et al. Brain tumor location and psychiatric symptoms: is there any association? A meta-analysis of published case studies // Expert review of neurotherapeutics. — 2010. — Vol. 10. — № 10. — P. 1529–1536.
13. Madhusoodanan S., Ting M. B., Farah T., et al. Psychiatric aspects of brain tumors: A

review.//World J Psychiatry. — 2015. — Vol. 5. — № 3. — P.273–285.

14. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. Depression in relation to anxiety, obsessiveness and phobia among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 1-year follow-up study.//Clinical neurology and neurosurgery. — 2011. — Vol. 113. — № 8. — P. 649–653.

15. Mainio A., Hakko H., Niemelä A., et al. Depression in relation to survival among neurosurgical patients with a primary brain tumor: a 5-year follow-up study.//Neurosurgery. — 2005. — Vol. 56. — № 6. — P.1234–1242.

16. Melissa L.B, Michael E.S, Beatrice M., et al. Brain Tumor Epidemiology: Consensus From the Brain Tumor Epidemiology Consortium.//Cancer. — 2008. — Vol. 113. — № 7. — P. 1953–1968.

17. Price T.R, Goetz K.L, Lovell M.R. Neuropsychiatric Aspects of Brain Tumors. In: Yudofsky SC, Hales RE, editors.//The American Psychiatric Publishing Textbook of Neuropsychiatry and Behavioral Neurosciences 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. — 2007. — P. 735–764.

18. Rooney A. G., Carson A., Grant R., Depression in cerebral glioma patients: a systematic review of observational studies.//Journal of the National Cancer Institute. — 2011. — Vol. 113. — № 1. — P.61–76.

19. Vad Winkler L., Andersen M., Hørder K., et al. Slow-growing craniopharyngioma masquerading as early-onset eating disorder: two cases.//The International journal of eating disorders. — 2009. — Vol. 42. — № 5. — P.475–478.

20. Weitzner M.A: Neuropsychiatry and pituitary disease: an overview.//Psychother and Psychosom. — 1998. — Vol. 67. — № 3. — P.125–132.

21. Wellisch D. K., Kaleita T. A., Freeman D., et al. Predicting major depression in brain tumor patients.//Psychooncology. — 2002. — Vol. 11. — № 3. — P. 230–238.

22. Wijdicks E. F. M. The First CT Scan of the Brain: Entering the Neurologic Information Age.//Neurocritical care. — 2018. — Vol. 28. — № 3. — P. 273–275.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОГО МИРА

*Сидоров А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.,
Дубатова И. В., Дьяченко А. В., Осадиший Ю. Ю.*

г. Ростов-на-Дону.

Проходя этапы индивидуального развития человек сталкивается со множеством противоречий, которые тем или иным образом влияют на характер принятых им решений, на особенности организации собственной жизни. Часть из них — позволяют адаптационным механизмам развиваться, другие же, приводят к формированию дезадаптивных форм взаимодействия с социальной средой. Начинаясь в раннем возрасте, социализация, соответственно возрастным этапам, имеет характерные черты, которые отражаются в особенности возрастных кризисов, где «успешность» прохождения последних зависит от множества как внешних (микро- и макросоциальных), так и внутренних (биологических, психических, личностных и др.) особенностей.

Понятие о социализации

Являясь двусторонним процессом, социализация заключается в постоянной передаче обществом и освоении индивидом в течение всей его жизни социальных норм, культурных ценностей и образцов поведения, позволяя индивиду функционировать в данном обществе (Ковалева А. И., 2004). Стоит отметить, что существует множество подходов к определению понятию «социализации», как, собственно, и к механизмам, согласно которым она осуществляется. Так, бихевиористские модели рассматривают социализацию, как процесс непосредственного перенимания опыта, когнитивистские теории отводят роль механизмам социальной категоризации, социологический подход — социальному научению, интеракционистский — социальному сравнению, психоаналитические концепции — идентификации (Трубина Г. Ф., 2017). Карнацкая Н. В. (2017), отмечала роль механизма идентификации в процессе индивидуально развития, когда ребенок, являясь «свидетелем и непосредственным участником различных жизненных ситуаций положительного и отрицательного характера», где семья предоставляет «подростку различные модели поведения и ценностные ориентации, которые станут для него ключевыми при приобретении личного социального опыта».

Вероятно, что только совокупность представлений, их интеграция, может позволить рассмотреть процесс индивидуальной социализации целостно, когда учитываются не только отдельные факторы и механизмы, а формируется единый, но многофакторный взгляд на конкретный случай. Соглашаясь с мнением Бухановского А. О. и соавт. (2021), человек не может быть рассмотрен как абстрактная унифицированная совокупность жестко зафиксированных биологических и социально-психологических свойств. Наряду с определенными общими и устойчивыми жизненными проявлениями, характерными для всех людей, каждый человек обладает большим разнообразием индивидуальных особенностей и реакций, свойственных только ему. Учет механизмов социализации конкретного человека, с вниманием к имеющейся у него совокупности биологических, психических, социальных, личностных и иных особенностей даст возможность объективно подойти к рассмотрению имеющихся проблем и найти наиболее адресное их решение.

О роли семьи в процессе социализации

Нельзя обойти стороной роль семьи в процессе социализации индивида. Цинченко Г. М. (2014), рассматривая вопросы семейной социализации и воспитания отметила, что семья, помимо передачи генетической наследственной информации, «обеспечивает не только интеграцию ребенка в общество, но и определяет приоритет интересов и потребностей индивида, его взаимодействия с обществом как полноправного и полноценного члена». Формирование стратегий взаимодействия с социальной средой происходит, в первую очередь, в семейной системе, где ее гармоничность обуславливает успешность или дезадаптивность тех или иных форм поведения, и, помимо этого, обеспечивает ребенка набором ценностно-смысловых сведений, трансформирующихся через имеющиеся индивидуальные особенности. К решающим факторам семейного воспитания относятся личностные качества матери и отца, имеющиеся у них ценностные, культурные, мировоззренческие взгляды, и т. д. Роль стиля супружеских и детско-родительских отношений имеет также крайне высокое значение (Цинченко Г. М., 2014; Симак О. Я., Солдаткин В. А., 2016). В ходе социализации внутри семьи, ребенок сознательно или неосознанно ориентируется на родительский пример (механизм идентификации), затем родителями целенаправленно формируются социально-значимые качества, понимание социальных норм, принципов и правил, необходимых для полноценного существования в социуме (Галагузова М. Н., 1999; Бухановский О. А., Солдаткин В. А., Баранова И. В., 2008).

Несомненно, роль семьи в процессе социализации имеет важное значение, т. к. чаще всего именно в этой системе происходит формирование навыков и умений, нравственно-ценностных представлений. Рассматривая данный вопрос необходимо учесть особенности, наблюдаемые на актуальном этапе социокультурного развития общества. Занимаясь изучением семьи в фокусе современных социальных проблем, Юрданова М. Э. (2011), отмечала, что «суть изменений семьи в общем контексте современного цивилизационного развития заключается в том, что триада соподчиненности «общество-семья-индивид» трансформируется в конструкцию «индивид-семья-общество», в результате чего происходит трансформация сознания от «традиционных коллективистских ценностей семьи к ценностям индивидуально направленным».

Влияние интернет-технологий на процесс социализации

Развитие социума в целом, а также высокие темпы распространения новых средств социального взаимодействия, в частности, диктуют необходимость обладания человеком ряда навыков и умений, среди которых авторы (Чурекова Т. М., Пуранец В. Н., 2019) отмечают:

- способность человека легко адаптироваться к часто изменяющимся условиям существования и деятельности;
- умение эффективно взаимодействовать с другими людьми;
- готовность к решению большого объема задач в ограниченный временной интервал;
- высокий профессионализм;
- наличие нестандартного мышления и креативности;
- способность и готовность к бесконечному процессу образования (в том числе и самообразования).

С процессом наблюдающейся трансформации базовых институтов социализации — семьи, образования и воспитания, средств массовой информации и коммуникации, закономерно меняются процессы социального взаимодействия, возникают новые «агенты социализации», в виде развивающихся интернет-технологий, обладающих функциями коммуникации и интеракции, обуславливающих прогресс в сфере соответствующих (социальные сети, мессенджеры и т. д.) направлений (Рачипа А. В., Брусенцева Д. М., Фаткулина Л. А., 2019; Азаматова В. В. и соавт., 2019; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2016).

Касьянов В. В. и соавт. (2019) представили модель киберсоциализации молодежи в современном информационном обществе в виде единства трех ипостасей:

- 1) молодые люди как объект киберсоциализации (влияние киберпространства на жизнедеятельность и состояние здоровья молодежи);
- 2) как субъект киберсоциализации (удовлетворение потребностей в киберпространстве);
- 3) как жертвы неблагоприятных условий киберсоциализации (опасности киберпространства и негативные последствия для самочувствия и социального здоровья молодежи).

Авторами отмечен рост влияния цифровых технологий на социализацию молодежи, сопровождающийся, не смотря на их универсальность в виде средства коммуникации, ростом определенных рисков.

Говоря об интернет-социализации, стоит уделить внимание ролевой позиции, в которой выступает пользователь на различных ее этапах. Турмасова Е. А. и Юдеева Т. В., рассматривая проблему социализации подростков в интернет-пространстве, отмечали, что «на начальном этапе интернет-социализации пользователь достаточно мотивирован для того, чтобы повысить собственную инструментальную компетентность, у него возникают мотивы в пределах коммуникативных, деловых, рекреационных и игровых, познавательных, которые легче удовлетворить в интернет-пространстве, чем в реальной среде» — пользователь является потребителем информации. Основной этап интернет-социализации, по мнению авторов, связан с тем, что «человек выступает не только потребителем, но и производителем информации, развлечений, услуг». Вероятно в данном случае большое значение будет иметь смысловая составляющая производимой пользователем информации, его личная позиция по отношению к потребляемому контенту, основанная, естественно, на имеющимся нравственно-ценностном базисе, заложенном на предшествующих этапах индивидуального развития и продолжающем эволюционировать.

Роль восприятия информации, его особенности, имеют связь с последствиями влияния определенного информационного материала. Так, говоря о показателе деструктивных переживаний подростков, получаемых через сеть интернет, С. Т. Губина и Н. Л. Югова (2014), определяют основным «чувство неопределенности, обусловленное отсутствием в их неокрепшем сознании готовых схем интерпретации получаемой информации». Из-за отсутствия возможности контроля ситуации подростком используются адаптивные стратегии ее избегания или концентрация на эмоциях. Из этого, по мнению авторов, следует, что «получаемый стресс связан не только с избыточностью информации, но и с фактором ее ложности (необоснованности), что становится причиной раздражения и агрессии».

Также, по мнению Московцевой Е. А. (2021), «дополнительными негативными факторами, оказывающими влияние на формирование адаптационных процессов современных подростков, являются как негативное влияние СМИ и Интернет-ресурсов, так и ценностно-нормативная неопределенность современного мира, которые затрудняют процессы успешной адаптации и социализации подростков». Автор отмечает, что «стратегия активного адаптивно-функционального копинга приводит к снижению негативных переживаний и повышению адаптивности, способствуя развитию личности подростка. Использование псевдоадаптивных, пассивных копинг-стратегий возможно и приводит к снижению психической напряженности, но в то же время способствует формированию защитно-компенсаторных образований и дезадаптации личности подростка». Таким образом, роль копинг-стратегий, позволяющих адаптироваться в меняющейся социальной среде, сталкиваясь с различными проявлениями ее многогранности (позитивными и негативными), важна для понимания сути социализации в реалиях современного мира.

В условиях современного развития интернет-технологий и их влияния на процессы социализации важно понимание роли формирования тех навыков, которые позволят конструктивно реализовывать цели и задачи, поставленные на каждом из этапов персонального развития.

Выводы:

1. Социализация представляет собой сложный процесс, который претерпевает закономерные трансформации в связи с актуальными технологическими и нравственно-культурными тенденциями;
2. Трансформация базовых институтов социализации на внутреннем уровне отражается на особенностях социального взаимодействия в виде возникновения новых «агентов» социализации;
3. Успешность или неуспешность социализации для конкретного человека зависит от совокупности макро- и микросоциальных факторов, индивидуальных особенностей и имеющихся представлениях о способах и средствах взаимодействия в социальной среде;
4. Необходимо рассмотрение механизмов современной социализации с вниманием к имеющейся у человека совокупности биологических, психических, социальных, личностных и иных особенностей, что даст возможность объективно подойти к рассмотрению имеющихся проблем и найти наиболее адресное их решение.

Список литературы

1. Азаматова В. В., Анцыборов А. В., Бойко Е. О., Бухановский А. О., Васенина Е. Е., Дубатова И. В., Ковалёв А. И., Кутявин Ю. А., Крючкова М. Н., Литвак М. Е., Мадорский В. В., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Петров В. Г., Солдаткин В. А., Третьяков А. В., Турченко Н. М., Фомина-Чертоусова Н. А. Краткий курс психиатрии. Учебник для последипломного образования/Ростов-на-Дону, 2019.
2. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Си-

- доров А. А., Солдаткин В. А. *Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие* — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
3. Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2008. Т. 108. № 10. С. 20–26.
4. Галагузова М. Н. *Социальная педагогика.* — М., 1999. — 208 с.
5. Губина С. Т., Югова Н. Л. Восприятие подростками информации в сети интернет: профилактика интернет-зависимого поведения//Дискуссия, 2014.- № 1 (42). — С. 116.
6. Карнацкая Н. В. Влияние семьи на социализацию подростка//Концепт, 2017. № 8. — С. 61–70.
7. Касьянов В. В., Гафиатулина Н. Х., Самыгин С. И. Киберсоциализация как рискогенный фактор влияния на социальное здоровье российской молодежи в эпоху цифровых технологий// Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки, 2019. — № 6. — С. 21–26.
8. Ковалева А. И. *Социализация//Знание. Понимание. Умение*, 2004. — № 1. — С. 139–143.
9. Московцева Е. А. Стратегии адаптационного поведения подростков//Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки, 2021. — № 1. — С. 43–44.
10. Рачипа А. В., Брусенцева Д. М., Фаткулина Л. А. Интернет-технологии как средство управления процессом медиасоциализации молодежи//Государственное и муниципальное управление. Ученые записки, 2019. — № 2. — С. 230–234.
11. Свет А. А. Философско-психологические основы теории саморегуляции//Каспийский регион: политика, экономика, культура, 2021. — № 1. — (66). — С. 132–137.
12. Симак О. Я., Солдаткин В. А. Семья больного шизофренией как перспективный фокус внимания//Сборник: Неделя науки — 2016. Материалы Всероссийского молодёжного форума с международным участием. 2016. С. 506–509.
13. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. CIAS: проблема доверия//Неврологический вестник. 2016. Т. 48. № 3. С. 98–105.
14. Трубина Г. Ф. Понятийно-категориальный аппарат социализации как междисциплинарный научный феномен//Педагогическое образование в России, 2017. — № 9. — С. 12–17.
15. Турмасова Е. А., Юдеева Т. В. Проблема социализации личности подростка в интернет пространстве//Концепт, 2021. — № 2. — С. 98–104.
16. Цинченко Г. М. Семейная социализация и воспитание//Управленческое консультирование, 2014. — № 5 (65). — С. 86–99.
17. Чурекова Т. М., Пуранен В. Н. Особенности социализации детей дошкольного возраста в современном социуме//Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств, 2019. — № 46. — С. 217–224.
18. Юрданова М. Э. Семья в фокусе современных социальных проблем общества//НОМОТНЕТИКА: Философия. Социология. Право. — 2011. — № 2 (97). — С. 344–347.

ФЕНОМЕН ТРАВЛИ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ

*Сидоров А. А., Перехов А. Я., Мрыхин В. В., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А.,
Дубатова И. В., Дьяченко А. В., Осадиный Ю. Ю.*

г. Ростов-на-Дону.

Феномен травли в социальном взаимодействии не является новым открытием, однако не теряет своей актуальности в любую эпоху. Однако, для каждого временного промежутка имеются свои характеристики, которые тем или иным образом влияют на особенности, способности и последствия травли.

Не вызывает сомнений тот факт, что травля (буллинг), как феномен, имеет свою актуальность не только в среде детско-подростковых отношений, распространяясь и существуя и в более высоковозрастных коллективах. Подход к комплексному рассмотрению данного феномена не только с учетом особенностей самого факта травли, но также через призму характеристик подросткового возраста, особенностей социального взаимодействия, учетом современного этапа развития общества и способов осуществления коммуникации, даст возможность разработки действенных мер, направленных, в первую очередь, не на работу со «следствиями», а на изучение причин, что позволит реализовать превентивные меры качественно и системно.

Особенности социализации в подростковом возрасте

Социальная среда предоставляет возможность не только строить отношения с другими людьми, но и формировать собственную, т. н. «систему отношений» к себе и к окружающей действительности. Этот процесс, естественно, связан не только с условно «позитивными» открытиями, но и с большим количеством противоречий, которые подчас могут казаться неразрешимыми. Подросток, сталкиваясь с ними, имеет возможность выбора той или иной стратегии организации собственного поведения, часть из этих стратегий адаптивны и позволяют найти наиболее гармоничное решение того или иного вопроса, другая их часть — дезадаптивны, и приводят как к дестабилизации в различных отношениях, так и к формированию патологических психологических защит, отражающихся на многих аспектах жизни подростка.

О современной социализации

Стоит отметить, что существующие особенности современного этапа технологического развития общества оказывают значительное влияние на процессы социализации детей и подростков. В данном случае речь идет о т. н. «киберсоциализации», в пространстве сети Интернет с использованием широкого ассортимента различных средств в виде мессенджеров, социальных сетей, развлекательных приложений. Все это, с одной стороны позволяет подростку справиться с фрустрацией, возникающей в результате отсутствия возможностей для реальной адаптации в социальной среде, а с другой стороны, подобный паттерн поведения (с закрепленной формой получения удовлетворения аффилиативной или иной потребности с использованием цифровых средств) приводит к дезадаптации и как следствию возникают проблемы иного характера, требующие внимания со стороны специалистов, в т. ч. психиатров и психологов. Используя интернет-пространство, подросток реализует часть базовых потребностей, которые

по различным причинам не могут быть удовлетворены в реальной жизни. Ресурсы Сети позволяют не только снизить эмоциональное напряжение, но и повысить уровень свободы через снятие многих табу реальной среды, реализовать потребность в самоутверждении, самовыражении, осознать свои возможности (Азаматова В. В. и соавт., 2019; Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч., 2016; Турмасова Е. А., Юдеева Т. В., 2021).

Использование ресурсов киберпространства становится средством совладания с имеющимися проблемами. Однако, не стоит забывать о том, что Интернет может являться проводником для деструктивных форм взаимодействия, средством осуществления травли, кибербуллинга.

Компетентность подростка в преодолении проблем, трудностей, стрессовых нагрузок и фрустрирующих ситуаций определяют не только субъективное качество жизни, но и определяют их дальнейшее развитие (Солдаткин В. А., 2002; Регуш Л. А. и соавт., 2021).

Социализация и особенности подросткового возраста

Исследования в области возрастной психологии продолжают открывать нам особенности данного возрастного периода, подтверждая и дополняя накопленные знания. Говоря об особенностях социализации подростка отдельное внимание хотелось бы уделить т. н. «подростковому кризису», который обладает собственными специфическими особенностями и характеристиками.

Личко А. Е. (1979), приводит следующую характеристику данного возрастного периода: «... отмечается изменчивость настроения с переходами от безудержного веселья к унынию и сочетание ряда полярных качеств, выступающих попеременно». К таким полярным качествам автором отнесены: «особая подростковая сенситивность — чувствительность к оценке другими своей внешности, способностей, умений и, наряду с этим, излишняя самоуверенность и чрезмерная критичность в отношении окружающих. Тонкая чувствительность порою уживается с поразительной черствостью, болезненная застенчивость с развязностью, желание быть признанным и оцененным другими с подчеркнутой независимостью, борьба с авторитетами общепринятыми правилами и распространенными идеалами с обожествлением случайных кумиров, чувственное фантазирование с сухим мудрствованием». Перечисленные особенности имеют наиболее яркое проявление на границе социального контакта, во взаимодействии с семьей, сверстниками, учителями и т. д. В процессе социализации и подросток, и ребенок более младшего возраста сталкивается с «ответом среды» который, несомненно, влияет как на формирование стратегий поведения (адаптивных или дезадаптивных), так и на формирование образа собственного «Я», проходящего через процессы самоидентификации и самоактуализации. Кулагина И. Ю. (1999), говоря об особенностях подросткового возраста, называет «центральным психологическим новообразованием» формирование «чувства взрослости, как субъективного переживания отношения к самому себе». Отсутствие изменения социального статуса приводит к борьбе за «признание своих прав», что естественным образом приводит к формированию противоречий (конфликтов), как внутриличностных, так и существующих на границе личности и социальной среды. Также, к характерным особенностям, по мнению авторов, отно-

сятся: стремление к утверждению подростком себя в обществе с признанием собственных прав и возможностей, факта их взросления; ориентация на социальное взаимодействие с позиции своего места в определенном коллективе. «Ориентация на общение со сверстниками часто проявляется в боязни быть отвергнутым ими. Эмоциональное благополучие подростка все больше и больше начинает зависеть от того места, которое он занимает в коллективе, начинает определяться прежде всего отношением и оценками товарищей. Появляется тенденция группирования, что обуславливает склонность к образованию группировок, «братств», готовность безоглядно следовать за лидером» (Ниязбаева Н. Н., Сатыбалдина Р. А., 2017; Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В., 2008). По мнению Эльконина Д. Б. (1989), под чувством взрослости понимается «специфическая для подросткового возраста форма самосознания, социального по своему содержанию. Чувство взрослости формируется в процессе усвоения определенных морально-этических норм и образцов взрослого поведения, что происходит в общении подростков друг с другом и со взрослыми».

О феномене травли

Существующие подходы к пониманию феномена травли во многом связаны с изучением предикторов подобной формы социального взаимодействия в различных коллективах. Так, по мнению Гаджиевой А. Ф. (2021) в качестве таких предрасполагающих факторов выступают:

— Особенности внутрисемейной организации (семья выступает детерминационным аспектом буллинга в подростковом возрасте), сюда относятся как состав семейной системы, так и отношения между ее членами, а также различные характеристики, включая экономическое и социальное положение;

— Педагогические предикторы (педагогическая среда выступает в роли детерминанты психологического благополучия школьников, так и может являться риск-предиктором возникновения буллинг-процессов). Среди педагогических предикторов автор выделяет формируемую педагогами «нездоровую» конкуренцию в учебной среде, выражение неуважительного отношения к учащимся, публичное порицание в воспитательных целях, предвзятое отношение, неконструктивная критика и др.

— Социально-психологические характеристики группы (безопасность, статусная иерархия и пр.).

Каждый из перечисленных факторов не является обособленным, имея взаимосвязи, что должно учитываться при разработке действенных программ профилактики.

Кривцова С. В., Шапкина А. Н., Белевич А. А. (2016) изучая распространенность буллинга в школах Германии, Австрии и России, приводят основные критерии, характеризующие буллинг, выделенные немецким педагогом Каспер Х. (2010), к которым относятся:

- 1) приобретение конфликтом стабильных форм, конфликт упрочивается;
- 2) существование значительного перевеса сил: из двух сторон одна (чаще всего это отдельный человек) оказывается в положении слабой и притесняемой;
- 3) этот человек часто (не реже одного раза в неделю) и на протяжении длительного времени (не менее полугода) подвергается нападкам и притеснениям;

4) у этого человека почти нет шансов своими силами справиться с данной ситуацией.

Дахин А.Н (2015) в одной из своих статей приводит следующую классификацию буллинга в школьной среде:

1. По степени активности: агрессивный и пассивный буллинг;

2. По возможным последствиям: компенсаторный и виктимный;

3. По временным рамкам: ситуативный и постоянный;

4. По сфере распространения: аудиторный, информационно-коммуникативный (или кибербуллинг), досуговый;

5. По адресной направленности: буллинг, направленный на детей из малообеспеченных семей, на детей с ограниченными возможностями и способностями, на одаренных детей и на приезжих (новеньких).

Ситуация травли в коллективе несет за собой ряд последствий: социальных, педагогических, психологических, может являться одной из причин возникновения психогенных расстройств, при которых этиологическим фактором выступает микросоциальный конфликт, психотравма — взаимодействие личности с неприемлемой для нее ситуацией в системе отношений, которой является в данном случае ситуация повторяющегося буллинга (Бухановский А. О. и соавт., 2021).

Соглашаясь с выводом Воронцова Д. Б. (2020) о том, что «чем более агрессивна среда, тем вероятнее развитие паттернов поведения, связанных с необходимостью достижения и защиты своего статуса посредством силы и доминирования (физического или психологического) над более слабыми сверстниками», следует уделять внимание не только факту травли в социальной группе, а в большей степени механизмам и причинам, по которым в данном, конкретном коллективе произошло подобное, т. к. именно через понимание сути возникновения феномена буллинга возможна разработка адресных мер психологического и социально-педагогического воздействия, которые будут иметь наиболее действенные результаты, обладая прежде всего специфичностью и пониманием причин возникновения травли в конкретном коллективе.

Выводы:

Феномен травли — мультидисциплинарное понятие. С его последствиями сталкиваются и осуществляют работу и взаимодействие различные службы и институты: образовательная, социальная, психологическая, психиатрическая, и т. д.

Понимание причин возникновения ситуации травли в коллективе возможно при комплексном рассмотрении проблемы, с учетом внутренних предпосылок участников буллинга, характеристик социальной системы;

Для разработки программ профилактики травли в подростковой среде необходим учет особенностей возрастной категории, индивидуальный подход к каждому конкретному случаю со стороны всех задействованных лиц;

Социальная система, в которой реализуются те или иные модели поведения играет роль в качестве средства «обратной связи», где подросток либо закрепляет дезадаптивные формы поведения, либо формирует адаптивные;

Превентивные меры заключаются в первую очередь в постоянном контакте с детьми со стороны «гарантов безопасности» — родителей, педагогов, наставников, которые должны понимать специфику подросткового возраста, иметь представления о феномене буллинга и о способах взаимодействия с каждым его участником.

Список литературы

1. Азаматова В. В., Анцыборов А. В., Бойко Е. О., Бухановский А. О., Васенина Е. Е., Дубатова И. В., Ковалёв А. И., Кутявин Ю. А., Крючкова М. Н., Литвак М. Е., Мадорский В. В., Мрыхин В. В., Перехов А. Я., Петров В. Г., Солдаткин В. А., Третьяков А. В., Турченко Н. М., Фомина-Чертоусова Н. А. Краткий курс психиатрии. Учебник для последипломного образования/Ростов-на-Дону, 2019.
2. Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е., Азаматова В. В., Перехов А. Я., Клименко Т. М., Клименко Е. Д., Ковалев А. И., Крючкова М. Н., Лубянко И. А., Мельникова О. В., Сидоров А. А., Солдаткин В. А. Общая психопатология: медицина и искусство. Учеб. пособие — Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2021. — 368 с.
3. Бухановский А. О., Солдаткин В. А., Баранова И. В. Факторы предрасположения к патологическому гемблингу//Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2008. Т. 108. № 10. С. 20–26.
4. Гаджиева А. Ф. Социальные предикторы подросткового буллинга//Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум», (XII — Турция), 2021. — С. 79–82.
5. Дахин А. Н. Феномен социализации российского школьника//Вестник Московского университета. Серия 20. Педагогическое образование, 2015. — № 2., — С. 26–38.
6. Кривцова С. В., Шапкина А. Н., Белевич А. А. Исследования распространенности буллинга в школах Германии, Австрии, России//Образовательная политика: научно-аналитический журнал. — № 73., — т. 3., — М.: Фиро, 2016. — С. 2–25.
7. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: Развитие ребенка от рождения до 17 лет, учебное пособие 5-е издание — М.: Издательство РАО, 1999. — С. 56.
8. Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. — Л.: Медицина 1979—336 с.
9. Ниязбаева Н. Н., Сатыбалдина Р. А. Особенности антивитаальных настроений в подростковом возрасте//Международный журнал гуманитарных и естественных наук, 2017. — № 12. — с. 88–91.
10. Регуш Л. А., Алексеева Е. В., Веретина О. Р., Орлова А. В., Пежемская Ю. С. Интернет как ресурс совладания с психологическими проблемами у подростков и молодежи//Психология человека в образовании, 2021. — № 2., — С. 196–207.
11. Солдаткин В. А. Психические расстройства у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции: клинико-патогенетический подход. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук/Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского. Москва, 2002

12. Солдаткин В. А., Мавани Д. Ч. CIAS: проблема доверия//Неврологический вестник. 2016. Т. 48. № 3. С. 98–105.
13. Сорокин П. А. Человек. Цивилизация. Общество. — М., 1992. — С. 373
14. Турмасова Е. А., Юдеева Т. В. Проблема социализации личности подростка в интернет пространстве//Концепт, 2021. — № 2., — С. 98–104.
15. Эльконин Д. Б. Возрастные и индивидуальные особенности младших подростков//Избр. психол. тр. — М., 1989.— С. 268–274.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ НОВОЙ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Соловьева С. А., Дубатова И. В., Кучеренко И. Н., Никонова Н. В.

г. Ростов-на-Дону.

В течение уже почти двух лет мир живет в новой реальности — условиях разразившейся пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Многочисленные исследования, проведенные мировым научным сообществом, свидетельствуют о существенных неблагоприятных последствиях ситуации пандемии COVID-19 для психического здоровья населения (Островский Д. И., Иванова Т. И., 2020). Это связано, прежде всего, с эмоциональным состоянием людей, которое достаточно уязвимо (Wang et. al., 2020). Во множестве стран были введены жесткие социально-ограничительные меры в виде самоизоляции и карантина (Banerjee, D., 2020). В условиях изоляции многие испытывали тяжелый эмоциональный стресс, связанный с одиночеством, неопределённостью, неуверенностью в завтрашнем дне, что порождало целый спектр негативных эмоций в виде агрессии, страха и тревоги за свое здоровье и за здоровье своих близких, за свое будущее после карантина (Xiao et al., 2020). При этом люди не имели возможности справиться с негативными эмоциями привычными им способами (посещением спортзала, прогулками, походами в развлекательные и общественные заведения). Длительное нахождение в таком своеобразном экзистенциальном вакууме могло способствовать как развитию различных психических расстройств, так и усугублению уже имеющихся психических заболеваний.

Самые разнообразные психопатологические симптомы и синдромы могли проявляться как на непсихотическом (невротическом, пограничном), так и на психотическом уровне. Если непсихотический (невротический) уровень расстройств часто можно было связать с реактивными моментами, такими как нагнетание напряженности в средствах массовой информации в связи с коронавирусом (Lowen M., 2020), публикация ежедневных сводок о заболевших и умерших без их сравнения со смертностью от других заболеваний, что оказывало психологическое воздействие на людей, повышая уровень тревоги, страха, порождало пессимистические настроения, что способствовало алкоголизации, наркотизации населения, увеличилось число суицидов и депрессивных расстройств (Mazza M. G. et al., 2020; Voitsidis P., Gliatas I., Bairachtari V., 2020; Morin C. M., Carrier J., 2020), то психотический уровень психических расстройств непосредственно был связан с повреждающим действием коронавируса на центральные структуры головного мозга, чаще всего ствол и таламус (Steardo L. Jr., Steardo L., Verkhatsky A., 2020).

Вопрос о том, являлся ли COVID-19 причинным фактором или лишь провоцирующим агентом для развития психических расстройств до настоящего времени остается открытым и требует дальнейших многовекторных исследований в области нейрофизиологии, нейропсихологии и нейропсихиатрии.

В мировой научной печати появляется все больше работ, демонстрирующих тяжесть психопатологии при COVID-19 психотического регистра (Brown E., Gray R., Lo Monaco S., 2020;

Smith C. M., Komisar J. R., Mourad A., 2020). Исследования, проведенные Rogers J. P. и соавт. (2020) указывают, что психические расстройства, как правило, возникают в постболезненной (восстановительной) стадии COVID-19 и гораздо реже в период разгара болезни. Проведённое Parra A. и соавт., (2020) одноцентровое ретроспективное обсервационное исследование для описания десяти впервые возникших психотических эпизодов у пациентов с COVID-19 показало, что в девяти случаях психотические симптомы появились через две недели после первых соматических проявлений, связанных с COVID-19 и получения фармакологического лечения. В другом исследовании, Varatharaj A. И соавт. (2020) отмечается, что в 92% случаев психические расстройства появились впервые в жизни после перенесенной новой коронавирусной инфекции. В 26% случаев это были психозы, в 17% — нейрокогнитивные, а в 49% — аффективные нарушения. Наиболее часто при COVID-19 встречаются описания аффективных расстройств (Marchini S., Ode V.O, Delhaye M., 2020; Noone R., et al., 2020; Mawhinney J.A., Wilcock C., Naboubi H., 2020; Менделевич В. Д., Муллина Н. Б., 2020).

Вместе с тем, по результатам исследования Tariku M., Najure M. (2020) у пациентов с COVID-19 довольно часто имели место различные галлюцинаторные и бредовые переживания, дезорганизация речи, кататонические симптомы.

Целью настоящего исследования является описания психопатологических расстройств, возникших у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию различной степени тяжести и потребовавших госпитализации в психиатрический стационар в связи с развитием психоза.

В Аксайский филиал ГБУ РО ПНД с 01.01.2021 г по август 2021 г. госпитализировано 8 пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (диагноз подтвержден во всех случаях положительным результатом ПЦР на РНК вируса SARS-Cov-2), из них 6 женщин и 2 мужчин в возрасте от 40 лет до 71 года. Госпитализация во всех случаях была выполнена психиатрической бригадой скорой медицинской помощи по экстренным показаниям. Пациенты были госпитализированы после выписки из стационаров, оказывающих медицинскую помощь при новой коронавирусной инфекции, период после выписки составлял от 2 до 21 дня.

Тип течения новой коронавирусной инфекции в 5 случаях был средней степени тяжести, в двух случаях имел тяжелое течение и один случай расценивался как крайне тяжелый. Все случаи COVID-19 протекали с поражением легких (вирусная пневмония различной степени тяжести).

В 6 (75%) случаях психические расстройства возникли впервые в жизни, до заболевания новой коронавирусной инфекцией психических расстройств не наблюдалось, к психиатру ранее обращений не было. Один пациент в 2010 году перенес депрессивный эпизод атипичный по структуре, в дальнейшем отмечалась длительная многолетняя интермиссия. И еще одна пациентка в 1995 году перенесла послеродовой психоз, который был расценен как манифест эндогенного заболевания, тогда же проходила лечение в психиатрическом стационаре (меддокументация отсутствует), в дальнейшем без обострений и госпитализаций.

Согласно МКБ-10, учитывая структуру психоза, были выделены 3 группы психотических расстройств в постковидном периоде.

В первую группу «Органические, включая симптоматические психические расстройства», (F00—09) были включены 4 пациента (все женщины в возрасте от 42 лет до 71 года), психические расстройства у всех возникли впервые в жизни.

В двух случаях (60 и 65 лет) установлен диагноз F06.28 «Бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи со смешанными заболеваниями». Клиническая картина определялась у одной пациентки острым параноидным синдромом (в структуре которого отмечались выраженный аффект страха, персекуторные и интерпретативные бредовые идеи), у второй — аффективно-бредовым синдромом: на фоне маниакально-гневливого аффекта отмечался бред воздействия нелепого содержания с психическими автоматизмами, была убеждена, что обладает сверхспособностями, обстоятельства госпитализации помнит частично. У обеих пациенток отмечались мнестические нарушения в виде гипомнезии на период заболевания. В обоих случаях острая психотическая симптоматика была купирована проведением короткого курса инъекций феназепама в среднетерапевтических дозах, таблетированных форм атипичных антипсихотиков (рисперидон, кветиапин), нормотимиков (окскарбазепин, вальпроевая кислота) в среднетерапевтических дозах и проведением ноотропной, ангиопротективной терапии. На фоне проводимой терапии психотические переживания нивелировались, поведение стало упорядоченным, сформирована критика.

Одной пациентке (42 года) установлен диагноз F06.307 «Психотическое маниакальное расстройство, в связи с другими заболеваниями». Состояние у этой больной определялось маниакальным (психотическим) синдромом с неконгруэнтным аффекту бредом (на фоне выраженного маниакального аффекта высказывала теоманические бредовые идеи, идеи мессиианства, интерметаморфозы, а также идеи персекуторного содержания). На фоне проведения купирующей терапии (феназепам в/м, галоперидол в/м № 10 в среднетерапевтических дозах) и дальнейшего применения оланзапина 10 мг/сут, окскарбазепина 300 мг/сут. психопродуктивная симптоматика полностью редуцировалась, сформировалась критика. После перенесенного психоза у пациентки отмечалось легкое снижение опосредованного запоминания и отсроченного воспроизведения, формальность критических и прогностических способностей, наличие истеро-шизоидных черт личности.

И еще одной пациентке, 71 года был установлен диагноз F06.1 «Органическое кататоническое состояние». Клиническая картина в данном случае характеризовалась кататоническим возбуждением (на фоне выраженного аффекта страха, растерянности, недоумения, отмечалась резко выраженное хаотичное психомоторное возбуждение с элементами импульсивности, агрессией, стереотипными нелепыми действиями, оголялась, при этом аутопсихически ориентирована была верно, аллопсихически ориентирована частично — не могла назвать число. Бредовых идей, обманов восприятия не выявлялось. Мотивационная сфера характеризовалась пассивной подчиняемостью. Отмечался регресс навыков опрятности). У пациентки на момент госпитализации отмечалась мозаичная утрата памяти на события прошлого, не могла вспом-

нить обстоятельства жизни, есть ли у нее дети, родственники, мнестические функции восстановились в течение 1,5 месяца после лечения в стационаре. На фоне проведения ноотропной, ангиопротективной, нейротрофической терапии с применением короткого курса купирующей терапии (феназепам инъекционно № 2) психотическая симптоматика полностью купировалась, критика сформировалась, но длительно сохранялась астеническая симптоматика и на момент выписки.

Следует отметить, что у всех пациенток этой группы имелись сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации (артериальная гипертензия, ИБС), признаки дисциркуляторной энцефалопатии различной степени выраженности.

Во вторую группу «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» F20—29 включены всего 3 пациента (2 мужчин в возрасте 40 и 42 лет и одна женщина в возрасте 52 лет), у одного пациента заболевание возникло впервые в жизни, двое до заболевания новой коронавирусной инфекцией наблюдались у психиатра по поводу психических расстройств.

В этой группе 2 пациента (мужчины) проходили лечение с диагнозом F25.2 «Шизоаффективное расстройство, смешанный тип». У одного из них психическое расстройство возникло впервые в жизни. Клиническая картина определялась аффективно-бредовым синдромом (на фоне ажитации, психомоторного возбуждения, выраженного аффекта страха с растерянностью, отмечался бред преследования, воздействия с психическими автоматизмами).

У второго пациента состояние расценено как аффективно-онейроидный синдром (на фоне выраженной эмоциональной лабильности с резкой сменой аффекта от растерянности, страха до гневливости с проявлением немотивированной агрессии, импульсивности, отмечались несистематизированные идеи различного, в том числе, пресекторного содержания с психическими автоматизмами, появлением двойственной ориентировки, обманов восприятия). У этого пациента в 2010 году наблюдался депрессивный эпизод, атипичный по структуре, в дальнейшем с длительной многолетней интермиссией, после перенесенной новой коронавирусной инфекции развился более тяжелый регистр психопатологической симптоматики (онейроидное помрачение сознания).

В обоих этих случаях острая психотическая симптоматика полностью редуцировалась, поведение стало упорядоченным, сформировалась критика на фоне купирующей терапии (феназепам в/м, галоперидол в/м, аминазин в/м до 7 дней в среднетерапевтических дозах) и дальнейшего применения атипичных антипсихотиков (оланзапин, кветиапин), нормотимиков (окскарбазепин, вальпроевая к-та) в среднетерапевтических дозах.

У обоих этих пациентов также установлено сопутствующее заболевание — кардиомиопатия, обусловленная, возможно, воздействием лекарственных средств и других внешних факторов.

Одной пациентке (52 года) в этой группе установлен диагноз F20.01 «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом». Ранее она состояла на учете у психиатра с 1995 года (послеродовой приступ), проходила лечение в психиатрическом стационаре (меддокументация отсутствует), в дальнейшем без обострений. Настоящая клиническая картина определялась маниакально-бредовым синдромом. На фоне калейдоскопического чере-

дования аффекта от восторженно-патетического до озлобленного, с экзальтацией, расторможенностью, высказывала различные бредовые идеи: интерметаморфозы, теоманические, величия и персекуторные. Отмечалась резко выраженное хаотичное психомоторное возбуждение с импульсивностью, агрессией, сексуальной расторможенностью. Психопродуктивная симптоматика полностью редуцировалась, критика сформировалась на фоне короткой терапии (феназепам в/м, галоперидол в/м, до 5 дней в среднетерапевтических дозах) и дальнейшего применения атипичных антипсихотиков (оланзапин,), нормотимиков (вальпроевая кислота) в среднетерапевтических дозах. У пациентки имелось сопутствующее неврологическое заболевание (G93.4 энцефалопатия неуточненная) по поводу которого установлена группа инвалидности.

У всех пациентов данной группы отмечались мнестические нарушения в виде частичной утраты воспоминаний обстоятельств госпитализации, в дальнейшем мнестических нарушений не наблюдалось.

В 3 группе «Аффективных расстройств» F30–39 наблюдалась одна пациентка в возрасте 66 лет, которой установлен диагноз F30.24 «Мания с психотическими симптомами с неконгруэнтным аффекту бредом». Диагноз психического расстройства установлен впервые в жизни. Клиническая картина определялась маниакальным (психотический) синдромом (на фоне резко повышенного фона настроения, расторможенности, появились бредовые идеи величия, богатства, мессианства и персекуторного содержания с импульсивным, агрессивным психомоторным возбуждением). Психопродуктивная симптоматика полностью редуцировалась, критика сформирована на фоне короткого курса купирующей терапии (феназепам 3,0 в/м № 2) и применения атипичных антипсихотиков (кветиапин), нормотимиков (лития карбонат) в среднетерапевтических дозах. Нарушений мнестических функций у пациентки не наблюдалось. Обращает на себя внимание наследственная отягощенность психическими заболеваниями пациентки. Коронавирусная инфекция у пациентки имела крайне тяжелое течение, имелись сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы с декомпенсацией. В период лечения в инфекционном многопрофильном госпитале при выполнении МРТ головного мозга выявлена МР-картина немногочисленных супратенториальных очагов глиоза (сосудистого генеза), нерезкой церебральной атрофии.

Таким образом, во всех описанных случаях, признаки психических расстройств психотического регистра возникли после перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в средне-тяжелой, тяжелой и крайне тяжелой форме (с поражением легких). Госпитализация в психиатрический стационар произошла в короткий период после выписки из ковидных госпиталей (от 2-х до 21 дня). В 75% случаев психоз развился впервые в жизни, в остальных случаях психическое расстройство возникло после длительной многолетней ремиссии/интермиссии. Психозы возникали у пациентов зрелого и пожилого возраста с сопутствующей соматической патологией сердечно-сосудистой системы, в большей части случаев с признаками декомпенсации. На период психоза у всех пациентов отмечались временные нарушения мнестических функций различной длительности. Обращает на себя внимание тот факт, что психотические расстройства во всех случаях довольно быстро полностью купировались стандартной седативной терапией в среднетерапевтических дозах, без проявлений фарма-

корезистентности, с формированием критики и отсутствием резидуальной психопродуктивной симптоматики. Клиническая картина в 87,5% случаев характеризовалась наличием бредовых идей, в 75% определялась как аффективно-бредовые синдромы, с преобладанием маниакального аффекта, в одном случае (12,5%) наблюдалась кататоническая симптоматика (возбуждение). То есть, во всех случаях в клинике психозов, развившихся в связи с перенесенной новой коронавирусной инфекцией COVID-19, большой удельный вес занимала эндоформная, шизофреноподобная симптоматика, что не является характерным для экзогенного типа реакций, развивающихся при экзогенном, в частности, коронавирусном воздействии на центральную нервную систему, поэтому требуется дальнейшее изучение природы коронавируса и особенностей его воздействия на церебральные структуры.

Список литературы

1. Менделевич В. Д., Муллина Н. Б. Случай острой гипомании при COVID-19: повинен ли вирус?//Психиатрия и психофармакология.-2020.-Т. 22.-N.5.-С. 51–54.
2. Островский Д. И., Иванова Т. И. Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (Обзор литературы)//Омский психиатрический журнал. 2020; 2—1S (24): 4—10. doi:10.24411/2412—8805—2020—10201
3. Banerjee, D. (2020). The COVID-19 outbreak: Crucial role the psychiatrists can play//Asian Journal of Psychiatry, 102014. doi:10.1016/j.ajp.2020.102014
4. Brown E., Gray R., Lo Monaco S. The potential impact of COVID-19 on psychosis: A rapid review of contemporary epidemic and pandemic. Schizophrenia Research. 2020; 5: 5. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.005>.
5. Lowen, M. (2020). Coronavirus: Chinese targeted as Italians panic. BBC News. retrieved February 8, 2020
6. Marchini S., Ode V.O, Delhaye M. First manic episode in 14-year-old adolescent during COVID-19 pandemic lockdown measures: A case report. Ann Psychiatry Treatm. 2020; 4 (1): 34—36. DOI: <https://dx.doi.org/10.17352/apt.000018>.
7. Mawhinney J.A., Wilcock C., Haboubi H. Neurotropism of SARS-CoV-2: COVID-19 presenting with an acute manic episode. BMJ Case Rep. 2020; 13: e236123. doi:10.1136/bcr-2020—236123.
8. Mazza M. G., De Lorenzo R., Conte C., Poletti S., Vai B., Bollettini I., Melloni E. M. T., Furlan R., Ciceri F., Rovere-Querini P. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. Brain, Behavior, and Immunity. 2020; Jul 30 [online ahead of print]. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
9. Morin C. M., Carrier J. The acute effects of the COVID-19 pandemic on insomnia and psychological symptoms. Sleep Medicine. 2020; 6: 1389—9457 (20)30261—6.<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.06.005>.
10. Noone R., Cabassa J.A., Gardner L., Schwartz B., Alpert J.E. New onset psychosis and mania following COVID-19 infection. Journal of Psychiatric Research. 2020; 130: 177–179. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.042>

11. Parra A., Juanes A., Losada C. P., Álvarez-Sesmero S., Santana V. D., Martí I., Urricelqui J., Rentero D. Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study. *Psychiatry Research*. 2020; 291: 113254. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113254>.
12. Rogers J. P., Chesney E., Oliver D., Pollak Th. A., McGuire Ph., Fusar-Poli P., Zandi
13. M. C., Lewis G., David A. S. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7: 611—27. [https://doi.org/10.1016/S2215—0366\(20\)30203—0](https://doi.org/10.1016/S2215—0366(20)30203—0).
14. Smith C. M., Komisar J. R., Mourad A. COVID-19-associated brief psychotic disorder. *BMJ Case Rep*. 2020; 13: e236940. doi:10.1136/bcr-2020—236940.
15. Steardo L. Jr., Steardo L., Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. *Translational Psychiatry*. 2020; 10: 261. <https://doi.org/10.1038/s41398—020—00949—5>.
16. Tariku M., Hajure M. Available Evidence and Ongoing Hypothesis on Corona Virus (COVID-19) and Psychosis: Is Corona Virus and Psychosis Related? A Narrative Review *Psychology Research and Behavior Management*. 2020; 13: 701–704. DOI: 10.2147/PRBM.S264235.
17. Varatharaj A., Thomas N., Ellul M. A., Davies N., Pollak T., Tenorio E. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study *Lancet Psychiatry* 2020. Published Online June 25, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30287-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30287-X).
18. Voitsidis P., Gliatas I., Bairachtari V. Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population. *Psychiatry Research*. 2020; 289: 113076. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113076>.
19. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., Ho, R. C., 2020. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17 (5), E1729.
20. Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., Yang, N., 2020a. The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med. Sci. Monit.* 26, e923549.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Таджибаев У. А.

г. Ташкент.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголь, коронавирус, пандемия, пневмония

Аннотация. Проблема новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обрела огромную актуальность ввиду своего пандемического статуса. Мы проанализировали течение коронавирусной инфекции у пациентов с алкогольной зависимостью, а также объективные показатели клинических и инструментальных видов диагностики. Нами рассмотрены влияние алкогольной зависимости в фокусе течения COVID-19 и связанных с ним осложнений. Этот подход необходим, чтобы квантифицировать зависимость образа жизни в динамике коронавирусной инфекции.

Введение. Коронавирусная инфекция приобрела статус эпидемии в 2019 г., а число как заболевших, так и умерших от этой пандемии продолжает увеличиваться. COVID-19 — это воспалительное заболевание, вызванным коронавирусом 2 (SARSCoV-2), которое способно проявляться в виде широкого спектра симптомов, от нескольких симптомов или их отсутствия до тяжелой интерстициальной пневмонии, которая может развиваться в состояние острого респираторного дистресс-синдрома. Проникновение коронавируса в клетку осуществляется белком-шипом (S) в вирусной оболочке. После биосинтеза белок S расщепляется на субъединицы S1 и S2 клеточной протеазой фурина. Затем субъединица S1 связывается с локализованным в эпителиальных тканях ангиотензин-превращающим ферментом 2 (ACE2), который функционирует как рецептор для SARS-CoV-2 [3,7]. Помимо эпителия дыхательных путей, коронавирус в том числе способен реплицироваться в нервной ткани, что связывают с потерей обоняния, в почечной ткани, в кардиомиоцитах и даже в клетках желудочно-кишечного тракта^[1,6]. Далее модуляция воспаления расходуется по внутриклеточному сигнальному пути митоген-активируемой протеинкиназы (MAPK), фактору транскрипции ядерного фактора-кВ (NF-кВ), а также по пути индукции сборки инфламмосомы, приводящей к NLRP3-зависимому пироптозу, т. е. к самоуничтожению клетки посредством активации воспалительного комплекса^[5]. Пациенты показывают очень сильное снижение сатурации крови, вызванное процессами альвеолярной консолидации в лёгких^[8]. В некоторых случаях наблюдается так называемая постковидная энцефалопатия, вызванная не только общей гипоксией тканей и органов, но и диссеминацией вируса по лимфатической системе в ЦНС^[2,4].

В связи с этим, если связь между алкогольной зависимостью и патогенезом SARS-CoV-2 будет доказана, следует беспокоиться о физической форме и заняться пропагандой здорового образа жизни в популяции. Хотя есть утверждения некоторых ученых, что злоупотребление алкоголем оказывает негативное влияние на иммунную систему, снижая ее возможность противостоять коронавирусу; многие патогенетические механизмы до сих пор остаются неясными, а влияние экзогенных факторов, в частности, алкогольной зависимости, на их

формирование недостаточно изучено. Мы поставили этот вопрос перед собственным исследованием.

Цель исследования. Анализ взаимосвязи между алкогольной зависимостью и динамикой клинической картины коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Работа проводилась в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре наркологии, выборка пациентов I группы представлена профильным учреждением. Пациенты II группы были отобраны в семейной поликлинике № 7, г. Ташкента. Было проанализировано: I-группа 55 пациентов с алкогольной зависимостью (F10) и II-группа 37 пациентов без алкогольной зависимости, не состоявшие на учете в наркологическом диспансере, при этом все пациенты с клинически и лабораторно подтвержденной данной нозологической формой — новая коронавирусная инфекция (COVID-19), перенесенная в анамнезе. В целом было обследовано 92 пациента от 25 до 45 лет. Среди рассмотренных случаев в I-группе 47 пациентов (85,5%) имеют стаж курения; во II-группе — человек (21,6%). В I-группе 18 пациентов (32,7%) употребляли наркотики в прошлом; во II-группе таковых не было. В I-группе 21 пациент (38,2%) страдали ожирением 1–2 ст.; во II-группе — 5 (13,5%). В дополнение были изучены КТ-снимки пациентов с вирусной пневмонией, вызванной коронавирусом, и описанием ЭхоКГ для более системного понимания нозологии. Для проведения статистического анализа выбран статистический критерий t-Стьюдента исходя из количества степеней свободы данной выборки, по таблице критических значений t-критерия Стьюдента определяется и уровень значимости исследуемого.

Результаты и обсуждение. По итогу исследования выстраивается следующая закономерность: терминальные состояния у больных коронавирусной инфекцией чаще коррелировали с той или иной категорией нездорового образа жизни. Так, среди исследуемых пациентов с алкогольной зависимостью наблюдались 51 человек с тяжелой формой коронавирусной инфекцией (92,7%), в том числе и 19 пациента (34,5%) с алкогольным гепатитом, 25 человек (45,5%) — со среднетяжелой ($p > 0,05$). Примечательно, что именно в I группе большинство людей (I группа — 16 человек (29,1%); II — 3 человек (8,1%)), имели в истории болезни отрицательный ПЦР-анализ на коронавирус, а КТ-снимок больше соответствовал крупозной бактериальной пневмонии (вероятное объяснение этой зависимости будет дано нами далее). У двенадцати пациентов (21,8%), принимавших наркотические вещества в прошлом, выявлены тяжелые случаи болезни. ($p > 0,02$) Мы видим, что употребление наркотических, алкогольных веществ вкупе с лишним весом являются наиболее негативным прогностическим признаком при коронавирусной инфекции. Однако эти результаты должны быть проанализированы.

Так, у людей, принимающих алкоголь, чаще выявляется пневмония и ОРДС, который будет являться и осложнением коронавирусной инфекции. Более того, этанол обладает способностью модулировать функции моноцитов, что экспрессируют Toll-подобный рецептор (TLR-4), вмешанном в процесс активации ядерного фактора карра В (NFkB), гетеродимеризацией его субъединиц p50–p65, с последующей транслокацией в ядро, что приводит к продукции провоспалительных цитокинов, таких, как интерлейкины — IL-1 p, IL-6, IL-12, и фактор некроза

опухоли TNF α . Наши результаты показали, что из 55 пациентов, с алкогольной зависимостью, наблюдались 51 человек с тяжёлой формой коронавирусной инфекцией (92,7%), в том числе и 19 пациента (34,5%) с алкогольным гепатитом, 25 человек (45,5%) — со среднетяжёлой. Четверо больных имели в истории болезни диагностированный ранее алкогольный гепатит, что провоцирует множество соматических нарушений и серьёзно снижает шансы на выживаемость у таких пациентов. У 82,1% этой выборки была зафиксирована тяжёлая форма заболевания ($p < 0,05$). Анализ ЭхоКГ пациентов, употреблявших алкоголь, чаще показывал признаки гипертрофии (44 случая, $p > 0,05$).

У шестерых пациентов I группы (10,9%) и у II группы-2 (5,4%) наблюдалась бактериальная пневмония ($p < 0,01$), поэтому озвученный тезис о динамике таких пациентов получает аргументацию. Пациенты, к примеру, с отсутствующим в анамнезе стажем курения имеют больший объём жизненной ёмкости лёгких без сопутствующего фиброзирующего альвеолита и бронхиальной обструкции. Это поднимает компенсаторный максимум таких пациентов даже при тяжёлых формах болезни.

Выводы. Алкогольная зависимость влияет на тяжесть протекания COVID-19, во многом являясь причиной серьёзных осложнений, нередко приводящих к летальному исходу. Патогенетические механизмы исхода описанных вредных привычек сочетаются с патогенезом коронавирусной инфекции, поэтому клиническая картина приобретает более терминальное состояние. Мы привели объяснения всех провоспалительных изменений в организме. Можно утверждать, что соблюдение здорового образа жизни может минимизировать риски заболевания, а наличие алкогольной зависимости является плохим прогностическим признаком. Также можно заключить, что здоровый образ жизни существенно уменьшает частоту осложнений, поэтому разумно инициировать пропаганду здорового образа жизни и минимальной физической активности для снижения развития тяжёлых форм коронавирусной инфекции. Следует людям с вредными привычками донести информацию о возможных удвоившихся рисках в условиях пандемии.

Список литературы.

1. Антонова Н. Н. Социально-экономическая обусловленность качества здоровья российского населения: социологический анализ//Вестник Волгогр. гос. ун-та. 2013. № 1 (19). С. 169–172.
2. Газатова Н. Д., Юрова К. А., Гаврилов Д. В., Литвинова Л. С. Алкоголь и иммунитет//Гены и клетки. 2018. № 13 (1). С. 47–55.
3. Казакова Е. В. Управление факторами риска, формирующими основу качества медицинской помощи и качества жизни в Дальневосточном федеральном округе//Тихоокеанский медицинский журнал. 2017. Т. 3. DOI: 10.17238/PmJ1609—1175.2017.3.66–70.
4. Alexander JK, Alpert MA. Hemodynamic alterations with obesity in man. In: Alpert MA Alexander JK eds. The heart and Lung in Obesity, Armonk, NY, Futura 2018. 45—6.
5. Chen N., Zhou M., Dong X., Qu J., Gong F., Han Y., Qiu Y., Wang J., Liu Y., Wei Y., Xia J., Yu T., Zhang X., Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. Lancet. 2020.

6. Engeli S., Negel R., Sharma A. M. Pathophysiology of the Adipose Tissue Renin-Angiotensin System. *Hypertension* 2010; 35: 1270.
7. Hoffmann M., Kleine-Weber H., Schroeder S., Kruger N., Herrler T., Erichsen S. et al.. (2020) SARSCoV- 2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell* 181, 271.e8—280.e8 [10.1016/j.cell.2020.02.052](https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.02.052)
8. Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., Xiang J., Wang Y., Song B., Gu X., et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet*. 2020; 395:1054–1062.

РЕСОЦИАЛИЗАЦИЯ ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫХ БОЛЬНЫХ — ОСНОВНАЯ ЗАДАЧА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Тараканова Е. А.

г. Волгоград.

В современной психиатрии прослеживается тенденция к смещению акцентов с изучения узко клинических проявлений психического заболевания к изучению пациента со всеми его личностными и социальными особенностями. Качество жизни — это показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик больного, отражающий способность человека адаптироваться к проявлениям болезни. Привлечение параметров качества жизни к оценке результатов лечения психически больных и эффективности лечебно-восстановительных мероприятий является в современной медицине отражением сдвига в идеологии от патернализма к принципу партнерства, формированию у пациента чувства сотрудничества в лечебном процессе и ответственности за результаты терапии и свое социальное поведение. В то же время, одной из наиболее актуальных и приоритетных проблем отечественной медицины является реабилитация больных с расстройствами шизофренического спектра. Главные задачи реабилитации — создание условий для развития позитивных аспектов личности пациента, минимизация имеющихся у него нарушений, установление им устойчивых отношений с окружающими. В результате реабилитационной работы пациент должен достичь самостоятельности, обрести устойчивое чувство защищенности, независимости и самоуважения. Существуют две точки зрения клиницистов на болезнь. Первая из них предполагает рассмотрение жизни пациента как болезни с интервалами ремиссии. Другая точка зрения подразумевает отношение к пациенту как к человеку, жизнь которого — это работа, социальные взаимоотношения и только во вторую очередь — потенциальные «всплески» эпизодов болезни. Именно изменение первой точки зрения на вторую может способствовать сосредоточению терапевтических усилий не только на болезни как таковой, но и на личности пациента вне болезни. Расширенное понятие реабилитации подразумевает динамическую систему взаимосвязанных компонентов (государственных, социальных, экономических, медицинских, профессиональных, психологических, педагогических и др.), которая направлена на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате работоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных в общество. В восприятии и оценке степени удовлетворенности основными аспектами своей жизни принимают участие все основные составляющие психической сферы человека: когнитивная, эмоциональная, мотивационная и сфера самосознания, которые реализуются в поведенческой сфере, т. е. психическое здоровье теснейшим образом связано с качеством жизни. Соответственно, дальнейшее повышение эффективности и рентабельности лечения возможно лишь на основе оптимизации всех существующих компонентов лечебных и реабилитационных программ, и в, частности, психотерапии.

В отечественной литературе довольно подробно освещена долгосрочная психотерапия больных с расстройствами шизофренического спектра, отмечается все возрастающий интерес

к психотерапии как составляющей психосоциальной реабилитации при эндогенных заболеваниях. При изучении обзора рандомизированных контролируемых исследований методов психосоциальной терапии при шизофрении подчеркивает наличие наиболее благоприятных данных при использовании программ поддерживающего трудоустройства и когнитивно-поведенческой терапии. Получены обнадеживающие результаты при использовании программ восстановления когнитивных процессов. Кроме того, обучение больных шизофренией социальным навыкам, предназначенных для расширения возможности обобщения навыков (модели решения социальных проблем) заметно повышает их социальную компетентность, которая может трансформироваться в более адаптивное функционирование в обществе.

Целью настоящей работы являлось всестороннее комплексное изучение проблемы качества жизни пациентов, страдающих шизофренией, а также процессов самостигматизации данного контингента больных с выявлением клинико-социальных предикторов формирования уровней социальной адаптации, и исследование тревожно-депрессивных проявлений с дальнейшей разработкой краткосрочной психокоррекционной (психотерапевтической) программы, направленной на нормализацию эмоционального состояния лиц, страдающих шизофренией, и, соответственно, улучшение их качества жизни и социального функционирования.

Инновационным моментом была попытка соединения элементов психотерапевтического подхода М. Е. Бурно (преподавание элементов характерологии, знаний по литературе, живописи, музыкальном искусстве) с элементами арт-терапии: библиотерапия, фототерапия и изотерапия. Применение арт-терапевтических методов в работе с психиатрическими пациентами представляется актуальным уже в силу того факта, что эти методы позволяют затрагивать те проблемы больных, которые не могут быть решены одними лишь методами биологической терапии. Одним из преимуществ арт-терапии в психиатрической среде является возможность получения доступа к сложным, трудновербализируемым переживаниям пациентов. Она становится альтернативным средством общения с больными, их самовыражения и, в конечном итоге, самопонимания. Как отмечает С. Льюис, благодаря арт-терапевтическим занятиям, работая с психиатрическими больными можно касаться проблем, связанных с зависимостью и независимостью, отношениями со значимыми лицами, сексуальным поведением, потерями и достижениями, профессиональной деятельностью и т. д. То, что больной не захотел бы обсуждать по собственной инициативе, становится предметом обсуждения благодаря проявлению значимого психологического материала в художественной продукции. Занятия проводились в двух группах, объединенных по гендерному признаку. В рамках психотерапевтической программы было проведено 14 занятий в каждой группе, средняя продолжительность каждого — 1,5 часа. Также использовались элементы индивидуальных занятий.

Анализ связей показателей качества жизни больных и показателей самостигматизации позволяет сделать выводы о том, что эти два процесса взаимосвязаны. Т. о., если пациент недоволен своим качеством жизни (очень плохое, плохое качество жизни по опроснику ВОЗКЖ-100), то, скорее всего, у него имеет место быть дезадаптивный вариант самостигматизации. Напротив, оценка своего качества жизни как удовлетворительного (среднего, хорошего)

приводит к формированию у пациента амбисоциального варианта самостигматизации.

В связи с этим, проводя исследование качества жизни пациентов, страдающих шизофренией, можно сделать предположительные выводы о наличии у них определенного варианта самостигматизации, и наоборот, наличие того или иного типа самостигматизации позволяет предположить, какова будет оценка качества жизни у каждого конкретного пациента. Данные сведения необходимы для разработки дифференцированных индивидуальных дестигматизационных программ, направленных как на преодоление процесса стигмы, так и, опосредованно, на улучшение качества жизни больных в целом.

После проведения психокоррекционной программы было зафиксировано отчетливое снижение уровня тревожности, что позволяет говорить об успешном решении одной из задач, а именно — снижения уровня тревожных проявлений у больных шизофренией.

В целом можно отметить улучшение показателей качества жизни больных шизофренией (прежде всего, за счет устранения негативных эмоций и заниженной самооценки, повышения уверенности в собственных силах, снижения дефензивности и пр.). Арт-терапия в больнице специализированного типа может повысить качество жизни больных, предоставить им достаточно безопасный способ отреагирования негативных эмоций. Она дает возможность самовыражения через создание художественных образов, что повышает самооценку больных, дает им инструмент самопознания. Художественный образ становится средством общения и с социумом за пределами больницы, способом утвердить значимость своей личности, оставить в мире свой след.

Выводы: индивидуально разработанный комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на снижение тревожно-депрессивных проявлений у больных шизофренией, может быть использован в качестве адресно разработанной в зависимости от характерологических особенностей пациента, индивидуальной краткосрочной реабилитационной программы. Полученные результаты подчеркивают необходимость дальнейшей разработки и внедрения в психиатрическую практику краткосрочных психотерапевтических программ, в целом направленных на ресоциализацию и улучшение качества жизни эндогенных больных.

Список литературы.

1. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. — М., Академический проект, ОППЛ, 2000. — 719 с.
2. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении. СПб, Питер 2001 г. — 431 с.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — т. 8, № 2. — С. 35–40.
4. Кабанов М. М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11, № 1. — С. 22–27.
5. Консторум С. И. Психотерапия шизофрении // Проблемы пограничной психиатрии / под ред. Т. А. Гейера. — М.— Л.: Госиздат биол. и мед. литературы, 1935. — с. 287–309.
6. Byrne P. Advances in Psychiatric Treatment. 2000: 6: 65—72.
7. WHOQOL: Study Protocol. Division of Mental Health. Geneva. 1993.

САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Ткаченко Н. В., Заика В. Г.

г. Ростов-на-Дону.

Актуальность. В последние годы отмечается повышенный интерес к проблеме несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП), что обусловлено увеличением его распространения в современном обществе. Согласно литературным данным, распространенность самоповреждающего поведения варьирует в зависимости от возраста, наиболее уязвимым периодом является подростковый возраст [1, 2]. Акты самоповреждения у подростков могут выступать как некий способ саморегуляции своего психологического состояния [3]. Психологическая уязвимость к внешним факторам, гормональные перестройки приводят к изменению психоэмоционального статуса подростка, что усугубляется при недовольстве собственным телом [4]. Избыток веса в подростковом возрасте нередко сопровождается неудовлетворенностью собой, снижением самооценки, однако, роль ожирения в развитии несуйцидальных самоповреждений остается неизученной. Выявление факторов риска несуйцидального самоповреждающего поведения является актуальной проблемой.

Цель исследования: выявление и оценка самоповреждающего поведения у девочек-подростков с ожирением, определение связи с психоэмоциональным состоянием подростков, оценкой собственного тела, самооценкой.

Материалы и методы.

Были обследованы 90 девочек-подростков с ожирением I степени (SDS ИМТ 2,0—2,5). Группу контроля составили 25 здоровых девочек-подростков с нормальным ИМТ. Группы обследованных пациенток были сопоставимы по возрасту, который, в среднем, составлял 16 (17,4; 14,5) лет.

Проводилось клиническое обследование, выявление самоповреждающего поведения, оценка его в рамках DSM—V, уточнение вида, изучение причин самоповреждения (шкала Н. А. Польской, 2014), образа собственного тела (О. А. Скугаревский, С. В. Сивуха, 2006), самооценки (шкала самооценки Т. F. Heatherton и J. Polivy, 1991), оценка уровня депрессии (HDRS, 1960) и тревоги (HARS, 1959). При анализе полученного материала определялся средний суммарный балл по данным психометрических шкал, проводилось сравнение между группами.

Результаты и обсуждение.

В результате обследования было выявлено, что среди подростков с ожирением 36,7% (33 чел.) девочек наносили себе самоповреждения. Все выявленные случаи отвечали критериям самоповреждающего поведения, то есть носили несуйцидальный характер, обладали такими признаками, как преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту, чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения [5]. По способу самоповреждения случаи аутоагрессии разделились следующим образом: расчесывание кожи до крови — 10 чел. (30,3%),

кусание различных частей своего тела — 8 чел. (24,2%), удары по собственному телу — 6 чел. (18,1%), самоудары о твердые поверхности — 6 чел. (18,1%), выдергивание волос — 6 чел. (18,1%), самопорезы — 2 чел. (6,1%), самоожоги — 1 чел. (3%). У 18,1% отмечалось сочетание нескольких видов самоповреждений. Таким образом, преобладали соматические самоповреждения, инструментальные отмечались реже.

Среди причин самоповреждающего поведения преобладало избавление от напряжения: чтобы успокоиться — 10 чел. (30,3%), чтобы почувствовать облегчение — 5 чел. (15,1%), чтобы не чувствовать душевной боли — 2 чел. (6,1%), а также восстановление контроля над эмоциями: чтобы избавиться от тревоги и страха — 9 чел. (27,3%), чтобы избавиться от плохих мыслей — 7 чел. (21,2%).

Практически у всех подростков (90,1%) с аутоагрессивным поведением можно было проследить наличие триггерных факторов, предшествующих проявлению расстройства: 10 чел. (30,3%) совершали НССП после ссоры с родителями и другими членами семьи, 9 чел. (27,3%) — после насмешек и унижений со стороны сверстников, 4 чел. (12,1%) — обнаружив прибавку в весе, 5 чел. (15,2%) — после акта переедания. У 3 чел. (9,1%) не удалось проследить связь с какими-либо провоцирующими факторами.

Для проведения сравнительного анализа результатов психометрического шкалирования группа пациенток с ожирением была разделена на 2 подгруппы: подростки с ожирением и НССП (1 подгруппа) и подростки с ожирением без НССП (2 подгруппа).

Сравнение уровня самооценки выявило снижение самооценки у девочек 1 подгруппы в сравнении со 2 подгруппой по всем трем направлениям: оценка действий — в 1,3 раза ниже 2 подгруппы ($p > 0,05$) и в 2,1 раза ниже группы контроля ($p < 0,05$); социальное самоуважение — в 1,7 раза ниже показателя 2 группы ($p < 0,05$) и в 2,7 раза ниже показателя группы контроля ($p < 0,05$); оценка внешности — в 1,4 раза ниже показателя 2 группы ($p > 0,05$) и в 2,9 раза ниже показателя группы контроля ($p < 0,05$), однако, не все различия были достоверны.

Выраженная неудовлетворенность собственным телом выявлялась у 75,6% девочек 1 подгруппы и 57,9% подростков 2 подгруппы.

Достоверные различия по шкале депрессии (HADS) между пациентками 1 и 2 подгруппы выявлены не были ($p > 0,05$), однако, имелись достоверные различия с группой контроля. Так, уровень депрессии в 1 подгруппе согласно шкале HDRS был в 3 раза выше показателя контрольной группы ($p < 0,05$), во 2 подгруппе — в 2,3 раза выше ($p < 0,05$), что согласуется с проводимыми ранее исследованиями и подтверждает высокую частоту эмоциональных расстройств у подростков с ожирением [6].

В то же время был выявлен достоверно более высокий уровень тревоги по шкале HARS в подгруппе с НССП: в 1,7 раза превышающий показатель 2 подгруппы ($p < 0,05$) и в 3,4 раза показатель группы контроля ($p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, выявлено, что у подростков с ожирением достаточно часто выявляется склонность к самоповреждающему поведению несуицидального характера с преобладанием соматических самоповреждений. Факторами, способствующими этому, являются

недовольство собственным телом, сниженная самооценка и наличие социального стресса, когда внешние факторы легко запускают триггерные механизмы самоповреждения. Самоповреждение является своеобразной разрядкой, позволяющей снять эмоциональное напряжение, снизить уровень тревоги, душевного беспокойства и может рассматриваться как деструктивный способ контроля над своим состоянием.

Список литературы.

1. Muehlenkamp J. J. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm/J. J. Muehlenkamp, L. Claes, L. Havertape, P. L. Plener//Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012; 6 (1): 10.
2. Бохан, Н. А. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI/Н. А. Бохан, В. Д. Евсеев, А. И. Мандель, А. Г. Пешковская//Суицидология. 2020; 11 (1): 70—83. DOI: 10.32878/suiciderus.20 —11— 01 (38) —70 –83
3. Польская, Н. А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчёта)//Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2 (81). С. 140 –152.
4. Ткаченко, Н. В. Психопатологические нарушения у девочек-подростков с ожирением и роль нейробиохимических механизмов в их развитии/Н. В. Ткаченко, В. Г. Заика, В. О. Андреева//Журнал Медицинский вестник Северного Кавказа, 2018. — Т. 13, № 2. — С. 352 –355.
5. Несуицидальное самоповреждающее поведение в общей медицинской практике. Методические рекомендации. — Под ред. А. С. Аведисовой. — Москва — 2019. — 24 с.
6. Ткаченко, Н. В. Особенности психического здоровья девочек-подростков с ожирением/Н. В. Ткаченко, В. Г. Заика, В. О. Андреева//Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2019. — № 11. — С. 30 –33.

МОНРЕАЛЬСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ — ПОЛЕЗНЫЙ ИНСТРУМЕНТ СКРИНИНГА КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НАРКОМАНИЕЙ

Хайрединова И. И., Ашуров З. Ш.

г. Ташкент.

Ключевые слова: скрининг, МОСА тест, когнитивные дисфункции, зависимость, гашиш, трамадол.

Актуальность: Предиктором определения качества лечения являются когнитивные способности больного, которые могут быть полезным инструментом скрининга для оповещения о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть во время лечения.

Цель: скрининг когнитивных функций у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола

Материалы и методы: 129 больных мужского пола, которые были разделены на 3 группы: 1 группа (основная) – 41% больных (n=53) с сочетанным злоупотреблением гашиша и трамадола. 2 группа (контрольная) – 34% больных (n=44) с зависимостью от трамадола. 3 группа (контрольная)-24,8% больных (n=32) с зависимостью от каннабиноидов. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$.

Результаты: Средний балл по МОСА тесту был выше среди больных 2 группы — $24,5 \pm 1,15$ ($P_{1-2} < 0,01$), для больных 1 группы составил $21,4 \pm 2,42$ и больных 3 группы $22,81 \pm 1,09$ ($P_{1-3} > 0,05$). У больных с полизависимостью и гашишной зависимостью имеются нарушения всех мнестических процессов-фиксации, ретенции и репродукции. При сочетанном злоупотреблении гашиша и трамадола происходит синергизм двух психоактивных веществ, что отрицательно сказывается на когнитивное функционирование.

Заключение: Каннабиноидная группа является основным источником когнитивных дисфункций. МОСА тест позволяет проводить скрининг в отношении исследования когнитивных дисфункций в целом, независимо от отдельных когнитивных доменов и выбрать тактику персонализированной медикаментозной и психотерапевтической терапии.

Введение. Одним из последствий, находящегося под пристальной призмой исследователей является когнитивная дисфункция при наркоманиях. Аномальное функционирование мозга у лиц с зависимостью предрасполагает им принимать решения с катастрофическими последствиями для их собственного здоровья и благополучия, а также благополучие их семей и общества. [7] Многие авторы указывают, что существует обширная литература, подтверждающая гипотезу о том, что длительное воздействие наркотиков приводит к определенным когнитивным расстройствам. [3,6,8] Среди потребителей психоактивных веществ распространенность когнитивных нарушений варьируются от 30 до 80%. [5]

Когнитивные нарушения являются предиктором плохого результата лечения. [2] Сохранность когнитивных функций у наркологически больных позволяет снизить риск рецидива и улучшить эффективность реабилитации. [9] В качестве предиктора определения качества ис-

хода лечения являются когнитивные способности больного, которые могут быть полезным инструментом скрининга для оповещения о потенциальных проблемах, которые могут возникнуть во время лечения. [1,4]

Цель: нейропсихологическое исследование когнитивных функций у больных с сочетанной зависимостью от гашиша и трамадола

Материалы и методы исследования. В соответствии с поставленной целью исследования были отобраны 129 больных мужского пола, проходивших стационарное лечение по поводу наркозависимости в Республиканском наркологическом центре с 2015 по 2019 года. Все больные мужского пола. Больные были разделены на 3 группы: 1-группа (основная группа) — 41% больных (n=53) с сочетанным зло-употреблением гашиша и трамадола. Для сравнения были отобраны больные с опийной и гашишной монаркоманией, не осложненные зависимостью от других видов психоактивных веществ. 2-группа (контрольная группа) — 34% больных (n=44) с зависимостью от опиоидов, злоупотребляющих трамадол без назначения врача с целью достижения эйфории, которые не употребляли до приёма трамадола других опиоидов. 3-группа (контрольная группа) — 24,8% больных (n=32) с зависимостью от каннабиноидов.

Проводилось нейропсихологическое исследование с применением батареи тестов для определения взаимосвязи между заболеванием и когнитивной дисфункцией — Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA тест). MoCA тест чувствителен к тонким когнитивным нарушениям в разнообразии популяций имеет широкий спектр применения, включая зависимость от психоактивных веществ. При выведении заключения не основывались только на оценочных шкалах, нами были учтены анамнестические сведения, собранные у больного, а так же при наличии возможности и согласии на это больного и у его ближайших родственников, психический статус и собственные наблюдения. За статистически значимые изменения принимали уровень достоверности $P < 0,05$. У всех больных имелось информированное согласие на обследование.

Результаты и обсуждение. Возраст обследованных составил от 20 до 45 лет. Средний возраст — $30,5 \pm 6,16$ лет. Средний возраст больных на момент обследования в 1-группе составил $31,1 \pm 7,0$ лет (медиана 31,5; минимальный возраст — 20 лет, максимальный возраст 45 лет), во 2-группе — $30,06 \pm 6,7$ лет (медиана 29,5; минимальный возраст — 20 лет, максимальный возраст — 45 лет), в 3-группе — $31,6 \pm 7,1$ (медиана 32,5; минимальный возраст — 22 лет, максимальный возраст — 44 лет.

Результат исследования уровня образованности, не выявил статистически значимых межгрупповых различий ($P_{1-2}, P_{1-3} > 0,05$).

Среди пациентов изучаемых групп были выявлены когнитивные нарушения разной степени выраженности.

В клинической картине исследуемых групп больные предъявляли жалобы на снижение памяти, ухудшение концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрой утомляемости при выполнении умственной работы, раздражительность, тревогу и страх, головную боль, ощущение тяжести в голове («чугунная голова»), головокружение, шум в голове и ушах,

снижение слуха, пошатывание при ходьбе, нарушение сна. В структуре жалоб среди больных поли- и монозависимости от гашиша доминировали субъективные неврологические симптомы: головокружение, которое имело несистемный характер, проявлялось пошатывание во время ходьбы (45,2% больных I группы; 18,2% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 43,8% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)); боль и тяжесть в голове — «чугунная голова» (60,3% больных I группы; 40,9% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 78,1% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)); наличие шума в голове и ушах (50,9% больных I группы; 20,5% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 50% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)); снижение слуха (41,5% больных I группы; 15,9% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 43,8% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)); снижение долговременной памяти, имеющей эксплицитный характер, трудности вспомнить личный опыт или знания (73,6% больных I группы; 15,9% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 71,9% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)).

Большинство жалоб на снижение оперативной памяти было у больных с трамадоловой зависимостью (26,4% больных I группы; 61,4% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 28,1% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)). Больные с трамадоловой зависимостью в 22,7% случаев отметили отсутствие жалоб на снижение когнитивных функций.

При исследовании неврологического статуса у подавляющего большинства больных I группы (73,6%) и III группы (71,9%) отмечалась атаксическая походка, пальценосовая и пяточно-коленная пробы выполнялись с дисметрией, нистагм — с двух сторон, положительно отмечался центральный парез VII пары черепно-мозговых нервов справа или слева, высокие сухожильные рефлексы — с двух сторон, положительный патологический рефлекс Маринеску–Родовича — с двух сторон.

Заключение: энцефалопатия токсического генеза в форме умеренного вестибуло-атактического синдрома с двухсторонней пирамидной недостаточностью и псевдобульбарным синдромом.

У больных с трамадоловой зависимостью в 22,7% случаев не были выявлены очаговые неврологические нарушения. В неврологическом статусе больных этой группы преобладали пошатывание в позе Ромберга, установочный мелкокоразмашистый нистагм с двух сторон (26,4% больных I группы; 61,4% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$) и 28,1% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)).

Заключение: энцефалопатия токсического генеза в форме легкого вестибуло-атактического синдрома.

Скрининг когнитивных функций по средством МОСА теста выявил межгрупповые различия. Средний балл по МОСА тесту был выше среди больных 2 группы — $24,5 \pm 1,15$ ($P_{1-2} < 0,01$), для больных 1 группы составил $21,4 \pm 2,42$ и больных 3 группы $22,81 \pm 1,09$ ($P_{1-3} > 0,05$).

Нарушения в исполнительных навыках и внимании появились одними из первых. Низкие показатели в домене — исполнительные навыки, отвечающие за способность прогнозировать и программировать цели, создавать планы, выполнять и контролировать — были присущи больным с поли- и монозависимостью от гашиша. Больные испытывали нерешительность,

трудности в выполнении новых заданий. Так, задание начертить ломаную линию больше всех правильно выполнили больные с трамадоловой зависимостью (66% больных I группы; 97,7% больных II группы ($P_{1-2} < 0,001$); 81,2% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)). Любое исправление, сделанное больным самостоятельно, учитывалось.

Снижение концентрации внимания было отмечено среди всех исследуемых групп (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$). У всех больных при исследовании внимания были затруднения в прямом счете, удельный вес правильных ответов был низок среди больных с полизависимостью (60,4% больных I группы; 63,6% больных II группы; 62,5% больных III группы (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$)) по сравнению с обратным счетом (86,8% больных I группы; 81,8% больных II группы; 81,2% больных III группы (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$)).

Исследование не выявило грубых поражений зрительно-пространственного гнозиса и праксиса и межгрупповых различий. У больных возникали проблемы при рисовании куба, правильного контура и расположения стрелок на циферблате часов с указанием определенного времени (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$); правильной расстановки цифр (71,7% больные I группы; 90,9% больные II группы ($P_{1-2} < 0,01$); 81,2% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)). При этом ориентация на месте, во времени и в собственной личности не нарушалась (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$).

Среди больных с поли- и монозависимостью от гашиша были выражены изменения в долговременной памяти, которые носили малопрогрессирующий характер или стационарный.

При отсроченном воспроизведении один балл присваивается за каждое названное слово без каких-либо подсказок: балл получили только больные I группы 9,4% (P_{1-2} ; $P_{1-3} < 0,05$); 2 балла — больные I группы 28,3%, II группы не получили ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 9,3% ($P_{1-3} > 0,05$); 3 балла — больные I группы 47,2%, II группы 15,9% ($P_{1-2} < 0,001$), III группы 34,4% ($P_{1-3} > 0,05$); 4 балла — больные I группы 15,1%, II группы 45,5% ($P_{1-2} < 0,001$), больные III группы 56,3% ($P_{1-3} < 0,001$); 5 баллов — только больные II группы 38,6% ($P_{1-2} < 0,001$).

Анализ речевого статуса больных исследуемых групп патологии не выявил, дисфазии не наблюдалось. Отражение было продемонстрировано при исследовании беглости речи (56,6% больные I группы; 68,2% больные II группы ($P_{1-2} > 0,05$); 65,6% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)), называние животных — предлагалось правильно назвать три изображенных животных. Все больные исследуемых групп правильно называли льва, в то время как с носорогом были затруднения у больных III группы (I группа в 69,8% правильно ответили, II группа 63,6%, III группа 50% (P_{1-2} ; $P_{1-3} > 0,05$)).

При исследовании абстрактного мышления у большинства больных было установлено выраженное снижение уровня обобщения и абстрагирования (54,7% больных I группы; 56,8% больных II группы ($P_{1-2} > 0,05$) и 56,3% больных III группы ($P_{1-3} > 0,05$)). Была выражена примитивность суждений, застревание, торпидность, ригидность.

Вывод: скрининг когнитивных функций у больных при сочетанном злоупотреблении гашишем и трамадолом показал, что происходит отрицательное синергистическое влияние на когнитивную функцию. Каннабиноидная группа является основным источником когнитивных дисфункций при сочетанном злоупотреблении с трамадолом — при сочетанном упо-

треблении и моно употреблении гашиша наблюдаются нарушения всех мнестических процессов: фиксация, ретенция и репродукция, однако с более глубокими нарушениями при полизависимости.

Скрининг когнитивных функций больных с полизависимостью является одним из основных прогностических признаков и дает представление врачу-клиницисту дальнейший алгоритм действий, направлений на усовершенствование специализированного лечения зависимости и предотвращение рецидива заболевания.

Список литературы.

1. Allan J., Collings S., Munro A. The process of change for people with cognitive impairment in a residential rehabilitation program for substance problems: a phenomenographical analysis//Substance abuse treatment, prevention, and policy. — 2019. — Vol. 14. — P. 13.
2. Copersino M. L., Schretlen D. J., Fitzmaurice G. M. et al. Effects of cognitive impairment on substance abuse treatment attendance: predictive validation of a brief cognitive screening measure//Am J Drug Alcohol Abuse. — 2012. — Vol. 38. — P. 246–250.
3. Curran H. V., Freeman T. P., Mokrysz C. et al. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction//Nat Rev Neurosci. — 2016 Vol. 17. — P. 293–306.
4. Domínguez-Salas S., Díaz-Batanero C., Lozano-Rojas O.M et al. Im-pact of general cognition and executive function deficits on addiction treat-ment outcomes: Systematic review and discussion of neurocognitive path-ways//Neurosci Biobehav Rev. — 2016. — Vol. 71. — P. 772–801.
5. Hagen E., Erga A. H., Hagen K. P. et al. Assessment of Executive Function in Patients With Substance Use Disorder: A Comparison of Inventory- and Performance-Based Assessment//J Subst Abuse Treat. — 2016. — Vol. 66. — P. 1–8.
6. Perry C. J., Lawrence A. J. Addiction, cognitive decline and therapy: seeking ways to escape a vicious cycle//Genes Brain Behav. — 2017. — Vol. 16. — P. 205–218.
7. UNODC/WHO International Standards for the Treatment of Drug Use disorders. E/CN.7/2020/CRP.6.
8. Volkow N. D., Swanson J. M., Evins A. E. et al. Effects of Cannabis Use on Human Behavior, Including Cognition, Motivation, and Psychosis: A Review//JAMA Psychiatry. — 2016. — Vol. 73. — P. 292–297.
9. Wang L., Min J. E., Krebs E. et al. Polydrug use and its association with drug treatment outcomes among primary heroin, methamphetamine, and cocaine users//Int J Drug Policy. — 2017. — Vol. 49. — P. 32–40.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ПУТИ РЕШЕНИЯ С ПОЗИЦИИ СИСТЕМНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Холодова Н. Б.

г. Ростов-на-Дону.

Эмоциональное или психологическое выгорание — проблема, которая приобрела уже масштабы «психологической эпидемии» по всему миру. По разным статистическим данным этим состоянием страдает от 13 до 25% населения планеты.

Каковы причины формирования этого состояния?

С каждым годом темп жизни ускоряется, быстро развиваются новые технологии, доступность интернет-ресурсов приводит тому, что мы ежедневно получаем огромное количество информации, которую мозг не успевает перерабатывать. Для того, чтобы преуспеть в жизни, нужно постоянно развиваться. В связи с этим у многих людей возникает напряжение, связанное с опасениями не справиться, формируется тревога за будущее, беспокоят самые разнообразные страхи. В течение последних двух десятилетий значительно увеличилась частота обращения людей к психотерапевту с жалобами на страхи, приступы панических атак, тревогу, признаки эмоционального выгорания.

Впервые явление эмоционального выгорания описал в 1974 году американский психиатр Герберт Фрейденберг. Доктор заметил непонятные для него симптомы у себя и у своих коллег, то есть у категории людей, которые постоянно пребывали в тесном контакте с пациентами. Позже охарактеризовала это состояние Кристина Маслач. Она описала понятие как синдром эмоционального и физического истощения параллельно с формированием негативной самооценки, негативного отношения к работе. Сначала считалось, что «выгоранию» в большей степени подвержены люди среднего возраста, находящиеся в постоянном контакте с другими людьми, обычно — женщины. Сейчас доказано, что это не так. Эмоциональное выгорание может развиваться у человека, независимо от его профессии, пола или возраста. Синдром профессионального выгорания — более узкое понятие, как-бы находящиеся внутри эмоционального выгорания в целом. Признаки у него те же самые, но проявляется он по отношению к работе. В конечном итоге в любом случае страдают все сферы жизни.

Выделяют три группы симптомов эмоционального выгорания:

1. Психологические симптомы;
2. Физиологические симптомы;
3. Социальные симптомы.

Первая группа — психологические симптомы эмоционального выгорания:

Слово «выгорание» очень точно говорит о том, что происходит у человека внутри. Он чувствует себя именно «выжженным». На первых порах это может быть не особо заметно: ну, нет у человека настроения, нет сил. Подумаешь, со всеми бывает, все устают, и вообще жизнь сложная штука! Постепенно эти симптомы нарастают. Становится трудно контролировать эмоции, часто происходят безосновательные нервные срывы, вспышки агрессии. Учащаются срывы пло-

хого настроения на других людях. Данное поведение может сменяться замкнутостью, отстранением от окружающих, эмоциональной холодностью и цинизмом в моментах, где нужно проявить теплоту и оказать поддержку. Может появляться плаксивость, причем у людей, для которых это не характерно. Беспокоит чувство вины, снижается самооценка. Все это негативно влияет на межличностные отношения, как в семье, так и в социуме в целом. Постепенно исчезает способность радоваться жизни, в душе возникает чувство опустошения, постоянное чувство тревоги, предчувствие какой-то беды. Нарастает ощущение психической усталости, апатии. Настроение все чаще бывает пессимистичным, нарастает неверие в успешное будущее. Возникает чувство бессмысленности жизни, ощущение «замкнутого круга», из которого нет выхода.

Вторая группа — физиологические симптомы эмоционального выгорания:

Постепенно на фоне постоянного психического перенапряжения развиваются психосоматические расстройства: Бессонница во всех ее проявлениях (поверхностный некачественный сон с частыми пробуждениями, невозможность уснуть, в том числе и из-за постоянных навязчивых мыслей, раннее пробуждение «как от толчка», тревожные и кошмарные сны, отсутствие чувства отдыха после пробуждения). При этом, естественно, беспокоит постоянная сонливость днем.

1. Нарушение дыхания — ощущение затруднения дыхания, чувство «нехватки воздуха», одышка.
2. Изменение пищевого поведения — от полного отсутствия аппетита до его неконтролируемого роста. В результате — резкие скачки веса, нарушение в работе пищеварительной системы.
3. Снижение слуха, ухудшение зрения, обострение хронических заболеваний.
4. На фоне хронического стресса иммунная система становится ослабленной. В результате человек легко «подхватывает» любой вирус или простуду.

Третья группа — социальные симптомы эмоционального выгорания:

На фоне постоянной усталости, опустошенности, снижения скорости реакций, ухудшения памяти, внимания у любого человека возникают мысли о собственной несостоятельности. Возникает тревога за будущее, страх не справиться со своими обязанностями, потерять должность, бизнес, остаться без денег.

Что способствует формированию эмоционального выгорания?

1 Особенности личности и отсутствие некоторых полезных навыков:

— Неумение правильно ставить цели. Постановка недостижимых целей или стремление добиться чего-либо быстрее, чем это возможно. В результате возникает сильный стресс и разочарование, когда цели оказываются не достигнутыми. Может быть вообще отсутствие цели, из-за чего работа теряет смысл.

— Завышенные требования к себе и к окружающим, перфекционизм, склонность к постоянному анализу своих действий и их критике. Тревожные черты личности, зависимость от мнения окружающих.

— Ригидность, негибкость, нежелание адаптироваться к изменившимся условиям, стрем-

ление работать по-старому, не осваивая новые технологии. Из-за этого падает качество работы, могут уходить клиенты. Соответственно уменьшается доход, в лучшем случае — перестает расти.

— Сверхценное отношение к поставленной цели, «зацикленность» на достижении результата, неспособность принять поражение. Очень часто таких людей сопровождает страх разорения, потери бизнеса, заказов, клиентов, из-за чего они начинают трудиться сверх меры.

2. Помимо особенностей личности, есть другие причины, приводящие к выгоранию:

— Не любимое, не интересное дело. Например, решили заняться бизнесом, который оказался прибыльным, но направление совершенно вас не интересует. А бизнес еще и прибыли сразу не приносит, как хотелось бы. В данном случае выгорание начинается гораздо быстрее, чем при занятии, которое нравится.

— Плохая обстановка на работе, психологическое давление со стороны коллег, компаньонов или клиентов, критика, отсутствие похвалы.

— Снижение доходов, в том числе из-за сложной экономической ситуации. Работать приходится больше, а финансовый результат уменьшается. Неспособность правильно распределять финансы, привычка жить в долг, в кредит. Неспособность прогнозировать ситуацию на будущее, неумение планировать.

— Постоянный тесный многочисленный контакт с людьми, отсутствие личного пространства, отсутствие возможности побыть наедине с собой, восстановить свои психологические силы, потраченные при многочисленном общении.

Опыт работы психотерапевта с клиентами, страдающими синдромом эмоционального выгорания.

В основе эмоционального выгорания лежит формирующийся на фоне длительного хронического стресса невроз истощения или согласно Международной классификации болезней, МКБ-10, Неврастения (F48.0). В лечении невротических расстройств на первом месте всегда стоит психотерапия.

В каких случаях помощь психотерапевта будет эффективной?

В том случае, если работа будет системной. Пусть это будут небольшие шаги, но регулярные и главное, в нужном направлении. Концепция системной психотерапии для выхода из невротического состояния, сформулированная на основе опыта работы с клиентами, страдающими эмоциональным выгоранием:

Системная психотерапия предполагает прохождение в работе с психотерапевтом 4 последовательных этапа. Рассчитана на 6 месяцев интенсивной терапии и 6 месяцев поддерживающих сессий.

1 этап.

Цель психотерапии:

Осознание проблемы. Понимание клиентом, что происходит с ним «здесь и сейчас». Что

конкретно произошло, какова причина того, что случилось с ним. Почему именно он оказался в подобной ситуации? На данном этапе проводится:

- Тщательный сбор анамнеза и оценка психического статуса;
- Дифференциальная диагностика между невротическим расстройством и эндогенными заболеваниями, например, началом процессуального заболевания или эндогенного депрессивного эпизода;
- ЭПИ (экспериментально-психологическое исследование) с целью изучения особенности личности клиента, его привычных способов реагирования на жизненные ситуации;
- При необходимости назначаются дополнительные обследования, при наличии соматических расстройств, обострении хронических заболеваний рекомендуются консультации смежных специалистов;
- При значительно выраженной тревоге, расстройстве сна и других симптомах назначается на короткий срок медикаментозная терапия.

После проведенных необходимых исследований совместно с клиентом составляется индивидуальная психотерапевтическая программа, цель которой — эффективный поэтапный выход из невротического состояния и приобретение новых устойчивых навыков, которые помогут профилировать данное состояние в будущем.

2 этап.

Цель психотерапии:

Проведение анализа особенностей личности клиента, которые могли привести к формированию данного синдрома, определение слабых сторон и работа над ними.

Определение сильных сторон личности, характера, на которые можно опираться в психотерапевтической работе. Работа над сложившейся ситуацией.

Например, если невроз сформировался на фоне неумения строить конструктивные отношения с коллегами по работе, необходимо научить клиента этому навыку.

Развитие у клиента способности прогнозировать возможные исходы различных ситуаций, умения выделять главные и второстепенные моменты, сосредоточения на основных задачах.

Обучение клиента гибкости, дипломатичности, умению адекватно оценивать свои силы, отступать в случае необходимости и относиться к этому конструктивно, не драматизируя сложившуюся ситуацию. Обучение умению каждую ситуацию рассматривать как полезный жизненный опыт.

3 этап:

Цель психотерапии: обучение клиента специальным техникам, повышающим стрессоустойчивость, улучшающим состояние нервной системы и здоровья в целом.

- Обучение аутотренингу;
- Основам медитации;
- Выявление у клиента негативных установок, замена их на позитивные;
- Обучение правильной постановки целей;
- Развитие у клиента позитивного мышления.

4 этап:

Цель психотерапии:

Научить клиента профилактировать синдром эмоционального выгорания. Обходиться без помощи психотерапевта.

Обучение строить свои границы, искусству говорить «нет», пониманию жестов, поз, эмоций собеседника. Развитие чувства эмпатии. Обучение использованию ранее изученных техник (аутотренинга, медитации, различных релаксирующих упражнений, быстро снимающих стресс техник и тому подобное), в различных жизненных ситуациях.

Это заключительный, и, пожалуй, самый длительный этап. Он направлен на личностное развитие, достижение зрелости в эмоциональной, волевой и интеллектуальной сферах. Точнее он бесконечный, потому что развитие продолжается всю жизнь. Задача психотерапевта показать путь развития, по которому клиент пойдет в дальнейшем самостоятельно и будет становиться мудрее, устойчивее к стрессам.

Таким образом, метод системной психотерапии охватывает все этапы лечения невроза: анализ состояния, купирование состояния, выход из невротического состояния и формирование путей профилактики. Данный метод на сегодняшний день представляется наиболее эффективным в работе с клиентами, страдающими эмоциональным выгоранием.

Список литературы:

1. Н.Б. Холодова. Трансформация: Победа над психологическим выгоранием и достижение успехов во всех сферах жизни. Изд. Ридеро. 2020 г.
2. Клуб успешных врачей. 100 советов по здоровью и долголетию. Том 3. Изд. Ридеро. 2020 г.
3. И. Спивак. Профилактика стресса и выгорания у врачей. Материалы сертификационного цикла. Кафедра организации непрерывного образования РНИМИ им. Н. И. Пирогова. 2021 г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭПИЗОДИЧЕСКОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ НА УРОВЕНЬ АГРЕССИИ У СТУДЕНТОВ

Худина Ю. С., Заика В. Г., Богма О. А., Бачурина О. В.

г. Ростов-на-Дону.

Широко распространенное употребление алкоголя в современном мире приводит не только к формированию алкоголизма, но даже в большей мере к различным поведенческим реакциям у лиц, находящихся в состоянии опьянения. [1, 2, 3].

Несмотря на длительность изучения, злоупотребление спиртными напитками до сих пор занимает лидирующие позиции по актуальности данной проблемы в мире [4, 5]. Количество исследований, изучавших проблему употребления алкоголя достаточно многообразно и затрагивает не только половозрастные, медицинские, но и социально-экономические проблемы [6, 7, 8, 9]. Одним из частых проявлений алкогольной интоксикации является агрессивное поведение. Отдельного внимания заслуживают вопросы, касающиеся безопасности жизни при нахождении рядом с человеком, употребляющим алкоголь, в частности, влияние алкоголя на уровень агрессии к окружающим [10, 11, 12].

Цель исследования: анализ взаимосвязи эпизодического употребления алкогольных напитков с уровнем агрессии среди молодежи.

Материалы и методы: были обследованы студенты и ординаторы медицинского университета. Выборка составила 104 человека: 79 девушек, 25 юношей. Средний возраст выборки составил 25 лет. Критерии включения данной выборки: добровольное информированное согласие, молодой возраст, обучение в университете в данный момент. Критерии исключения: признаки психического расстройства, любой вид обращений за психиатрической помощью, прием лекарственных психотропных препаратов.

Применялись следующие диагностические методики: анамнестический метод, методика А. Ассингера «Диагностика склонности к агрессивному поведению».

Сбор и формирование базы данных были проведены при помощи программы Microsoft Office Excel 2017, в качестве описательной статистики было произведено сравнение средних уровней в группах методом Манна–Уитни. Полученные значения считали статистически достоверными при значении $p < 0.05$.

Результаты исследования:

Уровень употребления алкоголя определялся путем добровольных ответов респондентов в авторской анкете. Все ответы, данные студентами, позволили разделить респондентов на две группы:

— «не употребляю алкоголь» (под этой формулировкой подразумевалось отсутствие приема любого вида алкоголя, временной промежуток отсутствия приема алкоголя составлял 3 года и более);

— «употребляю алкоголь» (далее респонденты отмечали кратность приема, которая была представлена в разных эпизодических проявлениях, например, «пью шампанское по праздникам»).

Не употребляли алкоголь совсем (либо на протяжении как минимум последних трех лет) 43,3% опрошенных, из которых девушки составляли 41,8% от гендерной выборки, а юношей — 48,0%. Об употреблении алкоголя сообщили 56,7% респондентов. Количество девушек оказалось 58,2% от гендерной выборки, а количество юношей оставило 52,0%.

Оценка склонности к агрессивному поведению проводилась с помощью методики А. Ассингера и характеризовала собой корректность общения с окружающими. Она включала в себя три градации уровней агрессии: миролюбивость, умеренную агрессию и излишнюю агрессию. Уровни агрессии определялись по количеству набранных баллов за каждый из ответов:

- для миролюбивости сумма ответов не должна была превышать 35 баллов включительно;
- умеренная агрессия определялась от 36 до 44 баллов;
- излишняя же агрессия с возможными проявлениями неуравновешенности и жестокости диагностировалась при наборе баллов от 45 до 60.

При анализе ответов путем просчета баллов в указанной методике, уровень агрессии в выборке распределился следующим образом:

- 74,0% студентов по результатам анкетирования оказались в группе «миролюбивых» (количество девушек составляло 77,2% от гендерной выборки, а юношей — 64,0%);
- 26,0% студентов выявили «умеренный» уровень агрессии (количество девушек оказалось равным 22,8%, в то время как количество юношей оказалось практически вдвое меньше, но составило 36,0% от гендерной выборки).

В нашей выборке отсутствовали респонденты с ответами, достигавшими уровня излишней агрессии.

- При углубленном детальном анализе нами были изучены следующие сочетания групп:
- миролюбивость + не употребляю алкоголь;
 - миролюбивость + употребляю алкоголь;
 - умеренная агрессия + не употребляю алкоголь;
 - умеренная агрессия + употребляю алкоголь.

Для сочетания «миролюбивость + не употребляю алкоголь» количество респондентов оказалось превышающим на треть от общего объема принявших участие в исследовании и составило 36,5%. Количество девушек достигло 35,4% от гендерной выборки, количество юношей — 40,0%.

Для сочетания «миролюбивость + употребляю алкоголь» общее количество респондентов оказалось равным 37,5%, из них 41,8% девушек от гендерной выборки и 24,0% юношей, соответственно.

Для сочетания «умеренная агрессия + не употребляю алкоголь» количество респондентов составило 6,7%. Количество девушек достигло 6,3% от гендерной выборки, количество юношей — 8,0%.

Для сочетания «умеренная агрессия + употребляю алкоголь» общее количество респондентов оказалось равным 19,3%, из них 16,5% девушек от гендерной выборки и 28,0% юношей, соответственно.

Нами был проведен статистический анализ с целью сравнения значимости различий в парах «зависимость уровня агрессии от пола» и «зависимость уровня агрессии от употребления алкоголя». Учитывая, что полученные значения считались статистически достоверными при $p < 0.05$, можно утверждать следующее:

— в ходе оценки полученных данных была выявлена значимая зависимость между факторами «уровень агрессии» и «пол» (среди гендерной выборки девушек $p_{\text{norm}}=0.0209$, $p_{\text{exact}}=0.0205$; среди гендерной выборки юношей $p_{\text{norm}}=0.0104$, $p_{\text{exact}}=0.0102$);

— зависимость факторов «уровень агрессии» и «алкоголь» оказалась незначимой (среди не употребляющих алкоголь $p_{\text{norm}}=0.2242$, $p_{\text{exact}}=0.2258$; среди употребляющих алкоголь $p_{\text{norm}}=0.1121$, $p_{\text{exact}}=0.1129$).

Выводы: уровень агрессии зависит от пола (проявления умеренной агрессии в нашем исследовании оказались более присущи мужчинам, в то время как женщины отмечались большей миролюбивостью). Согласно данным статистического анализа, уровень агрессии не зависит от употребления алкоголя.

Можно предполагать, что употребление алкоголя способно оказывать влияние на уровень агрессии, однако, это влияние, скорее всего, будет заключаться в изменении индивидуально реагирующего респондента при приеме алкоголя, но мало влияет на увеличение количества баллов в исследовании по опроснику.

Список литературы:

1. Ashton K. Do emotions related to alcohol consumption differ by alcohol type? An international cross-sectional survey of emotions associated with alcohol consumption and influence on drink choice in different settings/K. Ashton, M.A. Bellis, A.R. Davies, et al.//BMJ Open. — 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2017—016089.
2. Акимов И. Б. Психологические особенности агрессивности лиц с алкогольной зависимостью/И. Б. Акимов//Вестник Самарской гуманитарной академии: Серия «Психология». — № 1 (23). — 2018. — 100–111 с.
3. Беляева Т. К. Этнические аспекты пьянства и алкоголизма/Т. К. Беляева, А. Г. Пухова, А. В. Бикмаева, А. С. Пухарев//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2017. — № 7 (часть 2). — С. 236–238.
4. Корогодина Е. А. Алкоголизм — как глобальная проблема современности/Е. А.//Региональный Вестник. — 2020. — № 11 (50). — с. 35–36.
5. Ларина А. «Трезвая Россия»: продажи алкоголя нужно сократить в два раза//Газета.ru: интернет-изд 2020. — [Электронный ресурс]: URL: <https://www.gazeta.ru/business/2020/12/15/13400258.shtml> (дата обращения 31.07.2021).
6. Максимов С. А. Половозрастные и социально-экономические особенности употребления алкоголя/С. А. Максимов, Я. В. Данильченко, М. В. Табакаев, Т. А. Мулерова, Е. В. Индукаева, Г. В. Артамонова//Здравоохранение РФ. — 2017. — № (61) 3. — с. 148–155. DOI: <http://dx.doi.org/10/18821/0044—197X-2017—61—3-148—1555>.

7. Газатова Н. Д. Алкоголь и иммунитет/Н. Д. Газатова, К. А. Юрова, Д. В. Гаврилов, Л. С. Литвинова//Гены и клетки. — 2018. — № 1. — с. 47—55. DOI: 10.23868/201805005.
8. Остроумова О. Д. Алкоголь и легкие/О. Д. Остроумова, А. М. Попкова, И. В. Голобородова, Н. С. Сметнева, А. С. Попкова//Consilium Medicum. — 2018. — № (20)3. — с. 21—29. DOI: 10.26442/2075—1753_20.3.21 –29.
9. Королева Е. Г. Алкоголь и потомство/Е. Г. Королева//Журнал ГрГМУ. — 2015. — № 4 (52). — с. 103 –107.
10. Rose A.P. Associations between Gender, Alcohol Use and Negative Consequences among Korean College Students: A National Study/A. P. Rose, E. H. Schuckman, S. S. Oh, E. C. Park//International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2020. — Vol. 17 (14). DOI: 10.3390/ijerph17145192.
11. Miller P. Barroom Aggression Among Australian Men: Associations With Heavy Episodic Drinking, Conformity to Masculine Norms, and Personal and Perceived Peer Approval of Barroom Aggression/P. Miller, L. Zinkiewicz, A. Hayley, A. Sonderlund, S. Litherland, T. Medew-Ewen, S. Wells, K. Graham//Journal of Studies on Alcohol and Drugs. — 2016. — Vol. 77 (3). — P.421—30. DOI: 10.15288/jsad.2016.77.421.
12. Roach A. L. Attitudes About Intimate Partner Violence and Alcohol Consumption/A. L. Roach, A. E. Ermer, M. Coleman, L. Ganong//Journal of Interpersonal Violence. — 2020. — DOI: 10.1177/0886260520914583.
13. Norman T. Aggression in the Australian night time economy: A comparison of alcohol only versus alcohol and illicit drug consumption/T. Norman, A. Peacock, R. Bruno, G. Chan, A. Morgan, I. Voce, N. Droste, N. Taylor, K. Coomber, Miller P. G.//Drug and Alcohol Review. — 2019. — Vol. 38 (7). — P. 744 –749. DOI: 10.1111/dar.12998.
14. Kuypers K. Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review/K. Kuypers, R. J. Verkes, W. van der Brink, J. G.C. van Amsterdam, J. G. Ramaekers//European Neuropsychopharmacology. — 2020. — Vol. 30. — P. 114—147. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2018.06.001.



Верстка Брожук А.В.