



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 ИМЕНИ Н.А. АЛЕКСЕЕВА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

V ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СОВРЕМЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ – КУРС НА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО»

В РАМКАХ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА
«УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПСИХИАТРИИ –
СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ».

2 ИЮНЯ 2021 Г.

СБОРНИК СТАТЕЙ
ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК А. А. ШМИЛОВИЧА

МОСКВА, 2021

УДК: 616.89

ББК 56.14 88.4

У59

ISBN

V Всероссийская научно-практическая конференция «Современная психиатрия - курс на междисциплинарное сотрудничество» в рамках научно-образовательного проекта «Университетская клиника психиатрии - союз науки и практики», 2 июня 2021 г., г. Москва. Сборник статей. Под общей редакцией доктора медицинских наук А. А. Шмиловича. М. — 2021. — 64 с.

ISBN

Издание подготовлено к V Всероссийской научно-практической конференции «Университетская клиника психиатрии. Современная психиатрия – курс на междисциплинарное сотрудничество», 2 июня 2021 г., г. Москва. Конференция посвящена наиболее актуальным аспектам современной психиатрии.

Сборник содержит статьи и тезисы научных работ, посвященных широкому кругу вопросов теоретической и практической психиатрии.

ББК

ISBN

© Авторы, текст, 2021

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 1 ИМЕНИ Н.А. АЛЕКСЕЕВА

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИМЕНИ Г.Е. СУХАРЕВОЙ

V ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

«СОВРЕМЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ – КУРС НА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО»

В РАМКАХ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА
«УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПСИХИАТРИИ –
СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ».

2 ИЮНЯ 2021 Г.

СБОРНИК СТАТЕЙ
ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК А. А. ШМИЛОВИЧА

МОСКВА, 2021

Глубокоуважаемые коллеги!

XXI век можно справедливо назвать веком психических заболеваний. В то время как современная медицина с большим успехом излечивает большую часть соматических болезней, все более эффективно предупреждает их манифестацию и рецидивы, количество людей, страдающих психическими нарушениями неуклонно растет.

Биопсихосоциальный характер психических расстройств, подтвердившийся в период пандемии COVID-19, обуславливает многообразие подходов к диагностике, лечению и реабилитации таких больных.

Университетская клиника психиатрии представляет собой уникальный сплав научной, практической и учебной деятельности, позволяющий разрабатывать наиболее прогрессивные формы помощи больным и их семьям.

Присланные Вами научные работы охватывают широкий спектр теоретических и практических проблем психиатрии. Это клинико-диагностические аспекты психических расстройств, актуальные вопросы детской и подростковой психиатрии, биологические основы психических расстройств и персонализированная психиатрия, социальная психиатрия в условиях деинституализации психиатрической службы, современные аспекты психофармакотерапии и психотерапии, проблема превенции рецидивов в психиатрии, вопросы студенческого и постдипломного преподавания психиатрии и смежных дисциплин.

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Содержание

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ <i>Авагимян А.А.</i>	8
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА <i>Альбицкая Ж.В., Пролежаева Ю.С.</i>	9
ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ (ВЕРСИЯ) <i>Воскресенский Б.А.</i>	11
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ: АНАЛИЗ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ <i>Гатина А.Ф.</i>	14
АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СХЕМА-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ <i>Гегель Н.В., Скрябина М.И.</i>	16
СОСТОЯНИЕ ТИРЕОИДНОЙ ОСИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ <i>Горбеев Л.Н.</i>	18
САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С АГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ <i>Григорьева И.В., Голубева Т.С., Гамова А.В.</i>	20
УЧЕТ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ <i>Григорьева И.В., Голубева Т.С., Гамова А.В.</i>	22
ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ <i>Даренский И.Д.</i>	25
ВНЕИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ ПНД № 1 НА БАЗЕ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВАСИЛЕОСТРОВСКОГО РАЙОНА Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА <i>Дутов В.Б., Варакса М.В., Черновасиленко И.В.</i>	26
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА <i>Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р.</i>	27

ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ДИАГНОСТИРОВАННОМ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ <i>Иванова С.М., Панкова О.Ф.</i>	29
ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПОДРОСТКА С БРЕДОВЫМ СИНДРОМОМ В ПЛАНЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ <i>Казанцева Э.Л., Киреева И.П., Руднева И.К.</i>	26
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННОГО С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ КАННАБИНОИДОВ (НАЧАЛО УПОТРЕБЛЕНИЯ КАННАБИНОИДОВ НА ФОНЕ БАР) <i>Климова И.Ю., Карпушкин А.М.</i>	28
ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «ПРИЧИНЫ ДЛЯ ЖИЗНИ» У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ <i>Кустов Г.В., Зинчук М.С., Герсамия А.Г., Войнова Н.И.1, Крылов О.Е., Вьяль А.П., Яковлев А.А., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С.</i>	29
ВОКАЛОТЕРАПИЯ КАК РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА <i>Левина С.Д., Назаренко Л.А., Серебрякова Т.Л.</i>	36
ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ: ТАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ <i>Мелехин А.И.</i>	37
ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВЫЗВАННОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ОБУСЛОВЛИВАНИИ У МУЖЧИН С УНИПОЛЯРНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ <i>Мнацаканян Е.В., Крюков В.В., Краснов В.Н.</i>	40
ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ: ВОПРОСЫ ДИНАМИКИ И ТРАНСФОРМАЦИИ <i>Можгинский Ю.Б.</i>	41
ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ <i>Онегина Е.Ю.</i>	43
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ <i>Панкова О.Ф., Иванова С.М., Казин Н.М.</i>	44
COVID-19 И КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ <i>Петрова Н.Н., Кокурина Д.А.</i>	47
ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ <i>Пискунов А.К.</i>	48

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА <i>Пономарева Е.В.</i>	49
ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: АНАЛИЗ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ <i>Северцев В.В.</i>	51
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ, ПЕРЕПРОФИЛИРОВАННОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 <i>Сивашова М.С., Прокопович Г.А.</i>	53
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МА- НИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ <i>Сизов С.В., Олейчик И.В.</i>	54
МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА <i>Соловьев А.Г., Дьячков А.А.</i>	57
ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ: К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ <i>Семенова Н.Д., Рудык Ю.А., Морозов С.К., Палин А.В.</i>	59
ОЦЕНКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ <i>Тарантова К.А., Миникаев В.Б.</i>	60
НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ <i>Толмачева В.А., Киселева М.Г., Чернов Н.В., Костюк Г.П.</i>	61
ЗАКОН РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» И НАРКОЛОГИЯ: СПОРНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ <i>Фецура И.В.</i>	63
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОБЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НАСЕЛЕНИЯ В МОСКВЕ <i>Целищев Д.В., Станич С., Трущелев С.А.</i>	64
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ <i>Целищев Д.В., Скопина Е.А., Гусманова З.К.</i>	65
ПСИХОЛОГИЯ, БИОЛОГИЯ И КЛИНИКА – 3 КИТА СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ <i>Шмилович А.А.</i>	67
СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОНАВИГАЦИОННОЙ ТМС И ТЕХНОЛОГИЙ VR-РЕАЛЬНОСТИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ АСТЕНО-ДИНАМИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ <i>Шмилович А.А., Каплан А.Я., Нелюбова Е.С., Колсанов А.В.</i>	68

БАЛИНТОВСКИЕ ГРУППЫ – ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Авагимян А.А.

*Институт психоло-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва*

Предотвращение профессионального выгорания медицинского персонала психиатрического профиля является важной задачей при решении проблемы оказания качественной помощи пациентам психиатрических стационаров. Различные исследования по-разному оценивают вклад специальности, работы в сложных условиях, необходимости длительной коммуникации с пациентом, стажа, пола и возраста медика в уровень его профессионального выгорания, но значительность этой проблемы очевидна. Для профилактики профессионального выгорания с 1950-х годов используется метод Балинтовских групп, он не утратил актуальности и сейчас и применяется не только в профилактике сформировавшейся профессиональной деформации, но и при обучении.

В течение шести лет нами реализуется проект «Балинтовские группы в психиатрии». Мы проводили Балинтовские группы в 2015-2016 годах с медицинскими сестрами и старшими медицинскими сестрами на базе ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ. Всего в исследовании было задействовано около трехсот специалистов.

С 2017 года проводим Балинтовские группы с врачами-психиатрами, заведующими отделениями, медицинскими психологами, старшими медицинскими сестрами и медицинскими сестрами на базе ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ. Этот проект проходит под патронажем главного врача ПКБ № 1 и главного внештатного специалиста психиатра города Москвы, профессора Георгия Петровича Костюка.

Использована батарея методик, позволяющая определить степень профессионального выгорания. Так, степень профессионального выгорания была определена с помощью тестов Винокура и опросника выгорания Маслач. А также были использованы индекс групповой сплоченности Шисора, методика диагностики копинг-механизмов Хейма, опросник самооотношения Столина и Фрайбургский многофакторный личностный опросник.

Работа в Балинтовской группе позволила нам достичь положительных результатов, включая значительное улучшение по многим пунктам, а также снижение профессионального выгорания. В этом докладе основное внимание будет уделено влиянию долгосрочных Балинтовских групп на профессиональное выгорание.

После участия в Балинтовских группах мы отмечаем ослабление профессионального выгорания по следующим шкалам: эмоциональное истощение, рабочий стресс, профессиональный перфекционизм, самооценка качества работы, общая самооценка, здоровье и общая адаптация, общий интегративный индекс профессионального выгорания. Эти показатели выявили статистически значимое снижение после участия в Балинтовских группах, что свидетельствует об эффективности этих групп, снижении симптомов профессионального выгорания.

Таким образом, можно констатировать, что Балинтовские группы полезны, прежде всего, в их классической версии, как долгосрочный проект, предназначенный для преодоления профессионального выгорания и повышения коммуникативной компетентности врачей и медсестер. Наше исследование доказывает эффективность групп, что подтверждается улучшенными показателями в профилактике профессионального выгорания. Однако возраст и профессиональные характеристики врачей и медсестер должны быть приняты во внимание при проведении Балинтовских групп. Основываясь на наших исследованиях, мы приходим к выводу, что психиатрические медицинские сестры в возрасте до 30 лет показали лучший результат, это может быть связано с их более высокой возрастной восприимчивостью к положительному эффекту групповых сессий, а также с тем фактом, что в этом возрасте и с меньшим профессиональным опытом профессиональное выгорание в целом менее развито. В 2018–2020 годах это исследование было дополнено программой по проведению Балинтовских групп среди ординаторов 1-го и 2-го годов обучения, которая показала большую эффективность участия в Балинтовских группах на этапе получения профессионального образования и предоставила возможность специалистам в ординатуре на базе ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ получить дополнительную специальность – руководитель Балинтовских групп. Мы уже выпустили 8 специалистов, и еще 7 будут выпущены в июне 2021 года.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ ДО 1 ГОДА

Альбицкая Ж.В., Пролежаева Ю.С.

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России, г. Нижний Новгород*

В России, как и во всем мире, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа детей с психическими расстройствами, что приобретает масштабный общенациональный характер. Общеизвестно, что своевременная ранняя диагностика психических расстройств является важнейшей задачей, так как формирование заболеваний происходит у детей на этапе незавершенного онтогенеза, что необходимо учитывать при междисциплинарном взаимодействии.

Цель исследования. Провести сравнительный клинический анализ моторного развития у детей до 1 года при различных психических расстройствах.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1886 детей с психическими расстройствами: умственная отсталость легкой и умеренной степени (772 ребенка/40,9%), органические психические расстройства (596 детей/31,6%), ранний детский аутизм (518 детей/27,5%) и контрольная группа «здоровые дети» – 217 человек. Для реализации поставленных задач были использованы клинико-катамнестический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический методы. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакетов программ «Stats» и «Fifer». Данные анализировались путем сравнительного анализа таблиц сопряженности и определения критерия χ^2 – Пирсона. Различия между сравниваемыми группами считались высоко статистически значимыми при $p < 0,001$. Попарное сравнение производилось при помощи точного теста Фишера.

Результаты. В группе детей с умственной отсталостью легкой степени нарушения моторного развития отмечались у 76,8% ($n=251$) детей; дети позднее начинали держать голову, переворачиваться; навыки сидения в среднем формировались к 10,5–11 месяцам; 30% ($n=98$) детей не овладели рефлексом ползания, а у 14,4% ($n=47$) детей этот рефлекс появился только после стояния у опоры к 12 месяцам. В 37,9% ($n=124$) случаев у детей запаздывали сроки становления ходьбы (первые самостоятельные шаги ребенок делал в 13–14 месяцев). В группе детей с умственной отсталостью умеренной степени нарушения моторного развития отмечались у 100% ($n=445$) детей; запаздывание в формировании двигательных навыков было выражено на срок более трех месяцев по сравнению с возрастной нормой. Большинство детей начинали держать голову только к трем месяцам; навыки ползания, сидения в 83,6% ($n=372$) случаев формировались ближе к 11–12 месяцам; 100% ($n=445$) детей не овладели навыками самостоятельной ходьбы к 1 году. У пациентов с органическими психическими расстройствами задержка моторного развития отмечалась у всех детей 100% ($n=596$). При раннем детском аутизме у 37,6% ($n=195$) развитие моторных функций характеризовалось перестановкой или выпадением отдельных навыков (перевороты, сидение, ползание, стояние у опоры). У 149 (28,7%) детей моторное развитие отличалось значительной дисгармонией темпов становления статико-моторных функций, скачкообразностью, искажением в последовательности приобретения и смены установочных реакций. Так, 34,4% ($n=178$) детей не освоили ползание, и только 66 (12,7%) детей освоили самостоятельную ходьбу к 1 году.

Выводы. Система ранней оценки развития моторной сферы у детей в периоды развития ребенка до 1 года может быть использована в практике различных специалистов (педиатров, неврологов, психиатров) для наиболее ранней диагностики психических расстройств у детей и позволит своевременно дифференцировать психопатологические состояния у детей и формировать «группы риска» для дальнейшего наблюдения.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ АНТРОПОЛОГИЯ (ВЕРСИЯ)

Воскресенский Б.А.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Москва

Введение. Трудности с определением основополагающих понятий психиатрии – проблема извечная. Их истоки – в невозможности определить «психическое», сущность нашего ума ускользает от нас, как говорили в древности.

Цель исследования: обосновать реальность психических=душевных процессов.

Методы. Привлечена трихотомическая концепция личности, введенная в клиническую психиатрию Д.Е. Мелеховым и заимствованная им из христианской антропологии. Графически ее можно представить как три концентрические окружности, но выразительнее – три овала. Наружный, дух, – это то, что человек ставит выше себя, ради чего он живет; средний, душа, душевные процессы, – это «органы», инструменты психической деятельности: ощущения, восприятия, мышление, эмоции, воля и т. д.; внутренний, тело, – органы и системы органов в их взаимосвязи и взаимодействии. Уточним, что такое понимание трихотомии отличается от богословского, мы определяем его как клиническое. Упоминание о трехсоставности человека находим и у некоторых психиатров прошлого. Она по-своему присутствует и в сегодняшней биопсихосоциальной модели психических расстройств, составляющие которой, однако, не иерархичны (что существенно для диагностического и психотерапевтического процессов и в нашем варианте передается через овальность), а постмодернистски рядоположены.

Как субстратом, ареной телесных болезней являются внутренние органы, так психические расстройства разворачиваются в сфере душевных процессов. Но если тело хотя бы представляется самоочевидным, то с душой дело обстоит сложнее.

Нередко психику соглашаются принять только как эпифеномен – как структуру вторичную, как надстройку над изначальной, основообразующей материальной (здесь: телесной) субстанцией, всестороннее, исчерпывающее познание которой сделает психику, «чисто психические» процессы излишними, развеет их как призрак, окончательно узаконив лишь «реальные», «объективные» физико-химические, электрофизиологические и другие подобные им реалии.

Поэтому для дальнейших построений был привлечен второй «инструмент» – «языковая модель человека» польского лингвиста А. Вежбицкой, исследования которой позволяют утверждать, что душевные процессы – не умозрительные категории, а несомненная реальность человеческого существования, поскольку «все люди принимают одну и ту же (предположительно, врожденную) модель челове-

ка, определяемую небольшим набором универсальных предикатов, включающих в себя следующие (лексикализованные, по-видимому, во всех языках): думать, знать, хотеть, чувствовать, говорить, видеть, слышать, делать и жить» (с. 152). Все эти слова (также как не указанное в цитате, трагическое, но принципиально важное в данном контексте слово «умирать») входят в 60-позиционный перечень А. Вежбицкой – в ее концепцию «естественного семантического метаязыка».

В процессе развития, усложнения психики в целом, ее отдельных составляющих, сознания и самосознания, познавательной-рефлексивной активности (способности смотреть на себя как бы со стороны, на свое тело, душу, а в последующем и на свои ценности, знания, идеалы) происходило осмысление переживаний – психических процессов=слов, в результате чего сформировались психологические категории восприятия, мышления, воли и т. п.

По-своему констатировал этот процесс К.Г. Юнг: «Сознание всегда инстинктивно находит слова для обозначения реально существующих вещей. Лишь психологи изобретают наименования для несуществующих вещей» [с. 21]. По этому же поводу, но делая другие акценты, А. Вежбицкая разъясняет: «Например... глагольные элементы «думать», «знать», «говорить», «чувствовать» и «хотеть» сочетаются с «именными личными местоимениями («я», «ты» и «кто-то»)»... [там же с. 161-162]. Уточним (Б. В.), что эти местоимения также входят в список из 60 универсалий, а А. Вежбицкая обращает внимание на то, что их (всех шестидесяти) синтаксис не зависит от конкретного языка. Все это еще раз подтверждает универсальность, первичность, реальность этих психических структур.

Но прямолинейные соотношения переживание=глагол=психический процесс выдерживаются не всегда. Например, «ощущения» и «восприятия» многообразнее, чем «видеть» и «слышать». Эти расхождения могут быть обоснованы. Так, в частности, допустимо полагать, что «обонять», «осязать» и т. п., будучи наиболее древними и элементарными по структуре нейропсихическими процессами, не получили (на ранних этапах развития человечества, а поэтому и в словаре А. Вежбицкой) самостоятельного словесного воплощения и поэтому не обособлены в антропологии.

Результаты. «Языковая модель» позволяет конкретизировать, сделать реальностью понятие болезни – как соматической, так и психической. (Заметим, что и телесные болезни признаются не во всех мировоззренческих и религиозных системах.) Напомним, что слово «жить» (также как слово «я») включено в антропологический перечень А. Вежбицкой.

В полном, 60-словном перечне оно стоит рядом со словом «смерть», и этим экзистенциально-антропологически указывает вектор земного человеческого существования, что в медицинском, клиническом контексте преобразуется в понятие болезни как особого изменения, регресса, разрушения, распада до того нормальных, здоровых, сохранных структур и функций. Таким образом, понятие болезни и, увы, сам процесс, повторим, через слово «смерть» уже заложены в

историческом человеке. По этому же универсальному пути движутся и психические-душевные расстройства. Человечество постепенно, в ходе своего развития, «взросления» поняло, что некоторые «голоса», «видения», «озарения» – не банальные переживания, а нечто принципиально иное – болезни, потому что они ведут к распаду психики.

Подходы к клинической диагностике. Повторим: психические болезни – это, прежде всего, искажение, разрушение именно душевных процессов.

И вместе с тем в каждый момент жизни, во всем своем бытии человек един, целостен. Поэтому и психические-душевные расстройства могут сказываться, обнаруживать себя – с большей или меньшей очевидностью – как в сфере телесной, так и в сфере духовной (соматизация, конверсия, философическая интоксикация, бред реформаторства и т. д.). Задача врача в этих случаях – попытаться увидеть за «духовным» или «телесным» «душевное».

Клиническая психиатрия – это исследование переживаний больного, в первую очередь болезненных переживаний. Многообразные аморфные или изоциренно витиеватые описания больных – «показалось», «расстроился», «стало плохо» – врач, повторим, стремится преобразовать в «увидел», «понял», «почувствовал тоску» (то есть в галлюцинации, бред, депрессию). До этих психических процессов (глаголов) психиатр низводит самые невероятные описания, изоциренные сопоставления, излагаемые больным в процессе беседы с врачом. Это и есть клинико-феноменологический метод в нашем понимании.

Если такое преобразование обнаруженных у обследуемого «странностей» – убеждений, увлечений и проч. – в расстройства восприятий, эмоций, мышления и проч. не удастся, то, никаких оснований диагностировать психическое расстройство не имеется. В этих случаях правомерно будет говорить о своеобразии духовных процессов. А они, как подчеркивал К. Ясперс (с. 871), не могут быть ни болезненными, ни здоровыми, и вообще они не психологичны (то есть не относятся к сфере «душевного» – Б. В.) и не подвержены «смерти» – распаду, хотя могут быть, как говорят богословы, и светлыми, и темными.

Приблизим этот тезис к повседневной жизни: понятия нормы – общепринятой, правовой, религиозной, культурально-национальной, среднестатистической – и психиатрической не совпадают. Психиатрическая норма психического здоровья (воспользуемся богословским термином) апофатична – это отсутствие болезни.

Заключение. Итак, трихотомия и концепция единого семантического метаязыка показывают реальность «психического» как некоей стихии (образ, предложенный Т. Манном, с. 293), присущей – наряду с материей – миру, стихии, способной к разным формам организации и активности. Среди них может быть выделен и такой вариант, как психическое расстройство. А клиническая психиатрия как наука о болезненных – психопатологических – переживаниях при этом еще раз утверждает свое право на самостоятельное существование.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ: АНАЛИЗ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Гатина А.Ф.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет),
г. Москва*

Цель работы: изучить особенности течения кожных изменений и дерматологических заболеваний у больных с алкогольной зависимостью и разработать на этой основе новые подходы к их диагностике и лечению.

Материалы и методы: объектом исследования являются пациенты с дерматологическими заболеваниями, подтвержденным диагнозом «алкоголизм», имеющие в анамнезе дерматологические заболевания. Пациенты, соответствующие критериям включения, разделены на две группы – группу пациентов с подтвержденным диагнозом «алкоголизм», имеющих кожные заболевания (Psy), и группу дерматологических пациентов, отрицающих наличие подтвержденного диагноза «алкоголизм/патологическое употребление алкогольных напитков».

Группы будут изучены для определения факторов риска развития кожных патологий, связанных с употреблением алкоголя, будут описаны клинико-динамические особенности дерматологических заболеваний у алкозависимых пациентов.

Результаты: на настоящий момент в исследование включено 20 пациентов. В Таблице 1 представлены результаты исследуемой и контрольной группы, полученные в исследовании, с возможностью предположить факторы риска развития и/или осложнения кожных заболеваний у алкозависимых пациентов. В Таблице 2 представлен более подробный сравнительный анализ анамнестических данных пациентов исследуемой группы.

Выводы: в настоящий момент количество исследуемых недостаточно для получения достоверных данных. Тем не менее, можно сказать, что у пациентов в группе Psy клинико-динамические особенности кожных заболеваний более выражены: меньший срок ремиссий, у больных высыпания имеют более значительную распространенность с выраженной тенденцией к периферическому росту папул и их слиянию в более короткий срок, более выраженное шелушение и более интенсивный зуд, например, у пациентов с псориазом отмечается частое образование бляшек с инфильтратом в основании.

Также необходимо отметить улучшение течения дерматологического заболевания у алкозависимых пациентов в периоды воздержания от употребления алкогольных напитков.

У больных, злоупотребляющих алкоголем, удалось также выявить факторы, в определенной степени послужившие причиной развития болезни либо обусловившие появление рецидива заболевания. Среди них были: фактор влияния алкоголя, нервно-психические перенапряжения, простудные заболевания, травма.

При обследовании у всех алкозависимых пациентов одновременно с дерматозами были обнаружены различные множественные патологии ЖКТ, ССС и билиарного тракта. В контрольной группе пациентов с сопутствующими заболеваниями было ровно 50% от числа исследуемых этой группы.

Пациентам наркологического отделения, которые не наблюдались у врача-дерматолога ранее, было предложено обратиться в Клинику кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Университетской клинической больницы №2 города Москвы для дальнейшего обследования и назначения терапии кожного заболевания с возможностью последующей госпитализации.

Таблица 1.

Группа	Psy	Control
Всего	12	8
Пол	М = 75,0% (n=9) Ж = 25,0% (n=3)	М = 62,5% (n=5) Ж = 37,5% (n=3)
Средний возраст (лет)	37,4±6,9	33±6,9
Наследственная отягощенность дерматологическими болезнями	Нет = 66,67% (n=8) По матери = 33,33% (n=4)	Нет = 50,0% (n=4) По отцу = 12,5% (n=1) По матери = 50,0% (n=4)
Лечение у дерматолога ранее	Нет = 66,67% (n=8) Да = 33,33% (n=4)	Нет = 62,5% (n=5) Да = 37,5% (n=3)
Лет дерматологическому заболеванию, в среднем	7,3±3,2	6,5±3,2
Тяжелое и атипичное течение дерматологических заболеваний	Нет = 66,67 (n=8) Да = 33,33% (n=4)	Нет = 75,0% (n=6) Да = 35,0% (n=2)
Длительность ремиссий	Меньше 2 месяцев = 41,67% (n=5) Меньше 6 месяцев (но более 2 месяцев) = 33,33% (n=4) Меньше года (но более 6 месяцев) = 8,33% (n=1) Больше года = 8,33% (n=1)	Меньше 6 месяцев (но более 2 месяцев) = 12,5% (n=1) Меньше года (но более 6 месяцев) = 25,0% (n=2) Больше года = 62,5% (n=5)
Сопутствующие заболевания	Хронический гепатит = 41,67% (n=5) Гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки = 50,0% (n=6) Гипертоническая болезнь = 25,0% (n=3)	Гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки = 35,0% (n=2) Гипертоническая болезнь = 12,5% (n=1) Астма = 12,5% (n=1) Нет = 50,0% (n=4)

Таблица 2.

Критерии	
Распространенность	Псориаз = 41,67% (n=5) Атопический дерматит = 25,0% (n=3) Экзема = 25,0% (n=3) Грибок ногтей = 8,33% (n=1)
Наследственная отягощенность зависимостью	Нет = 75,0% (n=9) По отцу = 8,33% (n=1) По матери = 16,67% (n=2)
Дебют дерматологического заболевания после начала злоупотребления алкоголем	Меньше чем через 1 год = 41,67% (n=5) Больше чем через 1 год (но меньше чем через 5 лет) = 16,67% (n=2) Больше чем через 5 лет = 16,67% (n=2) Нет = 25,0% (n=3)
Лечение у нарколога ранее	Нет = 58,33% (n=7) Да = 41,67% (n=5)
Улучшение клинической картины дерматологического заболевания в период воздержания от алкоголя (минимум месяц)	Да = 58,33% (n=7) Нет = 41,67% (n=5)
Лет зависимости, в среднем	7,5±4,7
Стадия зависимости (по Портнову А.А., Пятницкой Н.Н.)	I стадия = 66,67% (n=8) II стадия = 33,33% (n=4)
Зависимость от других психоактивных веществ	Амфетамин = 7,7% (n=1) Каннабиноиды = 7,7% (n=1)
Факторы развития/появления рецидива кожного заболевания	Влияние алкоголя = 41,67% (n=5) Нервно-психические перенапряжения = 25,0% (n=3) Простудные заболевания = 25,0% (n=3) Травма = 7,7% (n=1)

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СХЕМА-ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Гегель Н.В.¹, Скрябина М.И.²

¹Московский институт схема-терапии,

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Согласно прогнозу Всемирной организации здравоохранения, к 2030 году депрессия станет одним из самых распространенных заболеваний (WHO). По статистическим данным, уровень эффективности терапии хронической депрессии только медикаментозными способами в среднем составляет около 50% (Kocsis 2003), в то время как сочетание применения антидепрессантов с психотерапией дает более высокий результат – 75% (Pampallona et al. 2004). Основной пробле-

мой, с которой приходится сталкиваться при лечении хронической депрессии, является непродолжительность ремиссии. Страдающие хронической депрессией пациенты плохо поддаются лечению в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии и склонны к частым рецидивам (Keller 1988, Thase 1992, 1994).

Эффективность схема-терапии при различных психических расстройствах, в том числе и при лечении хронической депрессии, также с использованием опросника «Диагностика ранних дезадаптивных схем», подтверждена многими рандомизированными клиническими исследованиями (Riso et al. 2003, Bamelis et al. 2012, Renner et al. 2016, Egli et al. 2019). Объясняется это, в первую очередь, тем, что схема-терапия обращает фокус работы на эмоциональные процессы в дополнение к применению межличностных и когнитивных интервенций при лечении. Важным преимуществом схема-терапии является тот факт, что у пациентов с хронической депрессией наблюдается более сильная выраженность ранних дезадаптивных схем, чем у пациентов, не страдающих хронической депрессией (Riso et al. 2003), а также наличие четкого протокола лечения коморбидных заболеваний, с опорным вниманием к факторам, способствующим возникновению психических расстройств (Renner et al. 2013).

В рамках схема-терапевтического подхода учитываются такие патопластические факторы в развитии хронической депрессии, как эмоциональная травма детства, негативные детские переживания, неблагоприятные факторы развития, патология личности, ранние дезадаптивные схемы (преимущественно – покинутость, нестабильность, эмоциональная депривация, неуспешность), коморбидность, дисфункциональное когнитивное восприятие, длительное время не леченая депрессия (Keller et al. 1992, Keller & Hanks 1994).

Основными этапами протокола проведения лечения хронической депрессии в рамках схема-терапии являются: 1. Налаживание терапевтических отношений; 2. Выявление депрессии при помощи обнаружения связанных со схемой негативных убеждений (режим требовательного и обвиняющего родителя) – «осознанность схемы»; 3. Выявление сопутствующих негативных эмоций (режим «уязвимый ребенок») – «осознанность режима»; 4. Уменьшение дезадаптивных копинговых режимов (отстраненный защитник, отстраненный самоутешитель, гиперкомпенсация) – пунитивные режимы (необходимо сразу ограничить/устранить!); 5. «Ограниченное родительство» в отношении режима «уязвимый ребенок» (с использованием техник работы с воображением); 6. «Обезоруживание» внутренних критикующих режимов (пунитивный, требовательный); 7. «Укрепление здорового взрослого» (функциональное поведение, забота о себе, принятие, осознанность, самосострадание).

Главной целью современных медико-реабилитационных программ для больных с хроническими психическими расстройствами является улучшение качества ремиссии. Именно поэтому использование схема-терапевтического подхода в реабилитационной деятельности психиатрических учреждений становится наиболее актуальным методом для повышения качества психопрофилактических мероприятий у больных с хронической депрессией.

СОСТОЯНИЕ ТИРЕОИДНОЙ ОСИ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Горобец Л.Н.

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

В исследованиях, касающихся проблем психонейроэндокринологии, доказано, что психотропные препараты, в частности, антидепрессанты (АД), у больных с аффективными расстройствами могут вмешиваться в биосинтез тиреоидных гормонов на разных его стадиях: от захвата йода в щитовидной железе до регуляции гипоталамо-гипофизарно–тиреоидной (ГГТ) оси в туберо-инфундибулярной области ЦНС. Вместе с тем следует отметить, что в научной литературе последних лет обнаружено крайне мало исследований, касающихся влияния АД на функционирование ГГТ оси, что диктует необходимость более углубленного изучения данной проблемы при терапии различными АД.

Целью настоящего исследования являлось уточнение особенностей динамики уровней гормонов ГГТ оси у больных с аффективными расстройствами в процессе терапии венлафоксином.

Материалы и методы. В исследование были включены 72 больных: 24 мужчины и 48 женщин в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст $43,8 \pm 14,2$ лет) с расстройствами аффективного спектра: 1 группа – БАР; 2 группа – РДР; 3 группа – ТДР. Пациенты включались в исследование согласно следующим критериям: соответствие пациентов критериям МКБ-10 диагнозов F31.3, F33.1, F41.2; возраст от 18 до 53 лет; баллы по шкале Гамильтона (HDRS) – более 16 баллов. Критерии исключения: органические заболевания ЦНС; эндокринные заболевания; тяжелые формы соматических заболеваний. У всех пациентов было получено информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России (протокол № 24/3 от 2018 г.). Всем пациентам проводилась монотерапия препаратом венлафаксин (венлаксор) в дозе 75–150 мг/сутки. Средняя суточная дозировка составляла $141,16 \pm 52,3$ мг/сутки.

Исследование с использованием шкалы оценки депрессии Гамильтона HDRS-21 и шкалы оценки тревоги Гамильтона HARS проводилось при поступлении и через 28 дней от начала терапии. Гормональные исследования проводились до начала терапии, через 14 дней и через 28 дней терапии. К респондерам относились пациенты, у которых отмечалось снижение суммарного балла по шкале оценки депрессии Гамильтона более чем на 50% к 28 дню терапии по сравнению с исходными значениями. Определение уровней гормонов ТТГ, Т3, и Т4 св. проводилось натощак в утренние часы в сыворотке крови иммуноферментным ме-

тодом на фотометре вертикального сканирования Multiscan Agent («Labsystems», Финляндия) с использованием реактивов фирмы «АлкорБио». Референсные значения гормонов: ТТГ – 0,23 – 3,4 мкМЕ/мл; Т3 – 1,0 – 2,8 нмоль/л; Т4 св. – 10 – 23,5 пмоль/л. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием компьютерной статистической программы «Statistica» версия 6.0 (Statsoft Inc., USA).

Результаты и обсуждение. Монотерапия венлафаксином оказалась эффективной (снижение более 50% по шкале HDRS) у всех обследованных пациентов с расстройствами аффективного спектра.

Фоновые показатели состояния ГГТ оси позволили констатировать наличие гипотиреоза у 8,3% пациентов с БАР и у 6,25% с РДР. Динамика уровней тиреоидных гормонов на фоне терапии венлафаксином различалась.

У больных с БАР отмечалось улучшение функционирования ГГТ оси, на что указывает значимое ($p=0,018$) повышение уровня Т3 (в референсных пределах) к 28 дню терапии, а также значимые отрицательные корреляции между ТТГ и Т3 на 2 и 3 этапах исследования, несмотря на незначительные колебания в сторону снижения уровней Т4 у 25% пациентов. У пациентов с РДР к 14 и к 28 дням терапии повышалось число больных со снижением уровней периферических гормонов на фоне достаточно стабильных показателей ТТГ, что может свидетельствовать о наличии функционального гипотиреоидного состояния. У пациентов с ТДР к 14 дню значимо снижались только уровни Т4 (колебания в референсных пределах) на фоне незначительных колебаний ТТГ и Т3.

Несмотря на значительный объем научной литературы, касающейся связи депрессии и тревоги с дисфункцией щитовидной железы, а также влияния АД на функционирование тиреоидной оси, к настоящему времени не сложилось единого мнения по данным вопросам. По всей вероятности, это связано с высокой коморбидностью аффективных расстройств и гипотиреоза, общностью патогенетических механизмов указанных патологий, а также механизмами действия АД. Терапия СИОЗСН, по данным литературы, не оказывает влияния на уровни гормонов ГГТ оси.

В нашем исследовании показано, что венлафаксин, помимо высокой эффективности, также продемонстрировал свою безопасность в отношении влияния на тиреоидную ось. На это указывают нормативные показатели средних значений гормонов ГГТ оси в процессе терапии. Кроме того, отмечалась нормализация повышенных фоновых показателей ТТГ у пациентов всех групп. Можно предположить, что снижение уровня периферических гормонов у ряда пациентов с РДР может быть связано с основным заболеванием.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения дальнейших исследований влияния АД на состояние ГГТ оси у больных с аффективными расстройствами с целью своевременного выявления формирования функционального гипотиреоза.

САМОРЕГУЛЯЦИЯ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С АГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Григорьева И.В., Голубева Т.С., Гамова А.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время под осознанной саморегуляцией подразумевается системно-организованный процесс запуска, построения и управления всех видов и форм внешней и внутренней активности человека, направленный на достижение принимаемых субъектом целей [1]. Так человек координирует свои психологические ресурсы для выдвижения и достижения целей активности. Существует единое пространство внутренних и внешних средств саморегуляции, которые могут выступать ресурсами осознанной саморегуляции достижения цели.

В.Ю. Завьялов, исследуя личностный смысл алкоголизации зависимых лиц, отметил, что он состоит в доступе к психологическим ресурсам саморегуляции: доступе к ощущению смелости, открытости, эйфории, фантазии могущества. В результате в обычной ситуации взаимодействия с людьми зависимый от алкоголя человек ведет себя необычным образом [5]. Возникающие нарушения личности зависимых от алкоголя лиц приводят к существенному изменению содержательной стороны мотивации и структуры осознанной саморегуляции как существенной линии психического субъектного развития. Аддиктивная индивидуальность выступает как саморегулирующаяся, саморазвивающаяся и многоуровневая система. К единому пространству внутренних и внешних ресурсов психической саморегуляции применим принцип дополнительности, согласно которому растрата внутренних ресурсов компенсируется за счет внешних ресурсов, и наоборот. Важно отметить, что в процессе психотерапии зависимых от алкоголя лиц имеющийся дефицит реальности внутренних психологических ресурсов в виде алекситимии и анозогнозии может быть дополнен внешними ресурсами в виде средств искусственного интеллекта или взаимоотношений со значимыми людьми, которые могут быть специально наделены ресурсным смыслом для достижения выхода из зависимого тупика. Таким образом, в процессе лечения и реабилитации зависимых от алкоголя лиц необходимо повышение волевого саморегулирования и регуляции мотивационных стремлений на основе сознательной перестройки с формированием новых смыслов деятельности. Приоритетом является необходимость подбора таких психокоррекционных подходов, которые влияют на уровень притязаний, перестройку целей, сами аддиктивные мотивы и средства реализации мотивов.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи саморегуляции и агрессивности у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы. В исследуемую выборку вошли 100 мужчин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) в возрасте от 24 до 63 лет с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2, F10.3), средний возраст $40,7 \pm 8,9$ лет. В исследовании были задействованы следующие методики: опросник «Стиль саморегуляции поведения – ССП» (В.И. Моросанова), опросник уровня агрессивности Басса-Перри.

Результаты. Полученные данные по опроснику «Стиль саморегуляции поведения» показали: у 27% лиц, страдающих алкогольной зависимостью, наблюдается низкий уровень саморегуляции поведения. У 53% выявлен средний уровень саморегуляции поведения, при котором имелись трудности в плане осознанного регулирования персональной активности. И у 20% отмечен высокий уровень саморегуляции поведения, несмотря на наличие сформированного зависимого от алкоголя расстройства. Это лица с анозогнозией, склонные отрицать имеющиеся вопросы с алкоголем, потерю работы и проблемы с близкими. Анализ структуры саморегуляции свидетельствует, что наиболее сильно развиты такие компоненты саморегуляции, как «Гибкость» ($M=6,1 \pm 1,92$) и «Самостоятельность» ($M=5,7 \pm 1,98$). Это способность перестраивать свои планы и поведение при изменении жизненных ситуаций, подстраиваться под обстоятельства, что включает у зависимых лиц лживость и изворотливость для реализации ведущего мотива – «раздобыть алкоголь». Наиболее низкие значения были получены по шкалам «Моделирование» ($M=4,5 \pm 1,94$) и «Оценка результатов» ($M=4,4 \pm 1,72$), что указывает на наличие трудностей в целостном видении ситуаций и условий реализации целей, склонности к фантазированию при дефиците информации. По отношению к алкоголю это проявляется в том, что большинство из зависимых уверены, что, начиная распивать спиртные напитки, они способны остановиться в любое время самостоятельно. При изучении агрессивности лиц, страдающих алкогольной зависимостью, согласно тесту «Опросник агрессивности Басса-Перри», у 41% опрошенных наблюдается высокий, у 55% – средний и у 4% – низкий уровень агрессивности. В целом отмечено, что наличие высокого у 41% лиц и среднего уровня агрессивности у 55% лиц в период отсутствия доступа к спиртному может при приеме алкоголя включить триггерный механизм растормаживающего действия и спровоцировать агрессивное поведение у 80% мужчин, сделать их поведение дезадаптивным и небезопасным для окружающих.

Анализ структуры агрессивности показал доминирование и одновременно превышение нормативных значений по фактору «Враждебность» ($M=23,9 \pm 6,1$), при умеренных показателях по факторам «Гнев» ($M=19,8 \pm 6,9$) и «Физическая агрессия» ($M=25,1 \pm 7,7$). Получается, что испытуемые часто переживают чувства ущемленности, несправедливости, склонны негативно оценивать события и людей. В то время как аффективная и поведенческая агрессии могут быть следствием когнитивных искажений.

Корреляционный анализ показал, что саморегуляция достаточно тесно взаимосвязана с агрессивностью лиц, зависимых от алкоголя. Значимые взаимосвязи были получены по большинству изучаемых переменных. Так, общий уро-

вень саморегуляции поведения (опросник ССП В.И. Моросановой) взаимосвязан слабыми отрицательными связями с общим уровнем агрессивности (опросник Басса-Перри) ($r_s = -0,350$; $p = 0,001$) и его факторами «Физическая агрессия» ($r_s = -0,315$; $p = 0,01$), «Гнев» ($r_s = -0,351$; $p = 0,001$), «Враждебность» ($r_s = -0,307$; $p = 0,002$). Полученные взаимосвязи указывают на то, что более низкий уровень агрессивности наблюдается при более высоком уровне развития саморегуляции, проявления агрессивности могут быть следствием неразвитости или ослабления механизмов саморегуляции. В большей степени от уровня развития саморегуляции личности зависят проявления эмоционального фактора агрессии – гнев, раздражительность, злость, ярость, а также самоагрессия. С учетом полученных результатов психодиагностики задачами психокоррекционной работы являются: расширение и укрепление навыков саморегуляции и самоконтроля; расширение и укрепление коммуникативных навыков; повышение фрустрационной толерантности; повышение адаптационного потенциала личности; формирование жизненной перспективы, активной трезвой направленности личности.

Выводы. Проявления агрессивности зависимых от алкоголя лиц являются следствием неразвитости или ослабления механизмов саморегуляции.

УЧЕТ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ В ПСИХОТЕРАПИИ ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Григорьева И.В., Голубева Т.С., Гамова А.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь*

В настоящее время признанно, что склонность к зависимости от алкоголя считается результатом сложного взаимодействия между генетическими и другими факторами риска. Тяга к алкоголю, связанная с генетической предрасположенностью, подтверждается многочисленными фактами примеров семей с разлученными близнецами, усыновленными детьми и сходным поведением в отношении алкоголя прямых родственников, независимо от условий их проживания и обстоятельств жизни. Так как алкоголизм полиэтиологичен, то и лечение должно быть направлено на все сферы, неблагополучие в которых может являться причиной и следствием алкоголизма, и должно включать в себя не только медикаментозное лечение, но и различные формы психотерапии, а также социальное вмешательство.

С распространением технологий генетического типирования возросло количество работ, посвященных таким вопросам, как связь генотипа и характерологических особенностей, склонность носителей конкретных генов к определенным поведенческим паттернам.

Так, различные генотипы (SS, SL и LL) полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ могут быть ассоциированы с различными поведенческими паттернами, связанными с употреблением алкоголя, и, в частности, позволяют судить о наиболее вероятном характере прогредиентности алкоголизма.

Однако, несмотря на то что в большинстве случаев уровень мотивации к употреблению алкоголя и риск развития синдрома зависимости генетически детерминированы, они могут быть изменены под влиянием различных внешних факторов. Многочисленные исследования показали, что одним из ключевых факторов в развитии алкоголизма является нейромедиатор дофамин, который связан со всем, что доставляет удовольствие, в том числе при приеме алкоголя. Если дофаминовая система работает плохо, то это побуждает человека употреблять дополнительные стимуляторы в виде алкоголя или наркотиков. Предрасположенность к злоупотреблению алкоголем связана с дефицитом дофаминовой нейромедиации в системе подкрепления мозга. Различные генотипы (SS, SL и LL) полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ могут быть ассоциированы с различными поведенческими паттернами, связанными с употреблением алкоголя.

Оценка и выделение взаимосвязи поведенческих стереотипов с определенными генотипами позволяют определить не только направленность необходимых психотерапевтических подходов, но и их объем и частоту для снижения прогредиентности и нивелирования тяжести зависимого процесса. В настоящее время многими исследователями отмечено, что комплексный подход лечения и реабилитации синдрома зависимости от алкоголя должен включать в себя не только медикаментозное лечение, реабилитацию, но и различные формы психотерапии с учетом генотипических и фенотипических параметров зависимых от алкоголя лиц. Копытов А.В. (2012) отметил, что различные генотипы (SS, SL и LL) полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ могут быть ассоциированы с различными поведенческими паттернами, связанными с употреблением алкоголя, позволяют судить о наиболее вероятном характере прогредиентности течения зависимого от алкоголя расстройства.

Цель исследования. Выбор психотерапевтических подходов с учетом генотипирования лиц синдрома зависимости от алкоголя.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 пациентов: 19 женского пола, 61 мужского пола в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст женщин – 45±9,58; мужчин – 42±9,95 лет) с синдромом зависимости от алкоголя (F 10.2, F10.3), употребления алкоголя с вредными последствиями (код МКБ: F10.1); с длительностью заболевания не более 20 лет. В исследовании использовались: оценка тяжести зависимого расстройства производится в соответствии с Белорусским Индексом Тяжести Аддикции (Версия № 1); метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) с последующим анализом длин амплифицированных фрагментов (ПДАФ(AFLP)) 5-HTTLPR гена SLC6A4.

Результаты. Большинство женщин – 73,68% – проживали в семье и, несмотря на злоупотребление алкоголем, поддерживали семейные ценности; мужчины при равных показателях среднего возраста были одиноки в 54,1% случаев и потеряли связь со своими родными. Высокие показатели наследственной отягощенности показали значительный уровень зависимого от алкоголя бремени переданного как среди мужчин – в 90,1% случаев, так и среди женщин – в 84,2% случаев. В результате анализа данных ПЦР были выделены 3 группы пациентов с наличием генотипа SS, SL, LL полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ.

I группа – 28 пациентов с наличием генотипа SS полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ – ассоциировано с поддержанием традиционных, социально-обусловленных мотивов употребления алкоголя, обостренным стремлением к физическому и психологическому удовлетворению от действия алкоголя с переживанием алкогольной эйфории, повышением коммуникабельности, эмоциональной лабильности, сниженной способностью переносить стрессовые ситуации, приверженностью к краткосрочным лечебным вмешательствам и нестабильностью выполнения рекомендаций. Развитие алкогольной зависимости малопрогрессирующее. Рекомендовано применение последовательных групповых психотерапевтических вмешательств, что обеспечивает высокое качество ремиссии у пациентов с алкогольной зависимостью.

II группа – 26 пациентов с наличием генотипа SL полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ – ассоциировано с поддержанием мотивов гиперактивации поведения со стимулирующим и растормаживающим эффектом алкоголя, желанием усилить эффективность своего поведения, склонностью к гипертимности, насыщению самовосприятия с помощью выпивки; наличием компульсивного влечения со сниженной способностью переносить стрессовые ситуации. Развитие алкогольной зависимости среднепрогрессирующее. Рекомендовано применение краткосрочных индивидуальных психотерапевтических вмешательств, что повышает приверженность к выполнению рекомендаций и профилактике рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью.

III группа – 26 пациентов с наличием генотипа LL полиморфизма 5-HTTLPR гена SLC6A4 транспортера серотонина 5-НТТ – ассоциировано с доминированием патологических мотиваций употребления алкоголя: аддиктивной – отражающей фиксацию в сознании истинного влечения к алкоголю и «жажду» алкоголя; самоповреждением со стремлением пить назло себе и другим в качестве протеста. Прием алкоголя связан с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. Является достоверным маркером предрасположенности к быстропрогрессирующему варианту формирования синдрома зависимости от алкоголя в присутствии социальных и поведенческих факторов. С целью достижения более длительных ремиссий у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя рекомендовано назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с долгосрочной индивидуальной психотерапией.

Выводы. Учет генетических особенностей зависимых от алкоголя лиц позволяет определить частоту и продолжительность целенаправленных психотерапевтических воздействий для достижения устойчивого результата, формирования ремиссии высокого качества.

ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Даренский И.Д.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрова России
(Сеченовский Университет), г. Москва*

Психические заболевания являются иммунотропными, поэтому использование иммуномодуляторов в их лечении относится к патогенетической терапии. В частности, к иммунологически активным полипептидам тимуса, оказавшимся эффективным при различных заболеваниях, принадлежит тактивин.

Цель исследования в определении действия и оптимальных способов применения иммуномодулятора тактивина у больных шизофренией.

Материал и методы. Обследовалось 40 больных вялотекущей неврозоподобной шизофренией с преобладанием неврозоподобной и астено-депрессивной симптоматики. Лечение больных тактивинном проводилось в амбулаторных условиях, соответствовало общепринятой методике и осуществлялось по прямым показаниям. Препарат вводился подкожно в область плеча натошак из расчета 1,0 в сутки в течение 7 дней, далее по 1,0 подкожно один раз в неделю в течение 2-3 и более недель. Одна группа больных (20 человек) получала препарат изолированно без назначения психотропных средств. Больным другой группы (20 человек) одновременно с тактивинном вводились нейролептики и антидепрессанты в терапевтических дозах в соответствии с прямыми показаниями.

Результаты и их обсуждение. Обнаружено, что тактивин имеет нейротропный эффект. Клинический эффект изолированного действия препарата наблюдался в первый же день и заключался в активации психической деятельности. Использование тактивина способствовало более быстрой и отчетливой нормализации инструментальных психических функций. Легче купировались неврозоподобные расстройства (гипоэргические астенические расстройства, астено-депрессивные состояния), а также аффективные расстройства: страх, тревога, депрессия.

При одновременном введении тактивина с нейролептиками и антидепрессантами препарат потенцировал действие психотропных средств с повышением выраженности их основных терапевтических свойств. При этом увеличивался интервал терапевтического действия, а также изменялись объем и качество ре-

акций на терапевтическое воздействие, что позволяло снизить дозы используемых средств и преодолеть терапевтическую резистентность. Наступала быстрая редукция продуктивных психопатологических расстройств. Ремиссия отличалась высоким качеством и длительностью.

Лечебное действие тактивина у больных сопряжено также и с его способностью изменять иммунологическую, общую и психическую реактивность организма, обусловленной системным эффектом с повышением активности, расширением жизненных планов, пространства активности и числа объектов активности, оживлением психической деятельности.

При использовании тактивина в психиатрической практике обязателен контроль иммунологических показателей.

Выводы. Способ введения тактивина при малопрогрессирующей шизофрении определяет конечный терапевтический эффект. Сочетание тактивина и психотропных средств многократно усиливает действие психотропных препаратов и позволяет добиться качественной и устойчивой ремиссии. Клиническими показаниями к использованию тактивина являются неустойчивая клиническая компенсация, падение психического энергетического потенциала, интолерантность, интеллектуальные преходящие расстройства, потенцирование действия психотропных средств, преодоление терапевтической резистентности, повышение скорости и качества становления ремиссии.

ВНЕИНСТИТУЦИОНАЛЬНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ ПНД №1 НА БАЗЕ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ВАСИЛЕОСТРОВСКОГО РАЙОНА Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Дутов В.Б., Варакса М.В., Черновасиленко И.В.

СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1», г. Санкт-Петербург

Ведение консультативно-диагностического и лечебного приема сотрудниками ПНД на базе общесоматических медицинских учреждений было предложено нами в 2014 г. На основании Приказа Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 N 566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» были открыты кабинеты медико-социально-психологической помощи (кабинеты МСПП) в районных поликлиниках №№ 3 и 4, а впоследствии в женской консультации № 16 и КВД № 1. Предпосылками к этому явились: высокий процент психических расстройств у соматических пациентов (по некоторым данным, до 60%), стигматизация лиц, обращающихся за помощью в ПНД, низкий уровень знаний населения о видах психических расстройств и помощи при них.

За прошедшие годы нами было проведено более 9000 приемов. При анализе первичных обращений мы видим, что в дальнейшей помощи врача-психиатра или психотерапевта нуждаются порядка трети посетителей, а пятая часть освидетельствованных пациентов для дальнейшего лечения направляется в отделение интенсивного оказания психиатрической помощи диспансера. Это подтверждает необходимость исключить у пациентов, обращающихся за помощью в общесоматические ЛПУ, психические расстройства. Ведущие места в структуре причин обращаемости занимают невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (39%), органические, включая симптоматические, психические расстройства (23%).

Мы считаем оправданным ведение первичного приема пациентов в кабинетах МСПП именно сотрудниками ПНД, имеющими опыт работы со всем спектром психических расстройств. Кроме того, это обеспечивает возможность доступа к внутренним документам диспансера, беспрепятственное направление пациентов как во все структурные подразделения ПНД, так и в специализированные учреждения города.

Обращает на себя внимание количество условно здоровых людей, обращающихся к нам за консультацией (около 30%). На наш взгляд, это говорит о запросе со стороны населения на специализированную помощь, высокой потребности в консультации психолога и врача-психотерапевта по вопросам психического здоровья. Наши кабинеты на сегодняшний день являются ведущим подразделением ПНД № 1, развивающим психопрофилактическую работу с населением. Мы проводим индивидуальные и семейные консультации, лекционные и групповые встречи, посвященные разбору популярных вопросов пациентов. Отдельно мы отмечаем рост доверия и готовности к сотрудничеству со стороны врачей-интернистов, что подтверждает необходимость совместного ведения ряда пациентов.

Предложение записаться на прием в кабинет МСПП вместо направления в ПНД, по оценке врачей-интернистов, встречает существенно меньше негативных реакций и облегчает направление пациентов на прием к специалистам в области психического здоровья.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Евтушенко Е.И.^{1,2}, Титиевский С.В.¹, Токарева А.С.², Панченко Д.Р.²

¹ ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,

² Горьковская психиатрическая больница № 1 г. Донецка МЗ ДНР

В течение семи лет на территории Донбасса ведутся боевые действия. Многочисленными обстрелами разрушены дома и школы, детские сады и церкви, до-

роги и транспортные развязки. Перспективы на мирное разрешение конфликта носят туманный характер. Проживание в зоне хронического военного стресса стало мощным фактором риска для развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у населения нашего региона. Мы предприняли попытку изучить особенности развития ПТСР среди населения военного региона.

Цель работы. Изучить особенности возникновения и распространенности ПТСР среди населения, проживающего в зоне локального военного конфликта.

Материал и методы. Исследование проводилось в течение трех лет, с 2017 по 2019 годы, в допандемический период, на базе стационарных и поликлинических подразделений Городской психиатрической больницы № 1 города Донецка. В исследовании приняли участие 318 человек. На момент принятия в исследование все пациенты были старше 18 лет и дали осознанное письменное согласие на участие. Каждый пациент имел возможность в любое время выйти из исследования без объяснения причины. По гендерному признаку следующее разделение: 184 (57,8%) женщин; 134 (42,2%) мужчин. По возрасту: от 18 до 30 лет 39 пациентов (12,4%); от 30 до 45 лет 68 пациентов (21,4%); от 45 до 65 лет 171 человек (53,8%); и старше 65 лет 40 пациентов (12,4%).

Фиксация на пережитых военных действиях, тревога, страх, внутреннее беспокойство, постоянное навязчивое болезненное ожидание повторных обстрелов, плохой ночной сон, потеря веса, сниженное настроение, апатия, ангедония, астения, отсутствие планов на будущее, потеря социальных контактов, отсутствие друзей, потеря работы – такова клиническая картина у наших пациентов с ПТСР. Все пациенты получали медикаментозную терапию (антидепрессанты, тимостабилизаторы, анксиолитики) и психотерапевтическое лечение (когнитивно-бихевиоральная терапия, психодинамическая терапия, супружеская и семейная терапия). Регулярно работали с клиническими психологами.

Результаты. Полученные нами результаты свидетельствуют о широком распространении данной патологии у населения современного Донбасса. Пациенты всех возрастных групп подвержены возможности заболевания этим тяжелым расстройством психики с последующим формированием необратимой нейрокогнитивной дефицитарной симптоматики и, как следствие, последующей инвалидизацией. Только мощная медикаментозная терапия двумя, а зачастую и тремя препаратами из разных биохимических групп, обязательно вместе с регулярным применением психотерапевтических методик, может предотвратить развитие столь тяжелой патологии психики.

Выводы. Длительное пребывание в зоне локального военного конфликта является главным фактором риска для появления и широкого распространения ПТСР среди населения, проживающего в военном регионе. Предотвратить переход ПТСР в хроническое подострое течение с формированием хронического изменения личности может только слаженная работа единой команды: психофармаколога, психотерапевта, клинического психолога.

ВОПРОСЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ, ДИАГНОСТИРОВАННОМ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Иванова С.М., Панкова О.Ф.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Одной из актуальных проблем современной психиатрии является изучение ранних этапов эндогенных психических расстройств с целью разработки критериев раннего распознавания, дифференциально-диагностической и нозологической оценки. Известно, что в большом проценте случаев начало заболевания приходится на детско-подростковый возраст.

В многочисленных зарубежных и отдельных отечественных публикациях представлены данные о том, что раннее начало терапии на доманифестных этапах способно значительно снизить риск развития первого психотического эпизода, а также существенно улучшить отдаленные исходы заболевания с сохранением социально-трудовой адаптации и высокого функционирования.

В рамках проводимого нами исследования клинико-динамических особенностей шизотипического расстройства с началом в детско-подростковом возрасте было проведено ретроспективное когортное изучение данных, полученных из медицинских карт стационарных больных НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ, сведений Медпортала и данных амбулаторных медицинских карт ПНД. Из 466 пациентов в возрасте старше 18 лет, включенных в исследование, которым ранее при обследовании в детском стационаре был выставлен диагноз шизотипического расстройства (шифр F21.8 и F21.9), за помощью в ПНД обратились 90,6% (n=422), не обращались за помощью 9,4% (n=44).

Распределение больных по видам амбулаторной психиатрической помощи отражено в таблице 1. В проведенном ранее масштабном исследовании (Костюк Г.П. с соавт., 2017) было выявлено, что в 49,6% наблюдений диагнозы рубрик F21–F29 предшествовали верификации диагноза шизофрении. Предварительное изучение нами по данным Медпортала всей выделенной когорты больных выявило сохранение диагнозов рубрики F21 у 73,2% (n=309) больных.

Распределение внутри данной группы было следующим: F21.8 – 85,4% (n=264); F21.3 – 6,2% (n=19); F21.4 – 4,5% (n=14); F21.9 – 3,6% (n=11); F21.5 – 0,3% (n=1). В 14,5% (n=61) наблюдений отмечалась верификация имеющейся психопатологии в рамках шизофрении, среди клинических форм которой отмечены: параноидная F20.0 – 59% (n=36), другой тип F20.8 (детский тип) – 26,2% (n=16), простой тип F20.6 – 13,1% (n=8), недифференцированная шизофрения F20.3 – 1,6% (n=1).

Трансформация диагноза F21 в расстройства нешизофренического спектра отмечена в 12,3% (n=52) наблюдений.

Пилотное изучение непосредственно медицинской документации и пациентов, наблюдающихся в ПНД № 13, выявило следующую структуру расстройств у больных (Рис.1). Следует отметить, что, согласно Медпорталу, из общей изученной когорты больных, выписанных из НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ с диагнозами F21.8 и F21.9 в период с 1999 по 2018 гг., 58 больных должны были получать амбулаторную помощь в ПНД № 13. Однако регулярно посещающих ПНД № 13 в настоящее время больных оказалось лишь 16 (27,6%).

Малая выборка изученных больных не позволяет пока сделать однозначные выводы о причинах трансформации диагнозов и отказе больных от амбулаторной помощи, а также клинико-динамических особенностях шизотипического расстройства, диагностированного в детско-подростковом возрасте, его месте в структуре расстройств шизофренического спектра.

В качестве основных гипотез, позволяющих объяснить выявленные тенденции, могут рассматриваться:

а) явления клинического патоморфоза с нарастанием непсихотических форм расстройств шизофренического спектра, включающих аттенуированные формы и квази-психозы. Частично это подтверждается относительно стабильными показателями количества больных транзиторными психозами (F23) и шизоаффективным расстройством (F25);

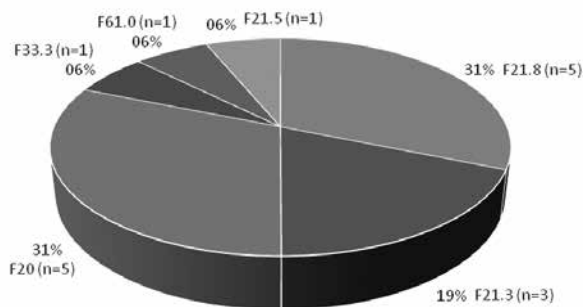
б) стертость и аморфность психопатологической симптоматики в сочетании с полиморфностью на продромальном этапе до появления психотических симптомов в детском и подростковом возрасте, определенная диссоциация между тяжестью нарушений и социальным функционированием, недостаточная четкость критериев диагностики;

в) стигматизация больных с диагнозом шизофрении и желание использовать для ее смягчения «реабилитационные диагнозы».

Таблица 1. Распределение больных по видам амбулаторной помощи

Вид амбулаторной психиатрической помощи	Количество пациентов
Диспансерное наблюдение	52,4% (n=221)
Консультативно-лечебное наблюдение	43,8% (n=185)
Активное диспансерное наблюдение	0,7% (n=3)
Принудительное амбулаторное наблюдение	0,2% (n=1)
Неучтенные больные	2,8% (n=12)
ИТОГО	100% (n=422)

Рисунок 1. Структура расстройств у больных, регулярно наблюдающихся в ПНД № 13 в настоящее время.



ПРИМЕР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ ПОДРОСТКА С БРЕДОВЫМ СИНДРОМОМ В ПЛАНЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНИИ

Казанцева Э.Л., Киреева И.П., Руднева И.К.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, кафедра психиатрии и медицинской психологии, г. Москва

Психотическим синдромам у детей и подростков посвящено не много исследований. В работах по детской и подростковой психиатрии психотические бредовые и галлюцинаторные, а также синдромы помрачения сознания описаны в рамках различных нозологических форм (Ковалев В.В., 1995; Исаев Д.Н., Александрова Н.В., 1983; Личко А.Е., 1989; Dawson K., Carter E., 1998). В последние годы в нашей стране растут показатели заболеваемости психической патологией и ее тяжести (Х. Ремшмидт, 2001). По данным Т.Б. Дмитриевой (1999), в детской популяции возросли реактивные психозы, шизофрения, эпилепсия с психозом и/или слабоумием; у подростков – реактивные психозы и эпилепсия с психозом и/или слабоумием. К тому же, по единодушному мнению детских психиатров, продуктивные психопатологические симптомы у детей и подростков зачастую носят трудно уловимый, неразвернутый, рудиментарный, незавершенный и фрагментарный характер (Башина В.М., 1989; Вроно М.Ш., 1971). Психопатологические переживания могут быть отрывочными, непостоянными, эпизодическими и, что особенно существенно, мало специфичными для какого-то заболевания. Затрудняет диагностику психических расстройств в детском и подростковом возрасте неспособность ребенка объективно оценивать происходящее с ним, низкие критические способности, связанные с незавершившимся становлением идеаторной сферы (Козлова И.А., 2008). Близкая к параноидной шизофрения крайне редко встречается в детском возрасте (Симашкова Н.В., 2020).

Все это обуславливает сложности в проведении диагностики психического расстройства, особенно когда речь идет о продуктивной симптоматике.

Цель работы: изучение особенностей бредового синдрома у подростка 14 лет для проведения дифференциальной диагностики шизофрении.

Мальчик 14 лет поступил в стационар с жалобами на тревожность, агрессию; высказывания о том, что родители не родные. В анамнезе имеются указания на осложнение беременности и родов (угроза прерывания, преждевременные роды в связи с отслойкой плаценты путем экстренного кесарева сечения под общим наркозом, ИВЛ, отит в 5 дней, двусторонняя пневмония, по поводу чего в течение месяца он находился в детской больнице. Задержку в моторном развитии преодолел к году, заговорил своевременно. Рос замкнутым, домоседом, любил компьютерные игры, был очень привязан к родителям, спал в их постелях, боялся за жизнь родителей. В 12 лет после смерти бабушки несколько месяцев был плаксив. На этом фоне осенью начал думать, что свет в окнах напротив «подозрительный: снимают на камеру», окружающие «нарочно направляют на него телефоны, чтобы публиковать его снимки в Интернете; понял, что члены семьи «не родные», а организаторы преступной сети, которая захватит мир, будут издеваться и над детьми, и над ним, потому что он «положительный ребенок, знает историю». В течение двух лет лечился амбулаторно и в психиатрических стационарах, часто отказывался от лекарств, считая, что ему дают препараты, которые сделают его «девочкой»; был переведен на домашнее обучение, отказывался делать задания, жаловался на разнообразные боли и тягостные ощущения, располнел, наблюдался терапевтом с диагнозом «вегетососудистая дистония».

При осмотре подросток негативистичен, держится напряженно, озирается по сторонам. Сообщил, что догадался, что «в коридорных светильниках спрятаны снимающие его видеокamеры», вспомнил, что несколько девочек и мальчиков из другой больницы его «усыпили и подсоединили к аппарату жизнеобеспечения», с помощью которого он живет. Уверен, что «через 100 лет аппарат отключат и он будет долго и мучительно умирать», ему надо «собирать народ на борьбу». Бойится встречи с близкими, потому что «вместо отца был человек, которому не доверяет», «была слежка». Уверен, что родители негативно к нему относятся, обсуждают его, «шушукуются по углам» про него; враги, которые оказались «вместо брата и сестры», ведут в Интернете порочащие его видеотрансляции от его имени. Когда в отделении во время игры ребенок обратился со словами «ты мой партнер», догадался, что все дети отделения «знают о его поддельном канале», их «надо убить», иначе их «взрослые друзья пристрелят его».

Настоящее состояние началось более 2 лет назад с тревожно-депрессивных и бредовых идей с симптомами Капгра, к которым впоследствии присоединились соматовегетативные нарушения. На фоне тревожно-боязливого аффекта выявляется картина чувственного бреда с преобладанием бреда символического значения, ложными узнаваниями, манихейским бредом, предполагающими острое бредовое состояние, особенностью которого является хроническое волнообразное течение. Бредовые переживания у ребенка без логической разработки и систематизации свя-

заны с аффектом, изменчивы. Заболевание развилось у ребенка с аутистическими личностными особенностями после психогенной депрессивной реакции. В медицинской документации не содержится достоверных сведений о развитии ремиссии.

Отсутствие четких шизофренических симптомов (бреда воздействия, хронических голосовых обманов, передачи мыслей), а также то, что бред является наиболее яркой клинической характеристикой настоящего состояния, дифференцировать его состояние по МКБ-10 следует между бредовым расстройством (F-22) и полиморфным психотическим расстройством без симптомов шизофрении (F-23.3). Следует отметить важность целенаправленного опроса. И в дневниках медперсонала, и в жалобах родителей нередко звучали указания на «галлюцинации», «глюки», однако при уточнении у больного выявлялся бред значения. В рамках традиционной отечественной систематики следует дифференцировать между шубообразной и рекуррентной шизофренией, что может быть решено только на этапе установления ремиссии, после того как станет возможным с достаточной определенностью установить изменения личности и наличие олигофреноподобного дефекта. В рамках острого психотического состояния проводить оценку интеллектуального дефекта не корректно.

Таким образом, постановка диагноза психического расстройства в детском и подростковом возрасте затруднена по ряду причин, относящихся не только к особенностям заболевания, но и особенностям возраста, в котором находится ребенок. Поэтому для проведения дифференциального диагноза необходимо использовать все имеющиеся в распоряжении врача данные обследования и анамнеза. Описанный случай может служить примером такой диагностики.

КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА, АССОЦИИРОВАННОГО С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ РАСТИТЕЛЬНЫХ КАННАБИНОИДОВ (начало употребления каннабиноидов на фоне БАР)

Климова И.Ю., Карпушкин А.М.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский
университет» Минздрава России, г. Новосибирск*

Актуальность. По данным исследования 2013 года, у пациентов с биполярным аффективным расстройством была выявлена четкая предрасположенность к употреблению каннабиса и развитию зависимости от этого вещества, при этом риск формирования зависимости был выше, чем при других психических заболеваниях. Парадоксальным образом некоторые пациенты с хроническими психическими расстройствами используют каннабис с целью смягчения симптомов заболевания – например, с целью уменьшения выраженности негативной симптоматики.

Материалы и методы исследования. Для данного исследования в случайном порядке было отобрано 47 пациентов с биполярным аффективным расстройством, текущая ремиссия (F 31.7) со стажем заболевания более 3 лет, с началом употребления растительных каннабиноидов в среднем через год от манифестации заболевания – основная группа (ОГ). Также была сформирована группа сравнения (ГС), состоящая из 42 пациентов с биполярным аффективным расстройством, не имеющих зависимости от ПАВ, в частности от растительных каннабиноидов. Средний возраст пациентов ОГ – 18 ± 3 года, ГС – 19 ± 2 года.

С целью объективизации данных были использованы следующие методы: психиатрическое интервью, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилберга-Ханина. Исследование проводилось дважды с интервалом 6 месяцев. Результаты исследования. По результатам шкалы депрессии Бека вариации в ОГ – считающиеся нормой (начало исследования) – 81% ($p < 0,001$); повторное исследование (через 6 месяцев): считающиеся нормой – 87% ($p < 0,005$); по результатам шкалы депрессии Бека вариации в ГС – считающиеся нормой (начало исследования) – 85% ($p < 0,001$); повторное исследование (через 6 месяцев): считающиеся нормой – 73% ($p < 0,005$). По результатам шкалы тревоги Спилберга-Ханина (ситуативная тревога) в ОГ – начало исследования – низкий уровень тревоги – 59% ($p < 0,001$); при повторном исследовании (через 6 месяцев) – низкий уровень тревоги – 72% ($p < 0,001$). Результаты шкалы тревоги Спилберга-Ханина (ситуативная тревога) в ГС – низкий уровень тревоги – 50% ($p < 0,001$); при повторном исследовании (через 6 месяцев) – низкий уровень тревоги – 28% ($p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, проведенное исследование показало: пациенты основной группы, 73% ($p < 0,001$), отмечали «относительную» стабильность психического состояния, которая объективно подтверждалась продолжительностью интермиссии, редкими госпитализациями в психиатрический стационар, низкими дозами препаратов поддерживающей терапии, трудоспособностью пациентов данной группы.

ОЦЕНКА ПСИХОМЕТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «ПРИЧИНЫ ДЛЯ ЖИЗНИ» У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кустов Г.В.¹, Зинчук М. С.¹, Герсамя А.Г.¹, Войнова Н.И.¹, Крылов О.Е.¹,
Вьяль А.П.¹, Яковлев А.А.^{1,2}, Акжигитов Р.Г.¹, Аведисова А. С.^{1,3}

¹ ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьевы ДЗМ

² Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН

² ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва

По данным Всемирной организации здравоохранения, каждые 40 секунд на планете в результате суицида умирает 1 человек (ВОЗ, 2020). Суицидальность – это комплексный феномен, в генез которого вовлечено множество переменных. Суи-

психологические исследования проводятся в двух направлениях: изучение факторов риска формирования суицидальных мыслей и поведения, а также оценка анти-суицидальных установок – факторов резистентности. К числу последних относят «Причины для жизни» – систему убеждений, благодаря которой человек продолжает жить, несмотря на желание совершить самоубийство (Linehan et al, 1983).

Опросник «Причины для жизни» (Reasons for living, RFL) был разработан для оценки этих убеждений (Linehan et al., 1983). Однако факторная структура полной (48-пунктовой) версии оказалась недостаточно стабильной и во многом зависела от особенностей исследуемой популяции (McBee-Strayer et al, 2002; Pompili et al, 2007; Чистопольская и соавт., 2017; Пашнин и соавт., 2021). В то же время факторная структура краткой, состоящей из 12 пунктов версии опросника (bRFL), показала большую стабильность (Ivanoff A et al, 1994; Cwik JC et al, 2017). До сегодняшнего дня психометрические свойства русскоязычной версии bRFL изучены не были.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение психометрических свойств русскоязычной версии опросника «Причины для жизни» у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР).

Материалы и методы. В исследование было включено 615 последовательно набранных пациентов с НППР, проходивших стационарное лечение в ГБУЗ НПЦ им. З.П. Соловьева ДЗМ. Русскоязычная версия bRFL была сформирована из соответствующих пунктов полной русскоязычной версии опросника «Причины для жизни» (Чистопольская и соавт., 2017). Оценка внутренней согласованности проводилась с помощью коэффициента омега Макдональда, а внутренняя структура – на основании эксплораторного факторного анализа (EFA) методом главной оси с вращением облимин. Выбор подходящего числа факторов проводился при помощи параллельного анализа Хэмфри-Илгена.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 31,7 (14,1) лет, 65% респондентов были женщинами. Группа имела следующее распределение по диагнозам: органические расстройства (F06/07) – 46 (7,5%); шизотипическое расстройство (F21) – 78 (12,7%); биполярные аффективные расстройства (F31) – 109 (17,7%); депрессивные расстройства (F32/33) – 124 (20,2%); невротические и связанные со стрессом расстройства (F40/41/43/44/45) – 62 (10,9%); обсессивно-компульсивное расстройство (F42) – 11 (1,8%); расстройство пищевого поведения (F50) – 36 (5,9%); расстройства личности (F60/61) – 241 (39,2%). Более одного диагноза имели 93 (15,1%) пациента.

Коэффициент омега Макдональда составил 0.858. EFA позволил выделить 6 факторов – «убеждения относительно выживания и совладания», «ответственность перед семьей», «забота о детях», «страх самоубийства», «страх социального осуждения» и «моральные запреты», – объясняющих 62,1% дисперсии. Факторные нагрузки утверждений опросника варьировались в пределах 0.401 – 0.914 с низким нагрузками по другим факторам.

Обсуждение/выводы. Русскоязычная версия опросника bRFL показала свою хорошую внутреннюю согласованность. Результаты факторного анализа полностью совпали с выделенными авторами оригинального исследования (Ivanoff A et al, 1994) и немецкоязычной версии bRFL (Cwik JC et al, 2017), а также с предложенной автором 48-пунктовой опросники «Причины для жизни» (Linehan et al., 1983). Стабильность факторной структуры bRFL свидетельствует о его преимуществах перед оригинальной версией RFL-48.

Опросник bRFL показал себя надежным и валидным методом оценки антисуицидальных убеждений. Короткая версия опросника «Причины для жизни» более удобна и надежна по сравнению с полной версией и может использоваться как в повседневной клинической практике, так и при проведении научных исследований.

ВОКАЛОТЕРАПИЯ КАК РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В УСЛОВИЯХ КАРАНТИНА

Левина С.Д.¹, Назаренко Л.А.², Серебрякова Т.Л.³

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

² ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ

³ ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

В условиях карантина многие отделения психиатрического стационара были перепрофилированы. Отделение, где проводилась описываемая терапия, стало инфекционным, смешанным по гендерному признаку. Больные, получающие лечение в отделении, страдали пневмонией нековидной этиологии и по эпидемиологическим соображениям не могли покидать пределы своих палат. Кроме того, больные находились в отделении недолго, что также усложняло проведение цикла психотерапевтических сессий. Описанные обстоятельства потребовали применения непривычных психотерапевтических подходов, поскольку все мероприятия должны были проводиться в палатах и быть направленными не только на психическую, но и на соматическую патологию, а именно на расстройства дыхания. В данных условиях выбор был остановлен на вокалотерапии, представляющей собой перспективное направление арт-терапии.

Психотерапевтическое воздействие посредством пения всесторонне изучено. Доказано, что пение позитивно влияет не только на функции дыхания, но и на эмоциональное состояние. Согласно принципам телесно-ориентированной психотерапии, ощущения в теле оказывают непосредственное влияние на психику, а гармоничное сочетание обертонов голоса при пении способствует нормализации аффекта. Как и во всех практических психотерапевтических мероприятиях, использовалась интегративная парадигма, то есть наряду с пением использова-

лись элементы нейрокогнитивного тренинга и психообразования. Физические упражнения включались в структуру занятия после консультации с врачом-кинезиотерапевтом. Методика потребовала некоторого технического оснащения, использовались мобильный телефон и мобильный аудиоусилитель, действующий на основе технологии Wi-Fi. Занятия проходили в палатах, принимали участие от одного до шести пациентов. В начале каждой психотерапевтической сессии проводилась короткая психообразовательная беседа, в ходе которой разъяснялись цели терапии. Затем больным предлагалось выполнить упражнения, подобранные с учетом рекомендаций кинезиотерапевта, направленные на нормализацию дыхательных функций и общую активизацию.

При этом, в зависимости от соматического состояния, больные находились в положении сидя или лежа. Далее следовал этап нейрокогнитивного тренинга, на котором, помимо основной задачи этой техники, выявлялись предпочтения больных, определялись желательные песни. Не всегда с первого занятия, но обычно со второго-третьего, к пению удавалось привлечь всех находящихся в палате пациентов. В процессе пения психическое состояние больных явно менялось в лучшую сторону, в некоторых случаях отмечались даже элементы катарсиса. Об улучшении аффективного состояния свидетельствовал в том числе и выбор следующей песни для исполнения, больные выбирали произведения все более оптимистичного содержания. По субъективным ощущениям больных, функции дыхания также улучшались. На протяжении одного занятия в каждой из палат исполнялось четыре-пять песен, в зависимости от психического и соматического состояния пациентов. В конце сессии проводился шеринг, в некоторых случаях больным давалось задание когнитивного содержания. Наш опыт хоть и не несет научной новизны, не создает отдельной модальности, но наглядно демонстрирует возможности психотерапии в сложных условиях, а также показывает преимущества интегративной модели психотерапевтических сессий.

ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ЛИЦЕВАЯ БОЛЬ: ТАКТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПСИХОТЕРАПИИ

Мелехин А.И.

Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, г. Москва

За последнее время увеличивается количество пациентов с резистентной орофациальной болью (persistent idiopathic facial pain), которая включает в себя целый ряд состояний: височно-нижнечелюстные расстройства, синдром жжения во рту, стойкую зубочелюстную боль, невралгию тройничного нерва и атипичную лицевую боль. Ятрогенное повреждение тройничного нерва также может привести к стойкой орофациальной боли.

Из-за сложной анатомии данной области, трудностей диагностики и лечения хронических болевых состояний (низкий ответ на болеутоляющую терапию, частичный ответ от ботулотоксина типа А) боль часто ощущается пациентами как рецидивирующая, стойкая и инвалидизирующая. Не имеет за собой конкретной этиологии; перед окончательным диагнозом необходимо исключить другие патологии. Ее можно спутать с ВНЧС-патологией, определяемой набором клинических проблем, связанных как с жевательной мускулатурой, так и с височно-нижнечелюстным суставом. Атипичная лицевая боль обычно односторонняя, расположена в области верхней челюсти, описывается как тупая, ноющая, пульсирующая или «жжение».

Диагностическими критериями являются: 1) Лицевая боль, ежедневная и высокая персистенция; 2) Глубокая и плохо локализованная боль в области, ограниченной гемифасом; 3) Боль без потери чувствительности или других физических признаков; 4) Рентгенография лица и челюсти без соответствующих аномалий.

В 50% случаев у пациентов имеются в анамнезе психологические факторы. Например, давление на работе, смерть матери (которая была «вспыльчивой и давила», «эмоциональный вампир»), переезд на новую квартиру (где «провокаторы соседи»).

В своей хронической форме боль перестает выполнять биологическую функцию оповещения и вместо этого часто вызывает изменения в физиологической (нарушение сна, аппетита), эмоциональной (депрессия, тревога, обсессивно-компульсивные проявления), поведенческой (физическая инвалидность, зависимость от других) и социальной (семейные конфликты, профессиональные проблемы) сферах. Ее труднее диагностировать и лечить по сравнению с острой болью; основным долгосрочным следствием является формирование поведенческого репертуара, истощенного и поддерживаемого аверсивными стимулами (последовательные попытки контролировать и избегать боли в форме постоянного ношения капы, прикладывания холодного к лицу, постоянного обращения к стоматологам), и рост избегающего поведения.

Орофациальная боль многофакторная, и наряду с патологией в стоматологической клинике нам, специалистам в области психического здоровья, необходимо учитывать психологические факторы.

Нами с помощью шкал TCI, PCS и YSQ было показано, что у данных пациентов наблюдаются:

- Высокие показатели по **катастрофизации боли**;
- **Жёсткие Стандарты**, т. е. «всегда можно сделать еще лучше», придирчивость, вера в то, что никогда не бывает достаточно хорошо, и страх за напрасную трату времени;
- **Негативизм, пессимизм**, сосредоточенность на проблемах, возможных неудачах, обесценивание хорошего в настоящем;

- **Эгоцентризм, привилегированность**, т. е. «все будет по-моему»; чувство избранности и убежденность в том, что всегда должны получать свое, независимо от реальности, это ведет к повышенному вниманию к боли и к себе, может играть определенную роль в хронизации и в инициировании болевых кризисов или резистентности к лечению;

- **Низкая толерантность к фрустрации;**
- **Склонность к неконтролируемому страху, стыду и робости;**

Интересно отметить, что в клинической практике описаны три женщины, у которых психотические симптомы были обнаружены за 24–48 часов до назначенных нейрохирургических процедур при атипичной лицевой боли; у всех была обширная реконструкция зубов и попытка блокады нерва, но без облегчения болевого синдрома.

Мы не будем затрагивать психофармакологические аспекты (прегабалин, венлафаксин, режимы применения бензодиазепинов и ТЦА), а остановимся на психотерапевтических подходах при лечении лицевой боли:

- **Протоколы когнитивно-поведенческой терапии «второй волны»** для лечения фибромиалгии были адаптированы и для лицевой боли, направлены на разрыв порочного круга, представленного на рис. 1.

Рис. 1 Когнитивно-поведенческая модель лицевой боли (Harrison, Glover, Maslin, 1997).



Показана польза данных протоколов для пациентов с орофациальной болью, включая височно-нижнечелюстную дисфункцию. Наблюдались улучшения в убеждениях, связанных с болью, катастрофизацией и совладанием с ней у пациентов, получавших КПТ, по сравнению с контрольной группой. Показано также, что пациенты с синдромом жжения во рту испытывают улучшения в отношении тяжести боли и дискомфорта после 12–16 сессий КПТ, и эти эффекты сохраняются через 6–12 месяцев после терапии.

- **Терапия принятия и ответственности (Acceptance and commitment Therapy)**, направленная на усиление психологической гибкости пациента с помощью «гексафлекса» шести навыков. Этот протокол позволил снизить катастрофизацию у данных пациентов.

- Терапия усиления осознанности (mindfulness based stress reduction). Данные протоколы менее хорошо изучены, но также показывают ранние перспективы в области снижения катастрофизации боли.

Таким образом, лечение лицевой боли должно управляться многопрофильной/междисциплинарной командой, которая стремится разработать терапевтический план, направленный на уменьшение кризисов и болевых симптомов, а также на поддержание автономии пациентов и качества их жизни. Это означает отказ от ятрогенных процедур, которые без положительных результатов в конечном итоге вызывают дискомфорт и страдания у пациента, способствуя задержке идентификации и плохому прогнозу в развитии лицевой боли. В рамках ступенчатой модели рутинное применение психотерапевтических мер может помочь принять решение о том, какой уровень лечения лучше всего подходит для конкретного пациента. Это может помочь различать людей, которым подходят более простые, мануальные пакеты лечения, и тех, кто требует индивидуальных вмешательств из-за более высокого уровня сложности.

ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ВЫЗВАННОЙ АКТИВНОСТИ МОЗГА ПРИ КЛАССИЧЕСКОМ ОБУСЛОВЛИВАНИИ У МУЖЧИН С УНИПОЛЯРНОЙ И БИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Мнацаканян Е.В.¹, Крюков В.В.², Краснов В.Н.²

¹*ФГБУН Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН,*

²*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ*

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

Цель исследования. В клинике различение биполярного расстройства и рекуррентной депрессии основано на наличии маниакального эпизода, но даже несколько депрессивных эпизодов подряд еще не гарантия, что когда-нибудь не проявится мания. В различении этих заболеваний могут помочь объективные методики, в том числе нейрофизиологические методы. Мы использовали многоканальную ЭЭГ для оценки нарушений эмоциональной сферы при униполярной (рекуррентной) и биполярной депрессии. В нашем исследовании была использована CNV-парадигма, похожая на классическое (павловское) обусловливание: стимулы подаются парами с задержкой между ними: первый предупреждающий, а второй пусковой, требующий моторной реакции.

Материалы и методы. В исследовании участвовали испытуемые только мужского пола: 24 пациента с рекуррентной депрессией (РД), 23 с биполярной депрессией (БД) и 25 здоровых из контрольной группы. Группы не различались по возрасту, и группы пациентов не различались по значениям шкал депрессии и тревоги по Гамильтону (HDRS и HARS). Для группы контроля проводился скрининг с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Запись ЭЭГ у пациентов проводилась до начала фармакотерапии клинически верифицированного депрес-

сивного эпизода. Испытуемые должны были нажимать на одну из двух кнопок в зависимости от того, видят ли они изображение человека или животного. При этом на половине изображений объект проявлял злость, агрессию, угрозу. За 2 с перед каждой фотографией подавался предупреждающий стимул (ключ), связь которого с определенной категорией изображений не объяснялась испытуемым. ЭЭГ записывалась от 128 каналов с частотой дискретизации 500 Гц, фильтровалась в диапазоне 0–30 Гц и сегментировалась относительно момента подачи ключа. Усреднение проводилось для правильных вызванных ответов мозга на ключи, подававшиеся перед нейтральными и эмоциональными изображениями людей. Анализировали различия между ответами для участка 0–600 мс от момента подачи ключа.

Результаты и их обсуждение. Статистические различия ($p < 0.05$) между вызванными ответами мозга на ключи, связанные с нейтральными и эмоциональными лицами, мы обозначили как неосознанную эмоциональную модуляцию (ЭМ). Мы выделили окна, которые включали основные компоненты вызванного ответа на ключ: P100, N170, P200, P380 и LPC. У пациентов ЭМ для P100 отсутствовала или была сильно редуцирована, что, видимо, говорит о том, что это общий для обеих групп пациентов признак, отличающий их от нормы. ЭМ для N170 у группы РД была схожей с нормой, а для компонента P200 сходство с нормой было в группе БД. Это предполагает, что отличия от нормы в двух группах пациентов происходят на разных стадиях обработки зрительной информации. ЭМ для компонента P380 была в большой степени неспецифической для всех трех групп. Для комплекса поздних волн (LPC) ЭМ наблюдалась только у пациентов.

Выводы. В нашем исследовании группы пациентов с РД и БД отличались друг от друга и от нормы на разных этапах обработки зрительной информации при выполнении задания с эмоциональными стимулами. Маркером для различения РД и БД может стать комплекс из нескольких компонентов вызванной активности мозга при определенных когнитивных нагрузках.

ВОЗРАСТНОЙ АСПЕКТ ЮНОШЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ: ВОПРОСЫ ДИНАМИКИ И ТРАНСФОРМАЦИИ

Можгинский Ю.Б.

клиника «Медси»

Актуальность работы. Помимо классической триады симптомов депрессии, в детском и подростковом возрасте существенную роль играют другие составные части, дополнительные симптомы данного расстройства, определяя трудности адаптации и социализации, формирование суицидальных тенденций.

Материал и методы. Клинико-психопатологическим методом за период январь – март 2021 г. обследовано 28 пациентов (средний возраст 16,8 лет, девочек 24 человек, юношей – 4).

Результаты. У обследованных подростков выявлен депрессивный эпизод средней и тяжелой степени. Составные части депрессии – суицидальные мысли, агрессивное поведение, астения, метафизические переживания, галлюциноиды – встречались со следующей частотой (Таблица 1).

Таблица 1. Основные компоненты в структуре депрессии у подростков

Компонент депрессии	Кол-во пациентов	%
Суицидальные мысли	8	29
Агрессия	7	25
Астения	7	25
Метафизические переживания	6	21,4
Галлюциноиды	5	17,8

Обсуждение и выводы. Суицидальные высказывания вызывают настороженность, необходимость прогноза и решения вопроса стационарирования. В этой связи важное значение для определения степени выраженности депрессии имеет анализ ее дополнительных признаков. Так, показателем глубины депрессивных состояний могут служить редуцированные психотические симптомы – так называемые галлюциноиды.

Агрессивное поведение также свидетельствует о выраженной степени депрессий. По замечанию одного депрессивного пациента, он специально накапливает в себе злость, чтобы выплеснуть ее на родителей. Астения, к сожалению, во многих случаях воспринимается как повышенная утомляемость, даже как некая «блажь». Между тем, астения – важнейший компонент депрессии и часто обнаруживается как предтеча суицидальности. Метафизические переживания негативного свойства, в частности, мысли о бренности, «гнилости» мира, «погрязшего» в войнах, – существенный компонент юношеских депрессий. Следует отметить, что приведенные «возрастные» компоненты депрессивных расстройств часто модифицируют общую клиническую картину. Ядерные симптомы депрессии выражены не столь отчетливо, поведение в целом может оставаться внешне правильным.

Таким образом, формальных признаков для срочного вмешательства нет, в то время как патологические изменения в эмоциональной сфере подспудно нарастают, что может привести к суицидальным или агрессивным действиям. Тут кроется причина целого ряда случаев, когда «просматривается» реальный риск подобных действий.

Наряду с антидепрессантами пациентам, безусловно, требовалась экзистенциальная психотерапия. Ее основу составляет понимание законов, фундаментальных правил человеческого поведения, что в значительной степени способствует повышению общей эффективности комбинированной терапии. Применение указанного метода снижало тревожное напряжение, подавленность, в основе которых лежат метафизические переживания, спонтанная агрессивность, сильная подверженность словесному буллингу.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ НЕГАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Онегина Е.Ю.

ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

По мере совершенствования психофармакологической помощи и благодаря появлению новых атипичных нейролептиков в арсенале врача-психиатра, определяющей становится амбициозная задача улучшения качества жизни пациента. Последнее десятилетие в центре терапевтической парадигмы – не только и не столько борьба с продуктивной симптоматикой и купирование психотических расстройств, но и интеграция и реинтеграция пациента в семью и общество, расширение его социального, интеллектуального и эмоционального пространства.

Определение 5 доменов (притупленный аффект, алогия, ангедония, асоциальность, абулия) позволяет оценивать степень выраженности негативных расстройств и искать пути их преодоления. Также нам представляется крайне важным дифференцировать истинные негативные расстройства от т. н. псевдодефекта – понятия, введенного в 2019 году А.А. Шмиловичем.

Псевдодефект при шизофрении часто обусловлен нежелательными явлениями антипсихотических препаратов и редуцируется после прекращения приема пациентом антипсихотиков; кроме того, апатический, абулический или астенический варианты дефицитарной симптоматики при шизофрении могут быть проявлением депрессии.

Истинные негативные симптомы следует рассматривать как снижение нормального функционирования. Их прогрессированию способствуют длительные госпитализации, социальная изоляция. На современном этапе высок риск увидеть утяжеление негативных расстройств как последствие изоляции в период пандемии новой коронавирусной инфекции. Широкое применение для борьбы с негативными расстройствами получили атипичные антипсихотики.

Именно антагонизм к дофаминовым D2 и серотониновым 5HT2A рецепторам, по мнению С. Сталя, делает антипсихотик «атипичным». В настоящее время превалирует мезокортикальная дофаминовая гипотеза когнитивных, негативных и аффективных симптомов шизофрении, подчеркивающая роль недостаточной активности именно в мезокортикальных проекциях к префронтальной коре в возникновении перечисленных симптомов.

Повышение концентрации дофамина в мезокортикальном дофаминовом пути могло бы ослабить негативные симптомы, но поскольку в мезолимбическом дофаминовом пути имеется избыток дофамина, то любое повышение его концен-

традии усилят позитивные расстройства. Атипичные антипсихотики, проявляя антагонизм к 5НТ2А рецепторам, влияют на регуляцию высвобождения глутамата и дофамина, решая таким образом эту терапевтическую дилемму.

Бережный подход к лечению имеющей место психопатологии с учетом преваляирования тех или иных симптомов, четкое понимание конечной цели терапии, строгий контроль за нежелательными явлениями дают надежду на хороший исход терапии, поскольку именно выраженность негативных симптомов обуславливает стратегию лечения и прогностические перспективы в плане достижения долгосрочного высокого функционирования.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ ДЕТСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

Панкова О.Ф., Иванова С.М., Казин Н.М.

*ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Минздрава России, г. Москва*

Эпидемиологические данные последних лет, касающиеся всего спектра шизофренических расстройств в детско-подростковом возрасте, отличаются крайней скудностью. Одним из авторов на протяжении последних пятнадцати лет проводился мониторинг распространенности основных форм психической патологии в детском и подростковом возрасте, в том числе спектра шизофрении, за отдельные периоды. Полученные результаты были опубликованы как в отечественных журналах, так и за рубежом [1-2].

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности шизофрении и расстройств шизофренического спектра у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы мегаполиса за весь период использования в РФ МКБ-10.

Материалы и методы. Предметом клинико-статистического анализа явились данные стационарных карт пациентов, проходивших обследование и лечение в ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков имени Г.Е. Сухаревой» ДЗМ с 1999 по 2019 гг.

Результаты проведенного анализа структуры расстройств шизофренического спектра представлены на диаграммах (рис.1), в которых отражены совокупные

данные за весь изученный период и данные первого и последнего годов этого периода. Как видно на диаграммах, преобладающими среди расстройств шизофренического спектра в детском и подростковом возрасте явились: F20 Шизофрения, F21 Шизотипическое расстройство, F23 Острые и проходящие психотические расстройства, F25 Шизоаффективное расстройство, в совокупности составившие 99,6% и представляющие собой основу расстройств шизофренического спектра. Исходя из этих результатов, в своем дальнейшем анализе структуры заболеваемости мы учитывали именно эти группы.

Как видно на графике (рис. 2) распределения пациентов с шизофренией и основными формами расстройств шизофренического спектра по годам, кривые, относящиеся к F20 и F21, имеют различную направленность: поступательное снижение показателей распространенности шизофрении, несколько замедлившееся начиная с 2013 г., и рост числа пациентов с шизотипическим расстройством начиная с 2007 г., с последующей стабилизацией до 2016 г. и резким ростом в 2017–2019 гг. Наиболее стабильными оставались показатели распространенности транзиторных психотических расстройств и шизоаффективного расстройства, где также наметился рост в последние три года.

Обсуждение результатов и выводы.

1. Проведенное исследование выявило ряд тенденций в распространенности и диагностике расстройств шизофренического спектра у пациентов крупнейшей детской психиатрической больницы г. Москвы с учетом половозрастных особенностей. Изменения в структуре заболеваемости в группе расстройств шизофренического спектра (рубрика F2 в соответствии с МКБ-10) характеризуются уменьшением количества пациентов с диагнозом шизофрении (F20) и значительным увеличением количества пациентов с диагнозом шизотипического расстройства (F21).

2. Существующая категориальная система диагностики психических расстройств обнаруживает недостаточную надежность в связи с условностью границ расстройств и обманчивым представлением о них как о «дискретных» диагностических единицах. Имеющиеся проблемы в диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра может помочь разрешить новая международная классификация болезней (МКБ-11). Предварительные данные, анализирующиеся в зарубежных публикациях, свидетельствуют, что в процессе клинической диагностики дименсиональные модели, являющиеся основой для так называемой доказательной медицины, использующие ранжирование и балльную оценку симптомов с объединением сходных состояний в одну группу (спектр), могут быть более информативными, чем категориальные методы диагностики.

3. Выявленные серьезные трудности и противоречия в вопросах диагностики расстройств шизофренического спектра в детско-подростковом возрасте, оценке динамики расстройств, исходов, уровня социального функционирования больных требуют дальнейшего изучения с использованием клинико-катамнестических методов исследования.

Рисунок 1. Структура расстройств шизофренического спектра.

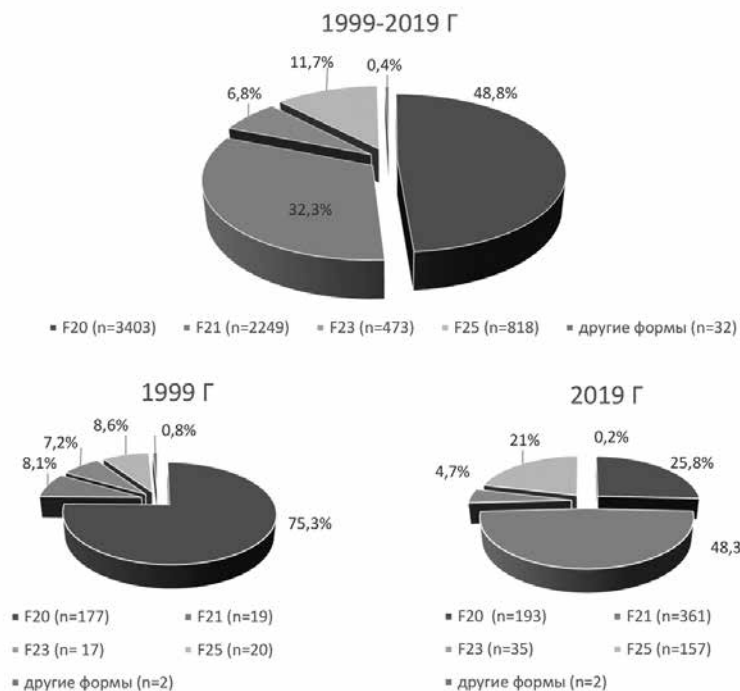
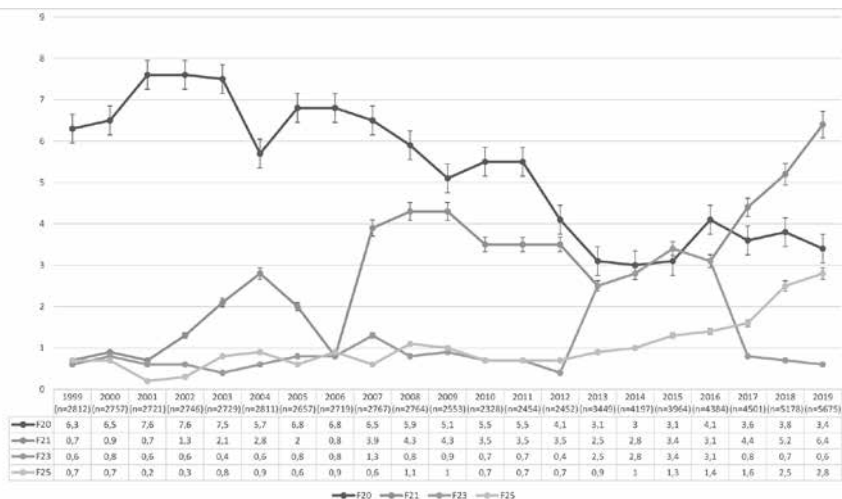


Рисунок 2. Динамика распространенности шизофрении и основных форм расстройств шизофренического спектра (по отношению к общему количеству госпитализированных пациентов).



COVID-19 И КОГНИТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЕЙ

Петрова Н.Н., Кокурина Д.А.

*ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет,
г. Санкт-Петербург*

Актуальность. При COVID-19 описан постковидный синдром, который включает нарушения, затрагивающие сферы памяти, внимания, исполнительных функций, причем пациенты с когнитивными жалобами демонстрируют более высокие уровни тревоги и депрессии, а также более высокий риск развития депрессии в дальнейшем. Показано, что для пациентов, перенесших тяжелую коронавирусную инфекцию, характерно развитие когнитивных нарушений. Целью исследования явился сравнительный анализ когнитивных функций пациентов с депрессией, перенесших коронавирусную инфекцию и не болевших COVID-19.

Материалы и методы. На этапе медикаментозной ремиссии депрессии обследован 31 пациент (возраст $27,8 \pm 8,6$ лет). Возраст начала заболевания составил $22,9 \pm 8,7$ лет, давность заболевания – $4,9 \pm 4,4$ лет. У всех испытуемых уровень образования был не ниже 9 классов общеобразовательной школы. Коронавирусную инфекцию перенесли 19,4% пациентов в октябре-ноябре 2020 г. в легкой форме. Обследование пациентов было проведено в марте 2021 г. Оценка когнитивного функционирования осуществлялась с помощью шкалы ВАС-А. Статистическая достоверность различий (p) рассчитывалась с помощью непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Для определения достоверности различий показателей с нормальным значением использовался одновыборочный ранговый критерий Уилкоксона. Нулевая гипотеза отклонялась при вероятности ошибки первого рода (p) менее 0.05.

Результаты исследования. У всех пациентов с депрессией выявлено достоверное снижение результатов теста подавления эмоций: символы, цветной шрифт $32,0 \pm 16,9$; нейтральные слова, цветной шрифт $30,7 \pm 13,7$; эмоциональные слова, цветной шрифт $31,7 \pm 15,0$ балла ($p < 0,05$). Показатели двигательного теста ($36,9 \pm 11,8$), шифровки ($39,5 \pm 21,0$), тестов аффективной интерференции с отсроченным воспроизведением (эмоциональные слова $37,6 \pm 30,7$, нейтральные слова $38,0 \pm 18,0$ балла) были снижены, но в меньшей степени. Пациенты со смешанным тревожным и депрессивным расстройством отличались большей сохранностью когнитивных функций. Выявлена тенденция к большему снижению показателей внимания у реконвалесцентов COVID-19 ($31,3 \pm 22,1$ против $41,5 \pm 20,7$ балла).

Обсуждение и выводы. У всех пациентов с депрессией выявлены нарушения психомоторной скорости, «горячих» когниций по данным исследования аффективной интерференции с отсроченным воспроизведением и подавления эмоций, что согласуется с мета-анализом Miskowiak и Carvalho. Полученные данные позволяют предположить наличие негативного влияния COVID-19 даже в легкой форме на когнитивное функционирование больных депрессией.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

Пискунов А.К.

Институт общей генетики им. Н.И. Вавилова РАН, г. Москва

Терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) входит в рекомендации психиатрических сообществ, в государственные клинические стандарты стран Европы, США, России. Однако малая доля врачей используют лекарственный мониторинг на практике. Исследование, проведенное в Японии в 2017 г., показало, что назначение ТЛМ среди 1,7 млн пациентов, получающих литий, составило лишь 12% (Ooba et al., 2018). Аналогичный показатель в Нидерландах составил 16% (Nederlof et al., 2019). В Швеции в 2014 г. распространенность ТЛМ для антидепрессантов составила 0,36%, для антипсихотиков – 4,1% (Wallerstedt and Lindh, 2015). Можно предположить, что такая ситуация может быть обусловлена: а) недостаточной уверенностью врачей в эффективности ТЛМ; б) недостаточной информированностью специалистов о возможностях ТЛМ; в) низкой доступностью лабораторной инфраструктуры; г) сложностью интерпретации результатов исследований.

Цель настоящего сообщения состоит в предоставлении информационных ресурсов для преодоления перечисленных ограничений. Острая необходимость такого информирования обусловлена крайне низкой распространенностью лекарственного мониторинга в психиатрии, несмотря на наличие внушительной доказательной базы клинической и экономической эффективности. Строгие стандарты определения фармакокинетики в клинических испытаниях были введены в 1970-х годах. Результаты этих дорогостоящих и трудоемких измерений, обязательно приводимые в аннотации к препаратам, предполагалось использовать для индивидуализации терапии. В те годы, а также в последующие несколько десятилетий, задуманное оказалось мало осуществимо, в частности, из-за ограниченной доступности лабораторной инфраструктуры, низкой стандартизованности соответствующих методик. В наше время, с распространением жидкостной хроматографии с тандемной масс-спектрометрией, лабораторные исследования показывают надежные аналитические характеристики и стали гораздо доступней экономически.

Стоимость определения концентрации одного препарата за последние 15 лет сократилась в несколько раз и приближается к 1000 рублей. Рекомендации по психофармакологическому мониторингу доступны на интернет-ресурсах ведущих профессиональных сообществ (Hiemke et al., 2018; Schoretsanitis et al., 2020). На сайте Российского общества психиатров в 2020 г. опубликованы рекомендации по диагностике и лечению психических и поведенческих расстройств (<https://psychiatr.ru/news/1198>). Следование этим рекомендациям существенно повышает эффективность и безопасность психофармакотерапии, ускоряет выздоровление пациентов, время нахождения

в стационаре (до 20%), позволяет снизить затраты на здравоохранение. По оценкам Niemke и соавт. (2018), один день нахождения пациента в клинике требует в 4–16 раз больших затрат, чем разовое измерение концентрации препарата. Группы пациентов, для которых ТЛМ особенно необходим, составляют дети, подростки, беременные женщины, пожилые пациенты, а также пациенты с нарушениями речи или интеллекта, пациенты с аддиктивными расстройствами. Кроме того, ТЛМ строго рекомендован в судебно-психиатрической практике. Безусловными показаниями для ТЛМ, независимо от группы пациентов, являются отсутствие ответа на терапевтические дозы, неопределенная приверженность к лечению, субоптимальная переносимость или подозрение на лекарственные взаимодействия. Интерпретация данных лабораторных исследований до сих пор представляет определенную сложность и является одним из основных препятствий для распространения ТЛМ. Однако уже сейчас разработано программное обеспечение для анализа результатов ТЛМ (Kantarisripitak et al., 2020). Методы определения препаратов в сухих образцах крови, которые пациент может приготовить самостоятельно, могут существенно повысить доступность ТЛМ при удаленности лаборатории, а также в педиатрии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ АМНЕСТИЧЕСКОГО ТИПА

Пономарева Е.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва

Правильное представление об основных признаках психических отклонений в позднем возрасте, умение их своевременно выявлять и лечить является важным аспектом современной геронтопсихиатрии. Разработка критериев и инструментов ранней диагностики, решение вопросов дифференциально-диагностической оценки при первичном обращении за медицинской помощью, а также изучение дальнейших закономерностей течения синдрома мягкого когнитивного снижения (МКС) стало обоснованием для проведения этого исследования.

Целью исследования являлось изучение на репрезентативном клиническом материале психопатологической структуры и особенностей формирования синдрома МКС амнестического типа в пожилом и старческом возрасте, а также оценка прогностической значимости этих состояний для последующего развития клинически выраженных деменций различного генеза.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 252 пациента с МКС амнестического типа (аМКС), группа состояла из 150 женщин и 102 мужчин (59,5% и 40,5% соответственно) в возрасте от 50 до 93 лет (средний возраст $67,0 \pm 10,3$ лет), находящихся на амбулаторном наблюдении в ФГБНУ НЦПЗ в течение 3 лет с 2018 по 2020 гг. Психометрический оценочный комплекс

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

Результаты: в зависимости от клинического варианта аМКС все пациенты были разделены на амнестический монофункциональный вариант (АМФ) – 111 пациентов (44,0%) и амнестический полифункциональный вариант (АПФ) – 141 пациент (56%), которые не отличались по возрастным и гендерным различиям. Всем пациентам было проведено клинико-катамнестического исследование, динамика когнитивного статуса оценивалась через 3 года, в зависимости от его результатов пациенты были разделены на 4 подгруппы:

1 подгруппа – пациенты с прогрессированием когнитивного дефицита до деменции или выраженным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa > 3 баллов). В эту подгруппу вошло 67 пациентов, что составило 26,6% от общего количества пациентов исследованной группы.

2 подгруппа – пациенты с минимальным ухудшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов). Во вторую подгруппу вошли 30 человек (11,8%).

3 подгруппа – пациенты со стабильным течением когнитивных функций (по шкале MoCa без динамики). В третью подгруппу вошли 108 человек (42,9%).

4 подгруппа – пациенты с улучшением когнитивных функций (по шкале MoCa < 3 баллов). В четвертую подгруппу вошли 47 человек (18,7%).

Пациенты в подгруппах были примерно равными по возрасту с небольшим увеличением возраста среди лиц первой и второй подгруппы ($68,9 \pm 10,8$ и $68,5 \pm 9,9$ лет соответственно) и снижением возраста у пациентов 4-й подгруппы ($64,1 \pm 10,0$ лет). Во всех подгруппах преобладали женщины, их доля составила от 55,2% (среди пациентов первой подгруппы) до 63,3% (среди пациентов второй подгруппы). Наличие высшего образования имело также важное прогностическое значение, доля пациентов с высшим образованием была наибольшей (74,5%) среди пациентов с улучшением когнитивных функций и наименьшей среди пациентов с минимальным ухудшением когнитивных функций (36,6%). Прогностическую значимость имел и клинический вариант течения аМКС: так, среди пациентов с выраженным ухудшением и переходом в деменцию преобладали лица с АПФ вариантом (78,8%), а среди пациентов с улучшением когнитивных функций – АМФ вариант (53,2%), среди пациентов со стабильным течением соотношение

пациентов с АПФ и АМФ было примерно равным (51,9% и 48,1% соответственно). Оценка первичного когнитивного статуса не выявила статистически достоверных различий в выделенных подгруппах. Анализ некогнитивных симптомов по шкале NPI выявил статистические различия в оценках между пациентами с выраженным ухудшением и переходом в деменцию и пациентами с улучшением когнитивных функций ($16,8 \pm 5,2$ и $10,2 \pm 4,2$ соответственно). Наличие симптомов субдепрессии и тревоги при первичном обследовании пациентов также имело статистически достоверную прогностическую значимость, среди пациентов с выраженным и минимальным ухудшением отмечалась более высокая оценка по шкале депрессии Гамильтона, и этот показатель был статистически достоверно выше, чем у пациентов с улучшением когнитивных функций ($1,8 \pm 1,6$ / $1,7 \pm 3,5$ и $0,3 \pm 0,7$ балла соответственно). Оценка тревоги по шкале Гамильтона также выявила статистические различия между пациентами с минимальным и выраженным ухудшением и пациентами со стабильным течением и улучшением когнитивных функций ($1,8 \pm 1,4$ / $1,5 \pm 3,2$ и $0,5 \pm 1,2$ / $0,3 \pm 0,7$ баллов соответственно). Оценка уровня астении по шкале MFI-20 показала статистически достоверное увеличение всех компонентов астении среди пациентов с выраженным ухудшением или переходом в деменцию по сравнению с аналогичными показателями у пациентов с выраженным улучшением ($46,2 \pm 7,7$ и $12,4 \pm 8,2$ баллов).

Выводы: наличие симптомов астении, депрессии и/или тревоги у пациентов с аМКС способствовало более прогрессивному течению когнитивных расстройств в течение трехлетнего наблюдения, а, возможно, являлось и триггерным механизмом для дебюта когнитивных расстройств.

ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: АНАЛИЗ ПРОМЕЖУТОЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Северцев В.В.

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва*

Цель работы: изучить и систематизировать психопатологические и клинико-динамические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов (SCath).

Материалы и методы: объектом исследования являются пациенты, перенесшие психотические расстройства, связанные с употреблением SCath. Пациенты разделены на две группы: 1 – перенесшие психоз (Psy) вследствие употребления SCath; 2 – употреблявшие SCath без развития психотического расстройства (Control). Основными методами исследования являются: клинико-психопатологический, параметрический, химико-токсикологический и статистический.

Результаты: на настоящий момент в исследование включен 21 пациент. Группа «Psy» состоит из 13 человек. 53,8% (n=7) из них мужчины, 46,2% (n=6) женщины, средний возраст пациентов 26,4±6,9 лет. 69,2% (n=9) установлен диагноз синдром зависимости от синтетических катинонов либо от нескольких психоактивных веществ (ПАВ), 2 стадия; 30,7% (n=4) пациентам установлен диагноз употребление ПАВ с вредными последствиями. В 92,2% (n=12) случаях психоз развивался в интоксикации, в 7,7% (n=1) – после 10 дней трезвости. У 76,9% (n=10) психоз развился после однодневного употребления SCath, у 15,4% (n=2) – после 3-дневного употребления SCath, у 7,7% (n=1) – после 7-дневного постоянного употребления SCath. Психотические расстройства в 76,9% (n=10) случаев сопровождались психомоторным возбуждением, в остальных случаях – 23,1% (n=3) – больные сохраняли внешнее спокойствие, осознанно просили помощи, понимая, что их состояние требует лечения. В 53,8% (n=7) случаях психоз протекал по делириозному типу. Преобладали визуальные или слуховые галлюцинации в виде окликов (28,5% (n=2)), угрожающих голосов (71,4% (n=5)). Визуальные галлюцинации чаще всего исчерпывались образами людей, угрожающих пациентам каким-либо наказанием. Галлюцинаторные переживания сопровождались сильной тревогой, даже животным страхом того, что их накажут «высшие силы», кредиторы или полиция. К особенностям этого варианта психозов можно отнести сценopodobность визуальных галлюцинаций. У большинства этих пациентов улучшение наступало не позднее 4 суток (71,5% (n=7)), лишь у 2 (28,5%) делирий длился 12 суток. Вероятнее всего, это связано с сомато-неврологической патологией: один из них в анамнезе имел многократные психозы на фоне употребления ПАВ и многократные ЧМТ; второй имел сопутствующую соматическую патологию в виде синдрома позиционного сдавления и повышение печеночных трансаминаз в десятки раз.

В 46,1% (n=6) случаях психоз протекал на фоне ясного сознания, проявлялся острым чувственным бредом, как правило, паранойяльного содержания в сочетании с бредом особого значения. В 50,0% (n=3) случаях фабула была вычурной и касалась греховности и божественной кары, в 50,0% (n=3) случаях бред имел малый размах, преследователями были кредиторы, полицейские или знакомые. Купирование бредовой формы психоза у 2 пациентов произошло ко вторым суткам терапии, у 4 пациентов психоз продолжался более двух недель. Трое из пациентов с затяжным психозом имели диагноз «полинаркомания», и все четверо имели сопутствующую психиатрическую патологию (биполярное аффективное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, расстройство пищевого поведения).

Выводы: в настоящий момент количество исследуемых недостаточно для получения достоверных данных. Можно говорить о существовании как минимум двух типов психотических расстройств, вызываемых синтетическими катинонами, – делириозный тип и бредовой тип. Чаще психозы возникают на фоне интоксикации и быстро редуцируются на фоне лечения, однако при наличии соматических осложнений и органической недостаточности могут иметь затяжное течение.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ, ПЕРЕПРОФИЛИ- РОВАННОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19

Сивашова М.С.¹, Прокопович Г.А.²

¹СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн»,

²ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Актуальность. Пандемия Covid-19 привела к госпитализации в многопрофильные стационары большого числа пациентов с психическими расстройствами, возникшими как до болезни, так и в результате реакции на нее, однако литературы, посвященной данному вопросу, все еще мало.

Цель исследования. Анализ организационных мероприятий, проводимых в многопрофильном стационаре, с целью оценки работы психиатрической службы в условиях борьбы с коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн и носило ретроспективный характер. С конца мая Госпиталь был репрофилирован в инфекционный стационар и принимал пациентов с подтвержденной коронавирусной инфекцией или подозрением на нее. Были изучены истории болезни пациентов, госпитализированных с апреля по июнь 2020 года, которым, помимо терапии инфекционного заболевания, была также оказана психиатрическая помощь.

В исследование вошли 557 пациентов, 266 мужчин и 291 женщина, средний возраст пациентов составил $62,36 \pm 18,65$ года. Больные были изучены клинико-психопатологическим методом с использованием МКБ 10. Диагностика и лечение коронавирусной инфекции осуществлялось согласно Временным методическим рекомендациям.

Результаты. Клинический анализ позволил разделить пациентов, нуждающихся в психиатрической и психотерапевтической помощи, на 3 группы:

Психические расстройства, возникшие вследствие коронавирусной инфекции (Нарушения сознания на фоне тяжелого течения COVID-19; нейрокогнитивные расстройства).

Психические расстройства у лиц, страдающих хроническим психическим заболеванием с подтвержденным фактом инфицирования (пациенты с диагнозами из рубрик F0, F2, F3).

Психические расстройства с переживаниями по поводу COVID-19, но с неподтвержденным фактом заражения (пациенты с диагнозами из рубрики F4 и часть пациентов с F2).

Установлено, что показаниями для осмотра психиатра являлись: психомоторное возбуждение; галлюцинаторные переживания; патологическая импульсивность; тревога и агитация; синдромы нарушения сознания; суицидальные высказывания; жалобы, не соответствующие клинической картине заболевания; выраженные когнитивные нарушения; абстинентный синдром; указания на лечение у психиатра или психотерапевта и прием психотропных средств; выраженная астения; соматические жалобы, не соответствующие тяжести соматического состояния, клинической картине соматического заболевания. По результатам обследования принималось решение об объеме психиатрической помощи и месте ее оказания (ПБ, инфекционное отделение, ОРИТ). В случаях острых психотических реакций для осуществления ограничительного режима пациенты направлялись в ОРИТ. Больные с тяжелым течением COVID-19 находились в госпитале до стабилизации соматического состояния. В случае сохранения острой психотической симптоматики или экзацербации психического расстройства пациенты направлялись для продолжения терапии в психиатрический стационар, имеющий профильное инфекционное отделение. Большинство пациентов после стабилизации соматического состояния были выписаны домой с рекомендациями посещения ПНД по месту жительства.

Выводы. Пациентам, госпитализированным в инфекционный стационар с коронавирусной инфекцией COVID-19 или подозрением на нее, оказывалась психиатрическая помощь. По результатам обследования определялся режим наблюдения, объем необходимой терапии, оценивалась тяжесть соматического состояния, решался вопрос необходимости перевода пациента в психиатрическую больницу. Подобная схема работы позволила оказывать специализированную помощь на месте, что частично сняло напряженность с городской психиатрической службы.

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И НЕЙРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫХ СОСТОЯНИЙ

Сизов С.В., Олейчик И.В.

Актуальность: В настоящее время чрезвычайно актуальным представляется вопрос об изучении маниакально-парафранных состояний (МПС), протекающих в рамках эндогенных психозов [4]. Нейробиологические и патопсихологические исследования маниакально-парафранных состояний, которые бы могли помочь объективизировать их диагностику крайне немногочисленны [1].

Между тем, выявление патогенетических механизмов, лежащих в основе развития маниакально-парафранных состояний, наблюдающихся в рамках эндогенных психических заболеваний, является крайне актуальной задачей клиниче-

ской и биологической психиатрии [5] и может быть полезным как для уточнения типологии подобных психозов, так и для установления клинико-биологических корреляций, позволяющих выявить маркеры прогноза течения заболевания и результатов его терапии.

Материалы и методы: Исследование проводилось в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (зав. отделом - доктор медицинских наук А.Н.Бархатова) в период с 2016 по 2019 гг. Обследовались больные только женского пола для исключения гендерных различий, анализ которых не входил в задачу исследования. Клиническую группу составили 56 больных, которые были впервые госпитализированы в ФГБНУ НЦПЗ в период 2015 – 2019 гг. в возрасте от 18 до 55 лет включительно по поводу развившегося маниакально-парафренного состояния в рамках приступообразного течения эндогенных психозов: шизоаффективного расстройства (F 25.0) и приступообразно-прогредиентной шизофрении (F20.01-3). В катamnестическую группу был включен 31 пациент из находившихся ранее на стационарном лечении в клинике ВНЦПЗ АМН СССР, НЦПЗ РАМН, ФГБНУ НЦПЗ в период с 1990 по 2015 гг., в связи с манифестным приступом маниакально-парафренной структуры. В соответствии с целями и задачами исследования в работе использовались: клинико-психопатологический, клинико-катamnестический, нейроиммунологический, патопсихологический и нейрофизиологический методы исследования.

Результаты: Полученные результаты исследования показали, что при типологической дифференциации маниакально-парафренных состояний в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, ведущее значение имеют особенности механизмов бредообразования парафренных идей, формирование которых взаимосвязано с особенностями маниакального аффекта. Это позволило выделить 2 типологических варианта маниакально-парафренного синдрома. I тип МПС характеризовался смешанными (как аффективными, так и неаффективными) механизмами бредообразования с преобладанием острого чувственного бреда восприятия, а также маниакальным аффектом с благодушно-приподнятым фоном настроения и выраженной идеаторной ускоренностью, вплоть до феномена «скачки идей».

При II типе МПС наблюдались исключительно неаффективные механизмы бредообразования с развитием малосистематизированного интерпретативного бреда на фоне маниакального аффекта с чертами атипичности: гневливостью, двигательным беспокойством, расторможенностью влечений при слабо выраженной или отсутствующей идеаторной ускоренности. Каждый из выделенных типов соответствовал критериям маниакально-парафренного синдрома с наличием таких стержневых компонентов в его структуре как: сочетание маниакального аффекта и парафренных бредовых расстройств с фантастической фабулой, вплоть до масштабных идей величия, изменение самосознания психического «Я» (бредовая деперсонализация), а также различные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо.

Была выявлена взаимосвязь выделенных типологических вариантов с разновидностями течения эндогенных приступообразных психозов – шизоаффективного психоза и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Так, I тип МПС наблюдался преимущественно при шизоаффективном психозе, а II тип МПС чаще имел место в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении. Таким образом, каждый из типологических вариантов имел различную прогностическую значимость для оценки как течения заболевания, в рамках которого он развивался, так и его прогноза в целом, что подтверждает правомерность использования разработанных принципов типологической дифференциации маниакально-парافренических состояний на основании механизмов бредообразования.

По данным нейрофизиологического обследования [2] обнаружено, что выявленные особенности амплитудно-частотных и пространственных характеристик ЭЭГ в выделенных группах больных, указывают на различия функциональной организации деятельности головного мозга в виде различной степени гипофронтальности и уровня активации стволовых структур, опосредующих структуру психопатологического состояния. Полученные клиничко-нейрофизиологические данные дополнительно свидетельствуют в пользу правомерности типологического разделения исследованного контингента больных. Так, для I типа МПС было характерно сниженное функциональное состояние передних отделов коры — гипофронтальность, и расторможенность задних отделов коры головного мозга (возможно, как следствие снижения тормозного контроля со стороны лобной коры). При II типе МПС выявлялся дефицит активации коры со стороны стволовых структур головного мозга.

Проведенное нейроиммунологическое обследование [1] больных с МПС показало, что при I типе в 49% случаев наблюдалось умеренное, а в 27% - выраженное повышение активности воспалительных маркеров в сочетании с наличием, в 22% наблюдений, аутоиммунного компонента. II тип МПС отличался более высокой частотой встречаемости аутоиммунного компонента (в 32% случаев) к одному или двум исследованным нейроантигенам. У 50% обследованных больных со II типом МПС также наблюдалось выраженное повышение активности воспалительных маркеров. Таким образом, различный уровень активации иммунной системы может служить нейробиологическим маркером для дифференциальной диагностики различных типов маниакально-парифренических психозов и выступать в качестве потенциального критерия для разработки персонализированных подходов к вопросу терапии подобных состояний.

Клиничко-патопсихологическое исследование [3] установило, что у больных с МПС I типа заболевание протекает менее прогредиентно, чем у больных с МПС II типа, при котором наблюдается наибольшая выраженность негативной симптоматики в виде личностных изменений. Обнаруженные взаимосвязи клинических и патопсихологических параметров, определяющих гетерогенность течения и проявлений эндогенных приступообразных психозов, повышают диагностическую значимость патопсихологического метода в сфере объективизации этих расстройств.

Таким образом, проведенное клинико-психопатологическое, клинико-катамнестическое, патопсихологическое, нейрофизиологическое и нейроиммунологическое исследование маниакально-парафренных состояний показало, что для них характерна психопатологическая и клинико-патогенетическая неоднородность структуры и динамики. Полученные результаты по-новому отражают вопросы взаимосвязи типа маниакального аффекта и механизмов бредаобразования, а также позволяют объективизировать клинические данные патопсихологическими и нейробиологическими маркерами, которые, в совокупности с психопатологическими параметрами, определяют диагностическую, нозологическую и прогностическую значимость описанных типологических вариантов маниакально-парафренных состояний, позволяют предвидеть уровень эффективности психофармакотерапии и социореабилитационных мероприятий и подобрать оптимальную стратегию лечения данных психозов.

МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЕ РЕЗЕРВЫ УКРЕПЛЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛИЦ В УСЛОВИЯХ АРКТИЧЕСКОГО РЕГИОНА

Соловьев А.Г.¹, Дьячков А.А.²

¹ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск

² Православный приход Свято-Троицкого храма, Архангельская область

Доля лиц пожилого возраста в России составляет более 24% и имеет тенденцию к повышению. Изменение возрастных параметров приводит к росту возраст-зависимых соматических и психических нарушений с выделением синдрома старческой астении – со снижением физиологического резерва и функций многих систем организма. Оценка психического здоровья пожилых лиц связана с рядом объективных и субъективных трудностей; наблюдается и сокрытие психических проблем родственниками в силу приписывания нарушений возрастным изменениям, что особенно важно при компактном проживании населения в сельских территориях Арктического региона. В частоту распространенности психических расстройств старшего поколения в условиях Европейского Севера немалую лепту вносит и алкогольная зависимость с развитием социально значимых последствий. В связи с этим для укрепления психического здоровья пожилых лиц в Арктическом регионе требуется изменение подходов к алгоритмам оказания помощи, систематизация которых и явилась целью работы.

Результаты и обсуждение. В последние годы в психогеронтологии отмечается все более устойчивая тенденция переноса части функций с психиатрических служб, к которым в силу территориальной удаленности и логистических сложностей на Севере не ожидается повышения обращений, на врачей первичного звена и специалистов социально-психологической сферы.

Это обосновывает необходимость разработки инновационных междисциплинарных и межведомственных подходов повышения квалификации для специалистов семейной медицины, психологов и социальных работников – по изучению возрастных аспектов психического здоровья с акцентом на раннее выявление непсихотических психических расстройств за счет внедрения в практическую деятельность упрощенных диагностических инструментов.

Важным является и перманентная подготовка родственников и членов фостерных семей – быстро развивающейся формы помощи лицам пожилого возраста в циркумполярном регионе – для овладения элементами скрининга когнитивных и эмоциональных нарушений у лиц пожилого возраста, что является «критериями старта» для контактов с медицинскими и социальными службами и лежит в основе оценки потребности в уходе за пожилыми людьми.

Исторически сложившиеся психологические алкоголефильные установки в арктических территориях России обуславливают необходимость целенаправленной антинаркотической работы, в т. ч. с лицами старшей возрастной группы, с акцентом не только на ухудшающиеся в процессе хронической алкоголизации показатели индивидуального здоровья, но и на снижение потребления незарегистрированного алкоголя – технического (гидролизного, сульфитного) и домашнего изготовления.

Принципиально важным является и учет религиозной составляющей в традиционном семейном укладе на Севере с наличием высокого уровня интеграции населения вокруг православной церкви, что связано с социально-культурными традициями и особой ценностью семьи и родственных отношений. Взаимодействие с представителями церкви является мощным инструментом психосоциальной помощи лицам пожилого возраста, направленным на профилактику социального одиночества и улучшение межличностных отношений, в определенной мере компенсируя недостаточность оказания государственной психиатрической помощи.

Выводы. Межведомственное взаимодействие лежит в основе учета прогностических факторов сохранения и укрепления психического здоровья и оценки реабилитационного потенциала как приоритетных компонентов повышения качества жизни, что имеет большое медико-социальное и духовное значение в помощи лицам пожилого возраста в Арктическом регионе.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В ПСИХИАТРИИ: К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ

Семенова Н.Д.^{1,2}, Рудык Ю.А.², Морозов С.К.², Палин А.В.³

*¹Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ
«НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

*²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России,
психолого-социальный факультет, кафедра клинической психологии*

³ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина» ДЗМ, г. Москва

Цель / актуальность работы. В настоящее время психосоциальная терапия и реабилитация активно развиваются в психиатрии, совершенствуются подходы и приемы. Именно психообразование, имеющее обширную доказательную базу, оказалось эффективным психосоциальным воздействием для лиц с эндогенными психическими расстройствами. Вместе с тем в его практической реализации актуальным остается вопрос обеспечения качества такой работы специалиста – адекватный перевод содержания методических материалов в эффективные терапевтические действия. Целью работы явилась супервизия занятий по психообразованию с последующими рекомендациями по повышению качества реализации психообразовательных программ.

Материалы и методы. Всего проведено 7 супервизорских сессий, в фокусе которых были занятия по психообразованию, осуществляемые разными парами ведущих (психиатрами, врачами-психотерапевтами и медицинскими психологами). 5 сессий проведено на базе ГБУЗ ПКБ № 3 им. В.А. Гиляровского ДЗМ; 2 сессии – на базе ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ». Групповые занятия для пациентов с эндогенными психическими расстройствами в рамках стационарного лечения оценивались по разработанной нами форме «Оценка работы ведущего группы».

Результаты. В целом (во всех 7 случаях), ведущий поддерживал здоровый и позитивный климат в группе, работал над ее сплочением. Проблемные ситуации прорабатывались конструктивно и с пользой для всех участников. Ведущий давал пациентам обратную связь, эффективно включал в работу замкнутых и отстраненных участников. Вместе с тем в 6 случаях из 7 ведущий не соблюдал временной и организационный регламент занятия (вводная часть, рабочее время, обсуждение); в 5 случаях из 7 ведущий недостаточно учитывал особенности больных, пациентов с эндогенными психическими расстройствами: информация, а также задания и упражнения не были подобраны правильно с точки зрения когнитивной сложности и эмоциональной нагрузки.

Обсуждение / выводы. Групповые занятия по психообразованию для пациентов с эндогенными психическими расстройствами в рамках стационарного лечения не всегда адаптируются к потребностям пациентов. Качество реализации

психообразования снижается из-за недостаточного учета эмоциональных и когнитивных особенностей пациентов. Рекомендуется на регулярной основе проводить супервизию занятий по психообразованию с последующим кратким 15-минутным разбором занятия с привлечением всех членов полипрофессиональной бригады.

ОЦЕНКА РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ У ПАЦИЕНТОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Тарантова К.А.¹, Миникаев В.Б.²

¹ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ,

²ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность исследования: по данным ВОЗ, за 2019 год суицидальные действия стали второй ведущей причиной смерти среди молодых людей. По официальным статистическим данным от Росстата, в России в 2020 году зафиксировано 16983 случая суицида, что на 100000 населения составляет 11,6 человек.

Одним из эффективных диагностических методов, позволяющих выявлять психотравматический опыт, способствовавший формированию суицидальных мотивов, является «Диагностика ранних дезадаптивных схем». Однако исследования, посвященные изучению дисфункциональных схем именно у больных с суицидальным поведением, немногочисленны.

Цель исследования: Оценка ранних дезадаптивных схем с целью выявления специфических патопластических факторов в развитии психопатологического субстрата возникновения суицидальных мотивов.

Материалы и методы: Материалом для настоящего исследования послужили данные диагностического исследования ранних дезадаптивных схем с помощью психологических тестов. С этой целью было обследовано 34 больных, госпитализированных в связи с совершенными суицидальными попытками (основная группа) в возрасте от 21 до 69 лет, находившихся на лечении в ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева, контрольную группу составили 31 человек, здоровые в возрасте от 21 до 59 лет. В основной группе расстройства шизофренического спектра составили 47% обследованных, аффективные расстройства 24%, психопатоподобное поведение 17%, нервная анорексия 12%. Среди способов, которыми пациенты пытались покончить с собой, преобладало отравление препаратами, на втором месте стояли самопорезы, 13% составили самоудушение, 6% – падения с высоты, и наименьший процент – суицидальные попытки с использованием электричества. Для проведения диагностики были использованы: опросник YSQ – S3R «Диагностика ранних дезадаптивных схем Джеффри Янга»; симптоматический опросник SCL-90-R – клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц.

Результаты: Диагностика ранних дезадаптивных схем выявила у большинства исследуемых основной группы высокий уровень схемы «Негативизма/пессимизма» (37%), «Жестких стандартов» (34%), «Пунитивности» (27%), «Покинутости/нестабильности» (22%). В контрольной группе преобладали схемы «Поиск одобрения» (34%), «Привилегированности/грандиозности» (28%).

Полученные данные говорят о нарушенной в детстве спонтанности и возможности проявлять эмоции, предъявлении к ребенку высоких требований и ожиданий, формировании тревоги и вины за совершенные ошибки. При заполнении опросника SCL были определены в основной группе высокий уровень депрессии (54%), а также психотизма (48%). В контрольной группе показатели не превышали 2%, что подтверждало отсутствие у обследуемых психических расстройств. Учитывая особенности действия схем в условиях представленных режимов, при планировании этапов проведения психотерапевтической работы основной акцент ставится на устранении дезадаптивных паттернов поведения, перестройку когнитивных и поведенческих структур с целью усиления режима «Здорового взрослого», способствующего наиболее гармоничному существованию пациента в социуме.

Выводы: 1. Выявленные высокие показатели схем «Негативизма/пессимизма», «Жестких стандартов», «Пунитивности», «Покинутости/нестабильности» свидетельствуют о возможном прогностически неблагоприятном психотравматическом опыте в детстве как значимом патопластическом факторе в развитии суицидальных мотивов. 2. Учитывая результаты диагностики ранних дезадаптивных схем, возможно более эффективное проведение комплексных профилактических мероприятий, направленных на своевременную психологическую коррекцию поведенческих изменений, приводящих к формированию суицидального поведения.

НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ С ЭНДОГЕННО-ПРОЦЕССУАЛЬНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В СОЧЕТАНИИ С ХИМИЧЕСКИМИ ЗАВИСИМОСТЯМИ

Толмачева В.А.^{1,2}, Киселева М.Г.¹, Чернов Н.В.², Костюк Г.П.²

¹ ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)

² ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

1. Актуальность темы. Среди многочисленных проблем, связанных с распространением алкоголизма и наркомании, особое место занимает злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) лицами, страдающими психическими заболеваниями. В настоящее время проблема химических зависимостей среди пациентов с эндогенным течением заболевания актуальна, почти 50% пациентов с шизофренией имеют сопутствующее расстройство, вызванное употреблением психоактив-

ных веществ. По мнению ряда авторов, больные шизофренией имеют предрасположенность к формированию химических зависимостей в связи с наличием сходных генетических маркеров, низкого социально-экономического статуса, нарушения социального познания и когнитивного дефицита. Большинство ученых указывают на то, что из-за употребления наркотиков и злоупотребления алкоголем среди лиц с шизофренией сильно ухудшаются когнитивные функции, что приводит к значительным нарушениям в социальной адаптации. Таким образом, учет степени нарушений когнитивных функций у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами, важен для дальнейшей психосоциальной реабилитации.

2. Цели и задачи планируемого исследования. Цель данной работы – выявить дифференциальный нейропсихологический синдром между лицами с процессуально-эндогенным заболеванием в сочетании с химической зависимостью и с процессуально-эндогенным заболеванием без коморбидной зависимости для учета при реабилитационных программах.

3. Материалы и методы. Для решения поставленных задач и проверки гипотез использованы теоретические и эмпирические методы исследования: анализ литературы с целью выявления методологических проблем и подходов к исследованию ценностных ориентаций; клинико-психологический метод; наблюдение, сбор анамнестических данных; монреальная когнитивная шкала, тест комплексной фигуры Рея-Остеррица, Скрининговый тест на алкоголь, курение и психоактивные вещества» (ASSIST – Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Планируется набрать выборку пациентов 120 человек в обеих группах: пациентов с эндогенно-процессуальным расстройством (F20.0, F21.3, F25.2 по МКБ-10) и пациентов с эндогенно-процессуальным расстройством без коморбидной патологии (F20.0, F21.3, F25.2 по МКБ-10).

Результаты. Мы предполагаем, что у пациентов с эндогенно-процессуальным расстройством в сочетании с химической зависимостью будут умеренные когнитивные нарушения, а также у них будут страдать когнитивные функции (рабочая и зрительная память, управляющие и зрительно-пространственные функции), чем у пациентов с эндогенно-процессуальным расстройством без коморбидной патологии.

Обсуждение. Таким образом, мы предполагаем, что выявление нейрокогнитивного дефицита у лиц с эндогенно-процессуальным заболеванием в сочетании с химическими зависимостями поможет разрабатывать специализированные нейрокогнитивные тренинги для пациентов у полустационарных или в стационарных условиях.

ЗАКОН РФ «О ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ГАРАНТИЯХ ПРАВ ГРАЖДАН ПРИ ЕЕ ОКАЗАНИИ» И НАРКОЛОГИЯ: СПОРНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Фецура И.В.

ГУЗ «Тульский областной наркологический диспансер № 1», г. Тула

Цель: в связи с продолжающимся разночтением действующего законодательства о психиатрической помощи и наркологии, необходима оценка данной ситуации, в особенности относительно именно тех статей, которые актуальны для наркологической службы.

Материал и методы: закон РФ от 02.07.1992 №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее – Закон), статья 29.

Результаты и обсуждение: 29 статья Закона применяется с целью оформления недобровольной госпитализации в учреждениях наркологического профиля. Критерии 29 статьи идеально подходят для состояний пациентов с психотическим расстройством, связанными с употреблением психоактивных веществ. Пункт «А» подходит для следующих случаев, согласно МКБ-10: F10.07, F1x.03, F1x.04, 1x.4, F1x.5, F05.8. Пункт «Б»: F1x.6 или F1x.7. Стоит заметить, что нет ни одного официального разъяснения или заключения суда о том, что Закон неприменим в отношении наркологических расстройств. Зато есть ряд решений суда, где ссылаются на Закон относительно оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология».

Наркологические заболевания в международной классификации болезней 10-го пересмотра входят в раздел «психические расстройства и расстройства поведения». Далее стоит предметно разобрать статью 29: «Лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия... до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях...». Во-первых, фраза «психическим расстройством». Но в наркологии все патологии и называются «психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением ПАВ». Так что данный критерий результативен. Во-вторых, фраза «психиатрическую помощь в стационарных условиях». И здесь якобы основная проблема. В наркологических больницах и диспансерах оказывают наркологическую помощь. Можно заметить, что в настоящее время в номенклатурах учреждений, врачебных должностей и специальностей наркология представлена отдельно от психиатрии. Но статья 29 Закона, определяя основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, не делает какого-либо исключения для лиц с наркологической патологией, говоря в широком смысле о лицах, страдающих «психическим расстройством». Согласно ст. 18 Закона, психиатрическую помощь оказывают ме-

дицинские организации, стационарные организации социального обслуживания, предназначенные для лиц, страдающих психическими расстройствами (таким образом, наркологическая помощь не только не исключается, но и допускается).

Для усиления юридической позиции относительно вышеуказанного положения Закона возможно приобретение наркологическим диспансером (больницей) лицензии на оказание психиатрической помощи в стационарных условиях. Таким образом, данный критерий результативен. Также стоит добавить, что в основе наркологической патологии лежит нарушение психической деятельности – неспособность больного произвольно регулировать свое поведение адекватно объективным требованиям окружающей обстановки. Поэтому патология, связанная с употреблением психоактивных веществ, все-таки относится к психическим расстройствам.

Выводы: на текущий день наркологическая служба, вне всяких сомнений, подчиняется Закону. Для 29 статьи нет никакой альтернативы, а игнорировать данное положение относительно больных наркологического профиля невозможно. В качестве выхода из данного законодательного парадокса может служить издание отдельного Закона о наркологической помощи либо внесение специфических дополнений относительно наркологии в действующий Закон.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОБЩЕЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У НАСЕЛЕНИЯ В МОСКВЕ

Целищев Д.В., Станич С., Трущелев С.А.

ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

Актуальность. Инвалидность как индикатор общественного здоровья населения отражает объем социально-экономических и медико-социальных проблем на любом уровне устройства государства [1], однако эпидемиологический аспект инвалидности вследствие психических расстройств у населения в регионах страны требует регулярного и многостороннего изучения [2].

Цель – оценить динамику показателей общей инвалидности вследствие психических расстройств в Москве.

Материал и методы. Изучали показатели инвалидности населения вследствие психических расстройств с 2010 по 2019 гг. Учитывали возраст населения – от 18 лет и старше. Статистический анализ данных выполняли с помощью вычисления показателей распространенности, темпов роста и прироста. Связанность изменчивости показателей изучали по результатам тренд-теста Манна–Кендалла (МК). Коэффициент корреляции (r) вычисляли по Пирсону. Прогноз составляли методом ретроспективного анализа данных с вычислением коэффициента детерминации (R^2). Статистический анализ данных выполняли с помощью компьютерных программ MS Excel, Past.

Результаты и обсуждение. Динамика ежегодных показателей психических расстройств (общая заболеваемость; ОЗ) в расчете на 100 тысяч населения в городе Москве в период с 2010 по 2019 гг. имели четко прослеживаемый линейный тренд снижения (МКоз = -41; $p < 0,001$). Показатель ОЗ психических расстройств в 2019 г. составил 294 случая на 100 тысяч населения. Количество инвалидов в возрасте 18 лет и старше в 2019 г. – 48444 человек. Этот показатель был меньше на 4,6%, чем в 2018 г., и меньше на 12,3%, чем в 2010 г. При анализе динамики ежегодных показателей общей инвалидности (ОИ) населения также отмечен линейный тренд снижения (МКои = -15; $p < 0,001$). При сопоставлении показателей ОЗ и ОИ выявлен заметный уровень тесноты их прямой связи ($r = 0,531$). Прогностическая регрессионная модель динамики ОИ ($R^2 = 0,81$): $y = - 787,89x + 57494$.

Заключение. В выполненном исследовании получены новые данные о динамике общей инвалидности вследствие психических расстройств у населения в городе Москве. При оценке ежегодных показателей количества лиц, признанных инвалидами, определен статистически значимый нисходящий тренд. Для прогноза на ближайший период составлена регрессионная модель. Для установления значимых факторов влияния требуется дальнейшее изучение таких актуальных аспектов в этом направлении, как медико-социальная характеристика инвалидности в разных группах больных; изучение предикторов ухудшения здоровья и факторов риска инвалидности.

МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Целищев Д.В., Скопина Е.А., Гусманова З.К.

ГБУЗ ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, г. Москва

В последнее время все большую актуальность приобретают вопросы профилактики суицидального и парасуицидального поведения и борьбы с ним. ЦЕЛЬ исследования – изучение возможного риска формирования начальных признаков суицидального поведения у учащихся образовательных учреждений с последующим созданием и внедрением в практическую деятельность программы профилактики суицидального поведения детей и подростков, основанной на комплексном межведомственном взаимодействии специалистов, осуществляющих деятельность профилактического, диагностического и реабилитационного характера в образовательных учреждениях, а также в учреждениях системы профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних. Прогнозируемыми результатами данной программы являются своевременное выявление детей и подростков с первичными признаками суицидального поведения, уменьшение частоты госпитализаций в связи с суицидальными проявлениями,

повышение доступности и качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним, а также снижение числа попыток самоубийств у детей и подростков.

Материалы и методы. В рамках пилотного проекта проводилось первичное скрининговое выявление начальных признаков суицидального поведения у учащихся, внешних ситуационных факторов и личностных особенностей, predisposing к этому. С помощью анкетирования проводилось изучение общей ситуации, связанной с учебой, взаимоотношений со сверстниками, семейной ситуации и т. д. Для экспресс-диагностики суицидального риска и выявления уровня сформированности суицидальных намерений проводилось тестирование по «Опроснику суицидального риска» Т.Н. Разуваевой.

Со школьниками, у которых было выявлено повышение показателей по шкале суицидального риска, проводилось специальное собеседование с согласия и в присутствии законных представителей. Также был проведен образовательный модуль по распознаванию первичных признаков суицидальных проявлений у детей и подростков для родителей, педагогов-психологов, социальных педагогов, воспитателей, социальных работников, работающих с учащимися, презентация информационного буклета.

Результаты. В рамках реализации пилотного проекта за 2019–2020 гг. было задействовано более 400 сотрудников образовательных учреждений, более 300 родителей и около 200 учащихся. Обработка полученных результатов тестов и последующее собеседование с респондентами выявили наличие разнообразных признаков суицидального поведения почти у четверти обследованных. Высокий уровень суицидальных проявлений выявлен у 8% обследованных. Из них 80% учащихся ранее не обращались к врачу-психиатру, 20% ранее находились на стационарном лечении в НПЦ ПЗДП им. Сухаревой Г.Е. ДЗМ или наблюдались амбулаторно у врача-психиатра. По результатам обращения данной категории обследованных к врачу-психиатру 40% пациентов было госпитализировано в стационар, 60% оказана помощь в амбулаторных условиях.

Выводы. Выявленный высокий уровень суицидальных проявлений у учащихся, низкие показатели первичной обращаемости к врачу-психиатру, а также высокая частота госпитализаций в связи с суицидальными проявлениями свидетельствует о недостаточно развитой системе профилактических мероприятий, что требует создания комплексной программы профилактики суицидального поведения детей и подростков, позволяющей своевременно выявлять детей и подростков с первичными признаками суицидального поведения.

Данные меры приведут к уменьшению частоты госпитализаций, снижению числа попыток самоубийств у детей и подростков, а также к повышению доступности и качества оказания медицинской помощи несовершеннолетним.

ПСИХОЛОГИЯ, БИОЛОГИЯ И КЛИНИКА – 3 КИТА СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Шмилович А.А.

*ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва*

Современная психиатрия претерпевает существенные метаморфозы. Оставаясь медицинской, а значит, прежде всего, естественнонаучной дисциплиной, она неестественным образом пытается неуклюже поместиться в прокрустово ложе так называемой «доказательной медицины». Традиционно феномен «доказательности» имеет прямое отношение к математике. Законы этой науки считаются незыблемыми, и их справедливо используют для доказательств выдвигаемых гипотез. И все бы ничего, если не одно «но». Любая математическая формула, статистическое вычисление, корреляционный анализ или уравнение невозможны без параметрических данных. И если в соматической медицине можно измерить практически все – температуру, давление, лабораторные показатели, размеры органов и патологических образований, то в психиатрии это абсолютно невозможно. Все предпринимаемые на сегодняшний день попытки измерить тот или иной феномен психической деятельности с точки зрения строгой доказательной математики абсолютно несостоятельны и невалидны. Любые шкалы и дименсиональные измерители в психиатрии выглядят безнадежно. Хорошо известно, что любое психопатологическое образование может обнаружить себя либо в содержании жалоб пациента, либо в его поведении и прочих внешних проявлениях. И то, и другое измерять некорректно, поскольку определяется большим количеством неклинических факторов: установка пациента, его личностные характеристики, менталитет, национальная и религиозная принадлежность, социальный, профессиональный, семейный, финансовый статус и мн. др. Оценка поведения больного и его параметрическая «цифровизация» так же наталкивается на субъективизм анализа этих проявлений со стороны врача или исследователя.

Безусловно, в этой ситуации возникает заманчивое желание материализовать психиатрию, чтобы было что измерять. Активный рост количества исследований в области генетики, иммунологии, нейрофизиологии, нейрохимии и других биологических дисциплинах, направленных на установление корреляций между обнаруженными отклонениями и клиническими проявлениями психических заболеваний, обусловлен именно этим. С одной стороны, это обнадеживает и вселяет оптимизм в прогнозы развития психиатрии как полноценной медицинской дисциплины. С другой – по мере получения новых данных в области генетики, нейрохимии и иммунологии в психиатрии становится все более очевидным, что мы имеем дело не только с болезнью мозга. Дискутабельным остается сакраментальный вопрос нашей специальности: каков предмет психиатрии? Что мы лечим? И чего хотим достичь? В корреляционные исследования попадают слишком разные пациенты, группы крайне разнородны и фактически несопоставимы по клиническим проявлениям.

Выход из этой ситуации может быть только один – не забывать про клиническую и гуманитарную составляющую психиатрии. Только в совместном триединстве клинико-био-психосоциального возможен прогресс и выход на «доказательность». Необходимо продолжать клинико-психопатологические исследования в психиатрии, базирующиеся на феноменологической методологии. В ранг медицинских должны войти и исследования в области клинической психологии. Ну, а в идеале – один и тот же изучаемый клинический материал должен одновременно в рамках единого исследования анализироваться с позиций биологии, клинической психиатрии и психологии. Может ли это полноценно осуществить один специалист? Конечно, нет. Только на стыке дисциплин, осуществив тесное взаимодействие между специалистами в области биологии, психиатрии и клинической психологии, можно получить действительно ценные и перспективные результаты. Такое сотрудничество сможет быть максимально эффективным, если ни одно из трех направлений не будет позиционироваться как первостепенное. Будущее психиатрии возможно, только если будут создаваться научные полипрофессиональные коллективы, способные работать на паритетных принципах и находить между собой общий язык. В противном случае психиатрия может исчезнуть, растворившись одной своей частью в биологических науках, став разделом неврологии и генетики, а другой – в социальной психологии и социологии, потеряв свою медицинскую идентичность.

СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОНАВИГАЦИОННОЙ ТМС И ТЕХНОЛОГИЙ VR-РЕАЛЬНОСТИ ПРИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ АСТЕНО-АДИНАМИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Шмилович А.А.¹, Каплан А.Я.², Нелюбова Е.С.³, Колсанов А.В.⁴

¹ ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России

² МГУ им. М.В. Ломоносова

³ ГБУЗ «ПКБ N 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»

⁴ ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Актуальность работы. Современные методы лечения астено-адинамических депрессий ограничены медикаментозной резистентностью, замедленным ответом, частыми побочными эффектами, отсутствием персонифицированного подхода, что снижает их эффективность. Применение инновационных методов лечения – таких как нейронавигационная транскраниальная магнитная стимуляция (TMS/fMRI) и высокоинформационные технологии с использованием сред виртуальной реальности (VR), позволяет влиять на когнитивные, аффективные и двигательные нарушения при резистентных депрессиях. Сочетанная нейромодулирующая терапия с применением навигационного метода таргетирования по-

звоняет высокоточно индуцировать нейронную активность в целевых областях коры. Индивидуальное таргетирование позволяет повысить функциональную связность L-DLPFC с sgACC, что является предиктором ответа на антидепрессанты.

Цель: изучить возможность эффективного и безопасного сочетанного применения транскраниальной магнитной стимуляции и технологии иммерсивной виртуальной реальности с мультимодальным сенсорным воздействием (визуальным, слуховым, тактильным) для лечения адинамических депрессий различного генеза.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов с депрессивными расстройствами с преобладанием адинамического компонента (астения, апатия, выраженное когнитивное и моторное торможение, ступор). Пациенты были рандомизированы на четыре группы: контрольная, основная ТМС и VR, группа ТМС, группа VR. Пациенты основной группы получали сессии в условиях иммерсивной виртуальной реальности с сенсорным воздействием и ТМС L-DLPFC, проводимую 5 дней в неделю в течение 4 недель. Объем курса составляет 20 занятий по 15 минут каждое. Пациенты последних двух групп получали только ТМС L-DLPFC и VRT соответственно. Психометрическое тестирование проводилось до и после проводимой терапии.

Результаты. Частота ответа на проводимую терапию и частота ремиссии были наивысшими в основной группе и составили 86,67% и 56,35% соответственно. По шкале Гамильтона для депрессии (HRSD-17) баллы улучшились с 23 до 13 баллов в основной группе (более низкий 95% ДИ 1-16; $p=0,03$).

Вывод: сочетанное применение ТМС и технологий VR-реальности при резистентных формах астено-адинамических депрессий является эффективным методом и приводит к более высокой частоте ответа на терапию и достижению критериев ремиссии. В настоящее время применение навигационной ТМС является перспективным методом в обеспечении персонализированного подбора терапии, основанного на индивидуальном выборе цели L-DLPFC.

V ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

**«СОВРЕМЕННАЯ ПСИХИАТРИЯ –
КУРС НА МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ
СОТРУДНИЧЕСТВО»**

В РАМКАХ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЕКТА
«УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА ПСИХИАТРИИ –
СОЮЗ НАУКИ И ПРАКТИКИ».

2 ИЮНЯ 2021 Г.

СБОРНИК СТАТЕЙ
ПОД ОБЩЕЙ РЕДАКЦИЕЙ
ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК А. А. ШМИЛОВИЧА

МОСКВА, 2021