

УДК: 616.8+616.89 «19»/»20» (063)

ББК: 56.1

**Всероссийский конгресс с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, 12–13 мая 2022 года, Санкт-Петербург [Электронное издание]/ под общ. ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022. – 406 с.— ISBN 978-5-94651-091-2**

**Ответственный редактор: Незнанов Н.Г.**

**Редакционная коллегия:**

*Бочаров В.В., Караваева Т.А., Крупицкий Е.М., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э., Макаров И.В., Михайлов В.А., Насырова Р.Ф., Рыбакова К.В., Семенова Н.В.*

*Сборник подготовлен к Всероссийскому конгрессу с международным участием «Психоневрология: Век XIX – Век XXI», посвященному 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, 12–13 мая 2022 года, Санкт-Петербург. Представлены тезисы по психиатрии, психиатрии-наркологии, неврологии, медицинской психологии, психотерапии и другим смежным специальностям. Сборник состоит из 7 тематических разделов, содержит более 270 тезисов научных работ.*

*Издание предназначено для врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов, клинических психологов, неврологов и других специалистов, интересующихся вопросами сохранения и укрепления психического здоровья, а также студентов, клинических ординаторов и аспирантов медицинских вузов.*

**ISBN 978-5-94651-091-2**

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022

© Коллектив авторов, 2022

## ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

### ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Бочарова И.А., Злоказова М.В.

КОГКБУЗ «Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева»

Киров

*THE CENTER FOR MENTAL HEALTH OF CHILDREN AND ADOLESCENTS AS A WAY TO IMPROVE THE  
EFFECTIVENESS OF PSYCHIATRIC CARE*

*Bocharova I.A., Zlokazova M.V.*

В 2021 году приказом главного врача КОГКБУЗ «КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева» И.Ф. Набатова от 11.01.2021 №1А/1 в больнице был создан Центр психического здоровья детей и подростков (Центр), который объединяет три подразделения психиатрической больницы, оказывающих специализированную медицинскую помощь детям г. Кирова и Кировской области: детское психиатрическое отделение, детский дневной стационар №3, расположенный на базе общеобразовательных учреждений (6 школ и 1 детский сад) и детское диспансерное психиатрическое отделение. Целью создания Центра психического здоровья детей и подростков было оказание комплексной специализированной психиатрической, психотерапевтической, психологической амбулаторно-поликлинической, полустационарной и стационарной помощи детям и подросткам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, основанной на биопсихосоциальном подходе.

Задачи Центра:

1. оказание психиатрической медицинской помощи несовершеннолетним Кировской области: консультативно-диагностической, лечебной, профилактической, реабилитационной, социально-психологической во внебольничных и стационарных условиях;
2. проведение санитарно-просветительской и профилактической работы: гигиеническое просвещение, пропаганда здорового образа жизни;
3. оказание логопедической помощи;
4. снижение стигматизации в социуме пациентов, получивших психиатрическую помощь;
5. повышение эффективности терапии пациентов с психическими расстройствами за счет улучшения взаимодействия подразделений и служб КОГКБУЗ «КОКПБ им. академика В.М. Бехтерева», оказывающих специализированную помощь детскому населению Кировской области;
6. практическая и организационно-методическая помощь лечебным учреждениям города и области, обеспечение преемственности в обследовании, лечении и реабилитации пациентов;
7. анализ показателей психического здоровья детского и подросткового населения Кировской области, проведенной профилактической, лечебной и реабилитационной работы.

Сотрудники Центра – высококвалифицированные специалисты: детские и подростковые врачи-психиатры, в том числе с психотерапевтической подготовкой; врачи-психотерапевты, медицинские психологи, логопеды и медицинские сестры. Руководит Центром главный внештатный детский специалист психиатр министерства здравоохранения Кировской области.

В состав Центра входят следующие структурные единицы:

1. Кабинеты приема детских и подростковых психиатров, детских психотерапевтов, логопедов (детское диспансерное психиатрическое отделение).

Специалистами осуществляется консультативно-диагностическая, лечебная, психопрофилактическая, логопедическая, реабилитационная и социальная помощь детям и подросткам с психическими расстройствами, в том числе речевыми, во внебольничных условиях по территориальному принципу.

2. Детское психиатрическое отделение.

В стационарное отделение госпитализация может быть осуществлена в плановом порядке, по неотложным и экстренным показаниям. Госпитализируются дети с психическими расстройствами и расстройствами поведения в возрасте от 3 до 15 лет. В отделении организован логопедический пост, специалисты которого оказывают квалифицированную лечебную психотерапевтическую,

психологическую, логопедическую помощь детям с речевыми расстройствами в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара.

3. Дневной стационар №3 детский, расположенный на базе общеобразовательных учреждений (школы №9, 18, 21, 32, 60, 61 и детский сад №159).

Биопсихосоциальную помощь получают дети с пограничными психическими расстройствами и патологическими нарушениями поведения, за которыми не требуется круглосуточного медицинского наблюдения, с акцентом на психотерапевтическую и психокоррекционную работу. Используются все формы психотерапевтической помощи: индивидуальная, групповая и семейная. Основные психотерапевтические методики, применяемые специалистами в дневном стационаре: диалоги, игровая терапия, арттерапия.

Основная задача данного подразделения – адаптация пациента к условиям образовательной среды и успешной интеграции в социум детей с психическими расстройствами.

4. Кабинеты приема детских психологов патопсихологической лаборатории.

Медицинские психологи лаборатории проводят различные виды психологического исследования и психологическую коррекцию с детьми и подростками.

За счет единого руководства данной структурой значительно легче осуществляется преемственность в ведении пациентов, проводятся совместные клинические разборы сложных пациентов с привлечением специалистов любых структурных подразделений.

Анализ работы Центра в течение года показал, что данная форма оказания помощи детям и подросткам с психическими расстройствами является эффективной и позволяет улучшить взаимодействие и преемственность всех подразделений психиатрической помощи, а также способствует дестигматизации.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА**

**Васильченко К.Ф., Леонова А.В.**

ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России; ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России  
Омск, Тюмень

*DELAY OF LANGUAGE DEVELOPMENT PREDICTION USING ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN CHILDREN UNDER ONE-YEAR-OLD*

*Vasilchenko K.F., Leonova A.V.*

Актуальность. Позднее формирование речевой деятельности у детей раннего возраста без выраженной психической и неврологической патологии представляет собой нарушение, распространенность которого увеличивается с каждым годом (Rosenbaum S., 2016). Наибольшей сложностью с медицинской точки зрения при задержке речевого развития (ЗРР) является не отсутствие речи, которое компенсируется к возрасту трех лет, а высокая вероятность наличия сопутствующей патологии (Раева Т.В. и др., 2019), а также недостаточность когнитивных составляющих и психологических особенностей, определяемых у этих детей в школьном возрасте (Macroy-Higgins M., 2016). В связи с этим существует необходимость разработки инструмента для прогнозирования формирования задержки речевого развития у детей с последующим внедрением ее в первичное звено медицинской помощи для своевременного проведения профилактических мероприятий.

Вне зависимости от варианта ЗРР (функциональный – включает случаи с неблагоприятными условиями воспитания или сопутствующей соматической патологией, не связанной с серьезными поражениями нервной системы; органический – включает случаи с церебрально-органическими изменениями) воздействие неблагоприятных факторов на ребенка происходит в возрасте до одного года – момента появления первых слов (Карелина И.Б., 2015). Таким образом, именно анализ показателей, ограничивающихся пренатальным, перинатальным периодом и младенческим возрастом ребенка, должен быть использован для прогнозирования риска возникновения ЗРР.

В эру технологических инноваций в области разработки алгоритмов искусственного интеллекта перспективным является применение технологий машинного обучения (Johnson S., 2019). Особенный успех достигнут при использовании искусственных нейронных сетей, возможности которых в решении многих задач превосходят человеческие (Silver D. et al., 2017).

Учитывая вышесказанное, актуальной представляется задача изучения возможностей применения искусственных нейронных сетей для прогноза ЗРР на доречевом этапе развития ребенка с последующей разработкой инструмента, основанного на обученном алгоритме.

Цель исследования: разработать инструмент прогнозирования ЗРР у детей до 1 года с применением алгоритмов искусственного интеллекта.

Гипотеза исследования: искусственная нейронная сеть может предсказать ЗРР у детей до 1 года.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 196 детей. Основным источником информации составляла «Анамнестическая карта ребенка», содержащая вопросы для сбора необходимых данных. Все дети были осмотрены педиатром, неврологом и логопедом для исключения грубой органической патологии. Выборка была представлена двумя подгруппами. В основную подгруппу были включены дети (n=98), имеющие признаки, соответствующие критериям ЗРР. В группу контроля (n=98) вошли дети с типичным развитием речи.

Для проверки выдвинутой гипотезы была подобрана архитектура нейронной сети с использованием языка программирования Python 3.0 и библиотеки Keras. Составленная нейросеть была обучена на массиве данных об анамнезе детей до 1 года. Набранный массив данных был разделен таким образом, что 70% случаев были использованы для обучения нейросети, 30% для её валидации. Для проверки фактической работоспособности алгоритма была использована тестовая выборка из 20 случаев, не включенных ранее в обучающий процесс.

Результаты. Архитектура разрабатываемого алгоритма была представлена нейронной сетью прямого распространения из 5 Dense-слоев. На вход в данную нейросеть был подан одномерный тензор из 58 значений, отражающих анамнестические сведения о пациентах. На выходе была получена величина вероятности ЗРР. При вероятности меньше 50% алгоритм сообщал об отсутствии ЗРР, при вероятности больше 50% - о наличии ЗРР. Составленная нейронная сеть была обучена на 1000 эпох, размер пакета в каждой из которых составил 16. В ходе обучения алгоритма удалось добиться точности прогнозирования 85% на валидационной выборке и 90% на проверочной.

Выводы. В ходе проведенной работы была подтверждена гипотеза о возможном предсказании искусственной нейронной сетью ЗРР у детей в возрасте до 1 года. Полученные результаты позволят разработать инструмент прогноза ЗРР на доречевом этапе развития детей, что представит возможность применять профилактические мероприятия, способствующие гармоничному взрослению ребенка.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ**

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

*ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1»  
министерства здравоохранения Краснодарского края  
Краснодар*

### *TOPICAL ISSUES OF SUPPORT FOR CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS IN THE KRASNODAR TERRITORY*

*Vasyanina Yu.Sh., Malfina I.Yu., Gorbunova Z.H., Severina O.S., Chernova A.A.*

Цель данного исследования: выявить наметившиеся общие тенденции в рамках мониторинга расстройств аутистического спектра у детей Краснодарского края и обозначить имеющиеся проблемы детской психиатрической службы.

Материалы и методы исследования: Изложенные результаты сформулированы на основе анализа проводимого специалистами детской психиатрической службы мониторинга лиц с расстройствами аутистического спектра в период с 2004 по 2021 гг.

Результаты и их обсуждение: Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 года; с 2004 года ведется краевой регистр детей – аутистов. По оперативным данным, на 01.01.2022 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 2049 лиц с РАС (2020 – 1889; 2019 – 1709), что составляет 0,17% детской популяции. При этом, впервые диагноз был установлен 157 детям.

В соответствии с Порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (утв. приказом МЗ РФ от 10.08.2017 г. № 514н) в Краснодарском крае проводится скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития у детей, достигших 2 летнего возраста, по результатам которого в 2021 г. группу риска развития РАС составили 126 детей. Дети группы риска по показаниям получали медикаментозную терапию коморбидных состояний импероприятия медицинской реабилитации (занятия с медицинским психологом, логопедом). В дальнейшем, по итогам углубленной дифференциальной диагностики и наблюдения расстройство аутистического спектра было выявлено у 21 ребенка.

В клинической картине наблюдаемых пациентов отмечалась чрезвычайная вариабельность выраженности аутистической симптоматики: от шизоидных черт личности, аутистических включений, типичной и атипичной симптоматики, до аутоподобного поведения в рамках шизофрении и шизофреноподобных расстройств; при этом собственно аутизм как основная нозология диагностирован примерно в 25% – 30% случаев и около 70% – 75% – составляют РАС.

У большинства пациентов с РАС (88%) наблюдается значительное снижение интеллекта и выраженная социальная дезадаптация, в связи с чем, они имеют статус «ребенок-инвалид». В целом, для наблюдаемых нами пациентов данного контингента характерны качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия, качественные и количественные речевые нарушения, стереотипное поведение, а также неравномерность и дефицитарность когнитивных функций.

В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с РАС в Краснодарском крае, в рамках медицинского аспекта сопровождения, с целью раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям осуществляет работу круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков; на базе психоневрологических диспансеров функционирует восемь «Школ для родителей, воспитывающих детей с особенностями психического развития», в которых ежемесячно проводятся заседания, посвященные актуальным вопросам воспитания и медико-социального сопровождения детей. Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции специалистов и родителей по вопросам своевременного выявления РАС у детей и организацией раннего вмешательства опубликовано руководство «Расстройства аутистического спектра». На информационных стендах и сайтах медицинских организаций размещены материалы просветительского характера, посвященные особенностям воспитания, психолого-педагогической коррекции и реабилитации детей с РАС в домашних условиях.

Одной из основных задач медицинского аспекта сопровождения детей с РАС является создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации. Терапевтические стратегии, применяемые нами для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. Оказание специализированной психиатрической помощи детям осуществляется в соответствии с действующим законодательством, утвержденными стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) и клиническими рекомендациями. По медицинским показаниям, строго дифференцированно проводится курсовое медикаментозное лечение нейрометаболиками. Нами в настоящее время для уменьшения негативной симптоматики и улучшения социализации с успехом используются атипичные нейролептики (рисперидон, флупентиксол, амисульприд, алимемазин, арипипразол), дозировки препаратов подбираются строго индивидуально. Важными составляющими лечебного воздействия являются мероприятия медицинской реабилитации (физиотерапия, массаж, ЛФК, кинезиотерапия и др.) в сочетании с психолого-педагогической и логопедической коррекцией, которые возможно комплексно осуществлять в условиях межрайонных реабилитационных центров системы социальной защиты. Однако, данные центры приоритетно оказывают реабилитационную помощь детям-инвалидам, зачастую не имея широких возможностей для реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья без инвалидности. Заключение: Специалистами детской психиатрической службы Краснодарского края на постоянной основе проводится работа по диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС.

В рамках совершенствования системы сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра необходимо дальнейшее перепрофилирование коек для совместного пребывания в стационаре матерей и детей, страдающих РАС, выделение профильного круглосуточного реабилитационного отделения и увеличение мощностей межрайонных реабилитационных центров системы социальной защиты для

комплексной реабилитации наряду с детьми-инвалидами и детей без инвалидности, что послужит эффективным методом профилактики детской инвалидности.

## **ОСОБЕННОСТИ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Волова Т.Л., Шельгин К.В.**

ГБУЗ АО «АКПБ»; ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
Архангельск

*FEATURES OF ACCOMPANYING ORPHANS AND CHILDREN LEFT WITHOUT PARENTAL CARE, YOUNG CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS IN THE ARKHANGELSK REGION*

*Volova T.L., Shelygin K.V.*

В настоящее время вопросы раннего вмешательства, в том числе раннего выявления психического неблагополучия, создания системы ранней помощи и сопровождения, повышающей доступность мероприятий по абилитации и реабилитации детей с инвалидностью, являются особенно актуальными [1,2].

В связи с ростом новорождённых с патологией, наличием нарушений натального и постнатального периода, увеличением количества детей-инвалидов в Российской Федерации, особую важность имеет своевременное выявление детей с различными патологиями на ранних этапах развития, включая задержку психомоторного и речевого развития, расстройства аутистического спектра, получение ими комплексной помощи, способствующей удовлетворению их особых потребностей.

В соответствии с порядком проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденным приказом Минздрава России от 10 августа 2017 г. №514н, осуществляется скрининг на выявление групп риска возникновения или наличия нарушений психического развития у детей.

Дети группы риска в сфере ранней помощи – дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития ограничений жизнедеятельности, в том числе дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и дети из семей, находящихся в социально опасном положении [3].

Исследования показывают, что фактор сиротства является патогенным и формирующим нарушения психического развития ребенка. Чем в более раннем возрасте начинает действовать этот фактор, тем более тяжелые повреждения наносятся детской психике. Психическая депривация вызывает искажение психического развития ребенка с нарушением его социализации [4].

Среди всех причин инвалидности детского населения особое внимание следует уделить психическим расстройствам и расстройствам поведения. Значимую роль в комплексной реабилитации и абилитации детей, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе детей с инвалидностью, играет ранняя помощь – комплекс услуг, предоставляемых детям от рождения до 3-х лет, имеющим ограничения жизнедеятельности, с целью комплексной профилактики формирования или утяжеления детской инвалидности [1].

В Архангельской области функционируют 2 медицинские организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в которых воспитываются дети раннего возраста, имеющие патологию нервной системы и психики – специализированные дома ребенка в городах Архангельске и Северодвинске.

Цель исследования: проанализировать особенности сопровождения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, раннего возраста, с психическими расстройствами, воспитывающихся в специализированных домах ребенка Архангельской области.

Материалы и методы исследования: статистическая форма №41 «Сведения о доме ребенка» с 2010 по 2020 гг., отчетная форма №30-Д/с/о-13 «Сведения о диспансеризации несовершеннолетних по Архангельской области» с 2014 по 2020 гг.

Результаты: численность детей, состоящих на конец года в домах ребенка региона, составила в 2021 году 151 чел. (19% от всех детей, находящихся под надзором в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в Архангельской области) что на 62,8% ниже, чем в 2010 году (406

чел.).

За период с 2014 по 2020 гг. число мест в домах ребенка Архангельской области сократилось с 475 до 195 (на 41%). Численность детей, поступивших в дома ребенка, ежегодно сокращалась, с 388 чел. в 2010 г. до 184 чел. в 2021 г. (-56,6%). Соответственно численность выбывших снизилась с 434 чел. до 169 чел. (темпы прироста составил – 61%).

Дети, поступающие в дом ребенка, уже при рождении имеют значительные отклонения в состоянии здоровья. Нарушения здоровья характеризуются полиморфизмом и сочетанием нескольких отклонений у одного ребенка. В формировании заболеваний детей ведущую роль играет социальный фактор.

По результатам профилактических осмотров воспитанников домов ребенка ежегодно среди поступивших выявляется от 50 до 100% детей с задержкой психомоторного и речевого развития. Инвалидов ежегодно состоит на конец года от 15% до 26% от общего числа воспитанников. Численность детей-сирот среди поступивших в дома ребенка ежегодно снижается: от 36% в 2010 г. до 23% в 2021 г. При этом возросло количество детей с временным пребыванием (32% в 2011 г. против 50% в 2020 г., по данным ГКУЗ АО «СДР»).

По результатам диспансеризации в соответствии с приказом Минздрава России №72н за период с 2014 по 2020 гг. выявлено, что численность детей в возрасте от 0 до 4-х лет, прошедших диспансеризацию сократилось с 2014 г. (312 чел.) до 204 чел. в 2020 г. (- 35%). Психические расстройства у детей в возрасте от 0 до 4 лет ежегодно диагностируются в среднем у 50,4 детей (от 23 до 33% от всех детей, прошедших диспансеризацию).

По данным, опубликованным на официальном сайте ГКУЗ АО «СДР» известно, что начиная с 2015 г. среди воспитанников учреждения отмечен плавный рост психических заболеваний среди воспитанников дома ребенка. В 2020 г. доля психических отклонений и расстройств составила – 1,9% 23 ребенка (127 на 1000 детей), темпы прироста относительно 2019 г. составил 10% (2019 г. 116 на 1000 детей), относительно 2015 г. 47% (68 на 1000 детей в 2015 г.). Каждый третий воспитанник дома ребенка страдает заболеваниями ЦНС (30,9% - органическое поражение ЦНС, 5% – ДЦП, 3,5% – судорожный синдром). Как правило, заболевания нервной системы имеют сочетанную патологию с тяжелыми врожденными пороками развития, сопровождаются грубым неврологическим дефицитом, внутриутробным инфицированием, внутриутробной алкогольной интоксикацией, выраженной задержкой психомоторного и речевого развития. С каждым годом количество детей с тяжелой патологией, с низким реабилитационным прогнозом в доме ребенка увеличивается [5].

В соответствии с приказом Минздрава России от 11 апреля 2013 г. №216н ежегодно проходят диспансеризацию дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, в том числе усыновленные (удочеренные), принятые под опеку (попечительство) в приемную семью. Численность детей в возрасте от 0 до 4-х лет, прошедших диспансеризацию, снизилась с 2014 г. с 234 чел. до 138 чел. в 2020 г. (на 41%), при этом психические расстройства выявлены от 5 до 15% от числа обследованных в данной возрастной категории.

Таким образом, учитывая, что значительная доля детей, воспитывающихся в специализированных домах ребенка, имеет задержку психомоторного и речевого развития, требуется комплексное медико-психолого-социальное сопровождение таких детей, в том числе после их выбытия из учреждения в кровную или приемную семью. При проведении процедуры передачи ребенка в семью важным аспектом является консультирование родителей (опекунов, усыновителей) в части вопросов психического здоровья ребенка, определения тактики дальнейшего психо-коррекционного развития ребенка.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СРЕДЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ С УЧЕТОМ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ**

**Волох Е.В., Копытов А.В., Павлов К.И., Гиндюк А.В.**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»**

**Минск**

***PREVALENCE OF DEVIANT BEHAVIOUR IN THE YOUNGER GENERATION ENVIRONMENT, TAKING INTO ACCOUNT THE CONDITIONS OF UPBRINGING***

***Volakh E.V., Kopytov A.V., Pavlov K.I., Hindziuk A.V.***

Введение. Девиантное (отклоняющееся) поведение как модель поведения, сопровождаемая систематическим отклонением индивида или группы лиц от социальных норм, имеет сложную природу,

обусловленную самыми разнообразными факторами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии. В литературе выделяют несколько подходов к объяснению причин такого поведения: биологические факторы (биохимические, генетические, конституциональные факторы); психологические факторы (личностные, когнитивные, аффективные, поведенческие факторы); социально-психологические факторы (негативное влияние близкого окружения на воспитание подростка, ведущее к нарушению процесса социализации). При этом наиболее чувствительным к каким-либо изменениям оказывается подростковый возраст, когда наблюдается резкий рост таких поведенческих характеристик, как агрессивность, недисциплинированность, конфликтность, неумение владеть собой, которых могут стать базисом отклоняющегося поведения в подростковом возрасте.

В плане детерминации девиантного поведения несовершеннолетних приоритет принадлежит психосоциальной деформации семьи. Важным механизмом влияния семьи на развитие социальных девиаций личности является эмоциональное пренебрежение ребенком, «неценностное» отношение к нему, применение мер психологического и физического насилия в воспитании. Семейное неблагополучие выступает в качестве своеобразного социально-психологического фундамента для формирования отклоняющегося поведения среди подростков. Однако, не все дети и подростки, находящиеся в социально опасном положении (СОП), реализуют имеющуюся склонность к девиациям. И выявление этих факторов риска нарушений поведения необходимы для организации наиболее эффективной системы превентивных мер.

Цель работы – гигиеническая оценка склонности к девиантному поведению учащихся учреждений общего среднего и высшего образования с учетом особенностей их условий воспитания.

Материалы и методы. В данной работе использован метод анонимного анкетирования учащихся учреждений общего среднего образования г. Минска, воспитываемых в семьях и детских интернатных учреждениях, а также студентов учреждения высшего образования ( $n=88$ ). Возраст опрошенных 12-17 лет. Группы респондентов с учетом условий их воспитания количественно равнозначны. Для определения социальных отклонений поведения у участников исследования использован стандартизированный тест-опросник «Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению (СОП)» (А.Н. Орел). Результаты обработаны при помощи статистического пакета «Microsoft Excel-2013», IBM SPSS Statistics 22. С целью оценки достоверности и взаимообусловленности изучаемых явлений произведен расчет критерия  $\chi^2$  Пирсона.

Результаты и обсуждение. Анализ данных, полученных при использовании теста А.Н. Орел, позволил установить неравномерное распределение наличия, а также степени склонности подростков различным моделям отклоняющегося поведения.

Установлено, что распространенность склонности к различным моделям девиантного поведения переменна. Преодолевать установленные социальные нормы и правила готовы 28,5% опрошенных подростков. Склонность к зависимым формам поведения выявлена у 18,2%. Готовность реализовать различные формы аутоагрессивного поведения выявлялась чаще, чем у каждого пятого представителя всей выборки (22,4%).

Отмечено, что слабость волевого контроля эмоциональной сферы, а также его отсутствие (суммарно) характерны для каждого пятого представителя выборки (25,8%).

Крайним вариантом проявления девиантных тенденций является противоправное поведение индивида (делинквентное). В анализируемой выборке установлен достаточно высокий уровень распространенности склонности к делинквентности: каждый третий респондент имеет делинквентный поведенческий потенциал (31,8%). При этом тенденция к свершению противоправных действий отмечена у 25,0% всех опрошенных, а склонность к реализации делинквентного поведения – у 6,8%. В рамках исследования проведена сравнительная оценка склонности к девиантному поведению респондентов, воспитанных в семьях (группа А) и воспитанных без родительской опеки (группа Б). Среди респондентов со склонностью противопоставлять собственные нормы и ценности групповым доминируют представители группы А (40,0% и 16,3% соответственно) ( $\chi^2=9,4$ ,  $p=0,009$ ). Однако, представители группы Б более склонны к зависимым формам поведения – 27,9% детей и подростков, оставшихся без попечения родителей, против 8,9% респондентов, воспитанных родителями ( $\chi^2=6,3$ ,  $p=0,044$ ), к применению агрессии – 37,2% против 11,1% соответственно ( $\chi^2=8,4$ ,  $p=0,015$ ). Уровень приверженности аутоагрессивному поведению, делинквентному поведению и волевого контроля не имеет межгрупповых различий ( $\chi^2=0,5$ ,  $p=0,777$ ;  $\chi^2=3,1$ ,  $p=0,215$ ;  $\chi^2=1,0$ ,  $p=0,601$  соответственно). Среди всех респондентов выявлена группа опрошенных, у которых установлена склонность ко всем вариантам девиантного поведения, диагностируемым опросником А.Н. Орел – 4,5% подростков. У большинства из них чрезвычайно выражена склонность к нарушению социальных норм и



диагностирована слабость волевого контроля за эмоциями (75%). У всех в данной группе установлена приверженность к аддикции, риску и аутоагрессии, проявлению агрессии к окружающим, причем 25% склонны к насилию, выявлена склонность к делинквентному поведению. При оценке условий воспитания респондентов вышеуказанной группы отмечено, что все являются воспитанниками детских интернатных учреждений.

Выводы. В ходе исследования определены группы риска девиантного поведения несовершеннолетних с учетом особенностей их условий воспитания, что указывает на приоритетные направления для дальнейшего исследования проблемы девиантности в молодежной среде и разработки практических рекомендаций в части профилактики нарушений поведения несовершеннолетних.

## **ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

**Гречаный С.В.**

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России**

**Санкт-Петербург**

*HYPERKINETIC MANIFESTATIONS IN THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS OF EARLY CHILDHOOD*

*Grechanyi S.V.*

Актуальность исследования определяется преобладанием жалоб в раннем детском возрасте на гиперкинетические симптомы. Целью исследования было выявление специфики гиперкинетических нарушений у детей раннего возраста. Материал исследования составили результаты практической работы на базе ЦВЛ «Детская психиатрия», организационно-методического отделения с консультативным приемом в период 2001-2013 гг. Осмотрено 1309 детей в возрасте от 8 мес. до 4 лет 9 мес. (средний возраст  $3,26 \pm 0,109$  лет). Результаты показали, что такие жалобы как повышенная подвижность, неусидчивость, частое двигательное беспокойство и др. занимали наряду с отсутствием речи и неконтактностью ведущее место среди пациентов (919 чел., 70,2%). Причем указанные проявления наблюдались в рамках разных нозологических форм, что, во-первых, послужило основанием для рассмотрения гиперкинетических расстройств в качестве своеобразного спектра и, во-вторых, сделало необходимым сформулировать дифференциальные диагностические признаки указанных нарушений. Выявлено, что гиперкинетический синдром имеет свою специфику в зависимости от нозологии, в рамках которой он описывается. Так, при ранних проявлениях СДВГ (по МКБ-10: расстройства активности и внимания, F 90.0) преобладает импульсивность и сопутствующая моторная неловкость. Уже в 3-4 года родители могут обратиться к психиатру в связи с «непредказуемым» поведением ребенка. Гиперактивность при этом расстройстве скорее носит характер повышенной подвижности (гипердинамичность), но всегда является источником семейного дискомфорта, усиливается под влиянием неправильной родительской тактики. Механизм гиперкинетического синдрома при ЗПР (диагноз – смешанные специфические расстройства развития F 83 по МКБ-10) близок таковому при СДВГ. Это – недостаточность тормозящего контроля мозговых структур вследствие их незрелости. Однако, при ЗПР несовершенство моторного развития является одним из компонентов темпового отставания речевой и аттентивной функций, вегетативной регуляции, аффективного контроля и др. на фоне общей незрелости (психический инфантилизм). Оно часто сочетается с такими «невропатическими» проявлениями, как эмоциональная неустойчивость, расстройства сна, функциональные нарушения аппетита, нарушение циркадной и температурной регуляции. Клинические проявления гиперкинетического синдрома при ЗПР в раннем возрасте не столь brutальны: ребенок «заходится» в эмоциях, что сопровождается двигательным расторможением. Гиперактивность при внешней «хаотичности» может носить и познавательный характер (например, достает из шкафа посуду, раскладывает, изучает ее). Двигательные и др. расстройства при ЗПР часто укладываются в представление о резидуально-органическом заболевании головного мозга и сопровождаются парциальным недоразвитием отдельных функций (напр., моторная алалия), но диагноз «органическое психическое расстройство» в детской психиатрической практике обычно устанавливается в более поздние сроки (школьный возраст). Гиперкинетический синдром при умственной отсталости понимается как компенсаторная реакция в условиях непонимания целей общения и обращенной речи (просьбы, «покажи это...»), смысла требований взрослых, недоразвития представлений о допустимом поведении (что можно, а что нельзя делать?). Отсюда вытекает грубость, brutальность двигательных

проявлений, которые проявляются в рамках полевого поведения (например, ребенок «хватает первое попавшееся, что находится перед ним») или стереотипий (успокоение от повторяющихся движений). Гиперкинетический синдром при аутистических синдромах также не является самостоятельным синдромом, а скорее, выступает как компенсаторная реакция при неофобии (неприятие новой ситуации), является компонентом ритуального поведения, стереотипий. Выявленные особенности гиперкинетических проявлений в структуре психических расстройств раннего возраста должны лечь в основу грамотной лечебной тактики, которая представляет собой разумное сочетание медикаментозной терапии, коррекционно-педагогических средств и психообразования родителей.

## **БУЛЛИНГ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Добряков И.В., Фесенко Ю.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; Центр восстановительного  
лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» Минздрава России;

Санкт-Петербург

*BULLYING AMONG SCHOOL-AGE CHILDREN*

*Dobryakov I.V., Fesenko Ju.A.*

Преднамеренные действия гетероагрессивного характера направлены на внешние объекты (людей, животных и предметы, а также на ситуации). Если гетероагрессивные реакции неадекватны ситуации, они становятся деструктивными. Как правило, это является следствием повышения влечения самосохранения у человека, проживающего в неблагоприятных условиях. Это выражается в увеличении уровня тревоги без достаточного для этого повода: излишней настороженностью и готовностью к быстрым агрессивным реакциям при непредвиденном изменении ситуации, при малейшем появлении в окружающей среде чего-то незнакомого или непонятного. У таких людей выражена экстрапунитивность (лат.: *exter* – внешний; *punitio* – месть) – склонность считать виновными в неудачах других людей, не признавать даже очевидной своей вины, не чувствовать смущения, стыда, раскаяния. В результате формируется жизненная позиция «я – о'кей, а ты – не о'кей» (Харрис Т.Э., 2019), чреватая стремлением к разрушительным действиям, к нападению на окружающих. В школьном возрасте гетероагрессия выражается нарочитой недисциплинированностью, недоброжелательностью к окружающим, грубостью, повышенной конфликтностью, драчливостью. Частыми проявлениями гетероагрессии являются некоторые бессознательные невротические навязчивости, например, сплевывания, оскаливание зубов, отмахивание рукой, вокализованные тики и т.п. Все подобные поведенческие реакции, а также повышенная неадекватная пугливость, переживания и плач по незначительным поводам отражают повышение влечения самосохранения.

Переживший агрессию, может ответить агрессией, направленной на обидчика. Если это по какой-либо причине невозможно, чтобы снизить интенсивность негативных эмоций, он может сам проявлять гетероагрессию по отношению к объекту или человеку, который заведомо не может дать отпора. Агрессивность может стать свойством его личности. Именно этим можно объяснить многие случаи вандализма, фиксируемые в полицейских протоколах как «противоправные действия из хулиганских побуждений». Подобные действия часто совершают подростки, неспособные внятно объяснить, зачем они, например, разбили стекла и изрезали сиденья в вагоне электрички («как все», «прикольно!»). По этим же причинам возникают стремления издеваться над слабыми («троллить»), принимающие форму буллинга (англ.: *bully* – драчун, грубиян), характеризующуюся умышленными, враждебными, регулярно повторяющимися действиями к одному из членов коллектива, или моббинга (англ.: *mob* – толпа) выражающегося враждебным, неэтичным отношением группы людей, направленным против конкретного человека.

Буллинг и моббинг довольно часто встречаются в школьных коллективах. При этом жертве постоянно умышленно причиняют вред, демонстрируя ее ничтожность и собственное превосходство. Воздействия на жертву могут быть вербальными, физическими, сексуальными, экономическими, социальными, могут сочетаться. Выражаются они в виде насмешек, пошлых шуток, порчи и краж личных вещей, вымогательства, избиений, оговоров и прочим. При моббинге жертве часто объявляют бойкот. Последние годы все более актуальным становится кибербуллинг, осуществляемый с помощью цифровых технологий, предоставляемый буллеру возможность сохранять инкогнито.

Буллеры характеризуются тщательно скрываемой, а нередко неосознаваемой неуверенностью в своей ценности, связанной с этим высоким уровнем тревоги и напряженным влечением самосохранения. Многие из них подвергаются насилию в семье. Их гетероагрессивность – неконструктивный способ снизить свою тревогу, поднять самооценку.

Жертвами буллинга и моббинга становятся дети, проявляющие виктимное (лат.: *victima* – жертва) поведение, то есть ненамеренно провоцирующие агрессию. Такие дети отличаются от большинства физическими, психическими особенностями, возрастом, успеваемостью (отличники или двоечники), национальностью, уровнем обеспеченности и прочим. Жертвы неспособны контролировать ситуацию, не могут прекратить ее или покинуть.

При возникновении буллинга свидетели происходящего по-разному к нему относятся. Среди них есть осуждающие происходящее, активно выступающие против, пытающиеся защитить жертву. При этом они вступают в открытый конфликт с буллером, рискуют также стать жертвами. Большинство негативно относятся к буллингу, но боятся активно выступить против него. Другие свидетели включаются в травлю, превращая тем самым буллинг в моббинг.

Негативные для развития личности последствия буллинга и моббинга отмечаются не только у жертв, но в неменьшей степени и у буллеров, и у свидетелей. К ним относятся:

- формирование представления о себе как о жертве или как о возможной жертве;
- чувства вины, стыда, собственной неполноценности, внушенная низкая оценка своей внешности, способностей;
- неуверенность в себе, недоверие к окружающим, трудности общения со сверстниками;
- замкнутость в сочетании со страхом одиночества;
- навязывание себя другим, заискивающее поведение, стремление любой ценой удержать «друга»;
- неконструктивная трансформация мировоззрения, формирование негативной, опасной картины мира;
- боязливость, замкнутость, снижение активности, утрата инициативы и желаний;
- формирование деструктивных установок: ребенок, которого бьют, укрепляется во мнении о допустимости и даже необходимости наказаний в такой форме, о праве физически сильного человека на неограниченную власть и контроль, о физическом насилии как о наиболее действенном способе достижения цели;
- нарушение эмоционального развития, снижение эмпатии. В результате они, скорее с любопытством, чем со страхом или возмущением наблюдают сцены страданий другого человека или животных в реальной или виртуальной жизни.

Ненависть жертв буллинга или моббинга к обидчикам может порождать у них мечты, фантазии о страшной мести, причем не только непосредственным мучителям, но и всему окружению, и приводить в конечном итоге к попыткам и совершению массовых убийств. Подобные покушения на массовое убийство учащихся, предпринимаемые либо учеником, либо выпускником или просто посторонним, испытавшим травлю, получили название *скулшуттинг* (англ.: *schoolshooting*). Также используется термин «колумбайн». Так называлась школа в США, в которой 20 апреля 1999 года произошло спланированное нападение с применением стрелкового оружия двух учеников старших классов школы на учеников, в результате чего 13 человек были убиты и 23 человека ранены.

Именно подобные нарушения влечения формируют в дальнейшем приверженность к крайним мерам и взглядам, отсутствие толерантности, абсолютную нетерпимость к другим мнениям, что приводит к экстремистским насильственным проявлениям, совершаемым отдельными лицами и организованными группами. Базальная тревога снижается, если удается создать образ врага и бороться с ним.

# АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, ИМЕЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НА ОСНОВЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Злоказова М.В., Семакина Н.В.

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Киров

*ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO ADOLESCENTS AT RISK OF DEVELOPING MENTAL DISORDERS, BASED ON THE INTERACTION OF EDUCATIONAL AND MEDICAL ORGANIZATIONS*

*Zlokazova M.V., Semakina N.V.*

В настоящее время в РФ большое значение в развитии здравоохранения уделяется сбережению психического здоровья подрастающего поколения, что обусловлено медицинскими, кадровыми и социально-экономическими аспектами [1]. Психические расстройства (ПР), начавшиеся в раннем возрасте, негативно отражаются на формирующейся психике и личности, зачастую приводят к девиациям в поведении, осложняя процессы социализации [3, 8]. При развитии явных ПР имеется необходимость оказания специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи, вплоть до стационарного лечения. ПР часто сопровождаются деструктивным поведением и зачастую представляют угрозу общественной безопасности и/или жизни и здоровью самого несовершеннолетнего [7].

Декомпенсации психопатологических состояний зачастую происходят в подростковом возрасте. Однако ранняя диагностика ПР осуществляется редко, поэтому большинство подростков обращается за специализированной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощью с явными симптомами заболевания и признаками социальной дезадаптации [2, 6].

В настоящее время имеется востребованность в создании экономичных универсальных моделей на основе межведомственного взаимодействия выявления подростков группы риска (ГР), организации профилактической работы и психологической помощи на уровне донологических психических состояний (ДПС).

Цель — описание алгоритма диагностики и психологической помощи подросткам, имеющим риск развития психических расстройств, на основе взаимодействия образовательных и медицинских организаций города Кирова.

Материалы и методы. С 2019 года реализуется программа «Мониторингования психического здоровья подростков, психопрофилактики, медико-психосоциальной помощи на основе межведомственного взаимодействия в г. Кирове» (Программа). В Программе сделан акцент на организацию персонифицированной профилактической и медико-психологической помощи подросткам ГР и с ДПС в образовательных организациях и педиатрических поликлиниках, что снижает стигматизирующие барьеры.

Для быстроты диагностики признаков ПР (тревожность, депрессия, астения) и выделения ГР использовалось программное психодиагностическое скрининг-анкетирование (ПСА)[4].

Результаты и обсуждение. Алгоритм диагностики и психологической помощи подросткам, имеющим риск развития ПР, на основе взаимодействия образовательных и медицинских организаций города Кирова, включал последовательные этапы.

Первый – скринирующий этап, принципиально новый, был организован в общеобразовательных организациях (школах) с привлечением школьных психологов для проведения ПСА и выделения ГР.

Второй – диагностический этап – заключался в проведении психодиагностики подростков из ГР на наличие депрессивных состояний (по М. Ковач) и суицидального риска (по Т.Н. Разуваевой).

Нововведением Программы являлось то, что результатами ПСА пользовались психиатры, проводившие профилактические осмотры школьников, что позволяло им акцентировать внимание на подростках с повышенными показателями по шкалам психопатологических состояний (тревожность, депрессия, астения).

По результатам психодиагностики в школах и клинического профилактического осмотра психиатром из ГР выделялись лица с признаками ПР и направлялись на консультацию к клиническому психологу или психиатру в детскую поликлинику по месту жительства.

Третий этап – психологической помощи в школах – включал проведение психопрофилактических и персонифицированных психологических мероприятий для учащихся из ГР в условиях школ в форме психологического консультирования подростков и их родителей, индивидуальной психокоррекционной работы, групповой психообразовательной работы, контроль за психологическим состоянием социальным функционированием осуществлялся с привлечением педагогов, которые заполняли дневники наблюдения [5].

Четвертый этап медико-психологической помощи проводился для подростков, имеющих признаки ПР, направленных на обследование к клиническому психологу и/или психиатру в детскую поликлинику, после диагностики школьными психологами и/или психиатрами после профилактических осмотров.

На консультации клинический психолог по результатам обследования определял дальнейшую маршрутизацию в зависимости от психического состояния. При подозрении на ПР подростки направлялись к психиатру детской поликлиники, который квалифицировал психопатологическое состояние и определял дальнейшую маршрутизацию.

При ДПС с подростками проводилась психологическая коррекция клиническим психологом поликлиники и выдавались рекомендации для школьного психолога по дальнейшему психосоциальному сопровождению в образовательной организации.

При наличии явных ПР подростки направлялись на консультацию в Центр психиатрии и психического здоровья им. академика В.М. Бехтерева для получения квалифицированной психиатрической и психотерапевтической помощи.

Пятый этап – межведомственной преемственной медико-психосоциальной помощи был направлен на вторичную профилактику психической и социальной дезадаптации подростков, прошедших курс психологической коррекции и психотерапевтического лечения. На данном этапе осуществляется адресная психосоциальная маршрутизация подростка и его семьи с вовлечением в реабилитационный процесс школьных психологов, клинических психологов поликлиник, при необходимости, привлечение социальных работников, организацию внешкольной занятости с участием молодежных досуговых и волонтерских организаций.

Выводы. Принципиально новым подходом реализуемого алгоритма диагностики и психологической помощи подросткам, имеющим риск развития ПР, является:

- использование ПСА для выявления ГР в школах;
- дальнейшее обследование лиц из ГР школьными психологами, психиатрами при проведении профилактических осмотров, клиническими психологами в детских поликлиниках, направленное на диагностику ПР и определение маршрутизации;
- персонифицированная психологическая помощь в школах и/или детской поликлинике подросткам из ГР;
- возможность динамического наблюдения за ГР в школах.

Преимуществом представленного алгоритма является смещение акцента диагностики и психологической помощи подросткам из ГР в школы и детские поликлиники, привлечение ресурсов смежных ведомств и низкая экономическая составляющая ее организации.

## **ДОНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Копытов А.В., Волох Е.В., Павлов К.И., Гиндюк А.В.**

**УО «Белорусский государственный медицинский университет»**

**Минск**

*DONOSOLOGICAL DIAGNOSIS OF ASOCIAL BEHAVIOR OF HYPERACTIVE CHILDREN AND ADOLESCENTS*

*Kopytov A.V., Volakh E.V., Pavlov K.I., Hindziuk A.V.*

Введение. Асоциальное (отклоняющееся) поведение зачастую трактуется специалистами как несоответствие поступков и действий индивида, предъявляемым к ней этическим правилам, нравственным нормам и социальным требованиям либо как нарушение установленных правовых норм, т.е. «ненормальное» поведение с точки зрения нормативно значимого фактора. В подавляющем

большинстве случаев на нарушение поведения подростка оказывает негативное влияние сочетание нескольких внешних и внутренних факторов риска. Среди психофизиологических аспектов важнейшими являются тип и характер личности, наличие склонности к риску и насилию, аддикции, а также физические и психические заболевания в анамнезе. Одним из самых распространенных отклонений психического здоровья в детском и подростковом возрастном периоде является синдром дефицита внимания и гиперактивности: по данным различных исследований – до 30% детского населения.

При отсутствии либо недостаточной эффективности своевременных превентивных мер по предупреждению асоциального поведения, оно может приобрести делинквентную направленность. Безусловно, делинквентность далеко не всегда напрямую связана с перечисленными факторами риска, однако при некоторых из вышеуказанных аномалий, включая крайние варианты нормы в виде акцентуаций характера и наличия психических заболеваний у ребенка, имеется меньшая устойчивость в отношении воздействия неблагоприятных факторов, трудностями адаптации его в социуме и поиск более легких путей социализации в подростковой среде, которые чаще всего и сопровождаются нарушением общественных правил и законов.

Данная предрасположенность к нарушению поведения подростка может быть минимизирована посредством своевременной донозологической диагностики склонности к асоциальному поведению и профилактической деятельностью в направлении обеспечения его психического здоровья.

Цель исследования: изучение особенностей асоциальных форм поведения в группе детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Материалы и методы. Исследование распространенности СДВГ и степени выраженности его проявлений, а также склонности к девиантным формам поведения, имеющих в группе детей и подростков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, проведены среди учащихся средних и старших классов учреждений общего среднего образования и студентов первого курса учреждения высшего образования в возрастной группе 12-17 лет. Методом добровольного анонимного анкетирования были изучены распространенность СДВГ и склонности к асоциальному поведению среди респондентов. Анкетирование осуществляли по стандартизированным тест-опросникам Коннерс-80, А.Н. Орел. Использованы методы описательной вариационной статистики, оценки достоверности статистических показателей по критерию  $\chi^2$  Пирсона.

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным при использовании опросника Коннора, наличие СДВГ различной степени выраженности выявлено у 43,2% опрошенных, соответственно – полное отсутствие дефицита внимания и гиперактивности наблюдается у 56,8% всей выборки. Установлена следующая распространенность степеней проявлений дефицита внимания и гиперактивности среди опрошенных: каждый десятый респондент (10,2%) имеет умеренно-выраженные эмоциональные, поведенческие проблемы и проблемы успеваемости, и каждый третий (33,0%) – выраженные симптомы СДВГ. Средний балл по опроснику среди респондентов без СДВГ составил  $33,2 \pm 2,3$  балла, среди респондентов с данной патологией –  $93,8 \pm 4,4$  (с умеренно-выраженными проявлениями – среднее значение 65,6, среди респондентов с выраженными проявлениями – 102,5). В подростковом возрасте, в большинстве случаев, наблюдается улучшение клинической симптоматики, однако под влиянием компенсаторных механизмов функции нарушенных структур возмещаются за счёт ненарушенных. Однако, при наличии вторичных расстройств, признаки заболевания сохраняются, что способствует более раннему развитию асоциального поведения.

Использованными нами опросник А.Н. Орела является основным инструментом донозологической диагностики асоциального поведения, так как позволяет выявить склонность к различным формам отклоняющегося поведения подростков на этапе отсутствия его проявлений. В результате проведенного исследования отмечено, что среди подростков и студенческой молодежи довольно высока распространенность приверженности к различным вариантам девиаций. Для выявления особенностей изучаемых склонностей выборка разделена на группы респондентов без СДВГ и с данной патологией. Среди которых отмечены достоверные различия средних величин по анализируемым шкалам склонности к преодолению норм и правил  $43,8 \pm 1,8$  и  $49,2 \pm 1,5$  балла соответственно ( $p=0,031$ ), агрессии и насилию  $39,6 \pm 1,6$  и  $45,1 \pm 1,5$  балла ( $p=0,021$ ), в том числе аутоагрессивному поведению  $40,0 \pm 2,0$  и  $48,0 \pm 2,1$  балла ( $p=0,007$ ), делинквентному поведению ( $43,6 \pm 1,3$  и  $49,0 \pm 1,4$  балла ( $p=0,007$ ), уровню волевого контроля эмоциональных реакций  $46,3 \pm 1,5$  и  $53,9 \pm 1,7$  балла ( $p=0,001$ ).

Выводы. Полученные результаты подтверждают различия в приверженности к отклоняющемуся поведению детей и подростков с нарушениями в состоянии психического здоровья. И подчеркивают необходимость донозологической диагностики асоциальных моделей поведения подростков на этапе

отсутствия манифестации их проявлений, а также направления работы по повышению эффективности превентивных мер, особенно в группах подростков с нарушением внимания и гиперактивностью.

## **АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА РЕБЕНКА**

**Масякин А.В., Харитonenкова Е.Ю.**

**ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница»**

**Москва**

*ANALYSIS OF EXPERT PRACTICE ON THE ISSUES OF DETERMINING THE CHILD'S PLACE OF RESIDENCE*

*Masyakin A.V., Kharitonenkova E.Yu.*

На протяжении последних лет отмечается стабильный рост количества психолого-психиатрических экспертиз по семейным спорам (на 16% с 2016 г. по 2019 г.) (Мохонько А.Р. с соавт., 2017-2020).

Целью настоящего исследования было изучение количественных и качественных особенностей комплексных психолого-психиатрических экспертиз по семейным спорам, проведенных в ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница» (ГБУЗ МО «ЦКПБ») с 2016 года по 2020 год.

За этот период было проведено 137 экспертиз в отношении представителей 56 семей, из них были обследованы 83 родителя, 3 замещающих их лица (2 опекуна и 1 бабушка) и 51 ребенок.

Из 86 обследованных родителей только у 5 (6%) были выявлены психические расстройства, что согласуется с данными Ф.С. Сафуанова с соавт. (2011).

У троих родителей (3%) были выявлены расстройства шизофренического спектра: у одного психопатоподобная шизофрения, у двоих – параноидная. При этом только у одного родителя с параноидной шизофренией, имеющееся психическое расстройство оказывало влияние на психическое развитие и психологическое состояние детей. У другого подэкспертного была диагностирована ремиссия, что обусловило экспертный вывод об отсутствии опасности и влияния на психическое развитие детей. В отношении подэкспертного с психопатоподобной шизофренией экспертные вопросы решены не были, рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. У одной матери было выявлено психическое расстройство невротического уровня (расстройство адаптации), которое не было связано с опасностью для ребенка и не оказывало влияния на его развитие и психическое состояние. Еще у одного подэкспертного были выявлены признаки психического расстройства, однако в амбулаторных условиях установить его нозологическую принадлежность не представилось возможным, рекомендовалось проведение стационарной судебно-психиатрической экспертизы. У остальных родителей (94%) признаков психического расстройства выявлено не было, однако, у 24 из них (28%) выявлялся патологизирующий стиль воспитания, обусловленный такими индивидуально-психологическими как гиперактивность, стеничность, упрямство, эгоцентризм со стремлением любыми способами добиваться своих целей, ориентацией на реализацию сугубо личных мотивов, эмоциональной холодностью, в том числе по отношению к ребенку, безответственностью, внешнеобвиняющими реакциями. Кроме этого, у родителей с патологизирующим стилем воспитания выявлялись авторитарность, беспринципность, импульсивность, склонность к демонстративному поведению и взрывным аффективными реакциям, с завышенными самооценкой и уровнем притязаний, склонностью к вытеснению и отрицанию значимых проблем с непоследовательностью поведения, либо высокий уровень подозрительности, упрямства, агрессивности, облегченным отношением к общепринятым морально-этическим нормам.

По сравнению с родителями у детей в ситуации экспертного исследования несколько чаще выявлялись психические расстройства (12%). В основном это были невротические расстройства, связанные с ситуацией развода родителей. У детей выявлялись эмоциональная лабильность, тревога, нарушения сна, онихофагия и т.д. В зависимости от продолжительности и преобладания той или иной симптоматики устанавливались диагнозы: «Эмоциональное расстройство и расстройство поведения с началом, обычно приходящимся на детский и подростковый возраст (F98.8)», «Невротические реакции (F48.9)», «Острая реакция на стресс» (F43.0)». У одного ребенка (16 лет) были выявлены признаки шизофрении, причем появление отчетливых психотических симптомов (галлюцинаторная симптоматика, ипохондрический бред) относилось к периоду психотравмирующей ситуации, связанной с разводом родителей. Только у одного ребенка, выявленное психическое расстройство, было не связано с конфликтной ситуацией развода родителей и диагностировалось ранее: «Задержка речевого развития, сочетающаяся с

задержкой интеллектуального развития (F80.82)». Таким образом, у 10% обследованных детей выявлялись психические расстройства, так или иначе связанные с конфликтной ситуацией развода, что также согласуется с данными Ф.С. Сафуанова с соавт. (9,76% детей) (2011).

Проведенный анализ показывает, что частота выявления психических расстройств в ходе судебно-психиатрических экспертиз по судебным спорам, в целом, соответствует результатам единственного крупного исследования, проведенного в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

Нами были проанализированы не только клиничко-психопатологические характеристики подэкспертных, но и постановления о назначении КССПЭ по семейным спорам. Практически в каждом постановлении судьи, наряду с вопросом об отношениях между членами семьи, ставят на разрешение экспертов вопрос о привязанности детей к родителям. Одной из особенностей судебных разбирательств по семейным спорам является частая ссылка участников на наличие друг у друга психического расстройства, часто такие ссылки являются безосновательными, голословными, не подтверждаются какими-либо объективными данными и основаны на кажущемся заявителю «неправильном» поведении одного из родителей. В связи с этим стороны, наряду с иском об определении места жительства ребенка, часто заявляют иски об ограничении родительских прав, что обуславливает постановку соответствующих вопросов перед экспертами. В целом, обращает на себя внимание широкий круг вопросов, который ставится перед экспертами, причем, наряду с вопросами, определяемыми СК РФ, более чем в половине постановлений, судьями формулируются вопросы, не относящиеся к компетенции ни психиатров, ни психологов. Более того, многие вопросы не могут быть разрешены экспертным путём. Так, например, перед экспертами ставятся следующие вопросы: «Какие имеются объективные конфликты между родителями несовершеннолетней?», «Каково восприятие ребенком данных конфликтов?», «Кто из родителей имеет для несовершеннолетней наибольший авторитет, влияние?», «Нуждается ли несовершеннолетняя в общении с биологическим отцом?», «Каков порядок и формы участия родителей в воспитании несовершеннолетней?», «Какой порядок и в чьем присутствии рекомендуется для общения несовершеннолетней с отцом?», «Отвечает ли заявленный отцом график общения интересам несовершеннолетней?», «Определить психологическую предпочтительность одного из родителей для ребенка с учетом сходства или различия их темпераментов?», «Возможно ли восстановление психологического контакта отца и несовершеннолетней? Каким образом? В случае, если восстановление контакта возможно, каким может быть график общения отца с дочерью?». Кроме этого, судами по-прежнему часто ставятся вопросы, относящиеся к компетенции психолого-педагогической экспертизы, несмотря на обосновывавшееся ранее отсутствие целесообразности постановки их в рамках экспертиз по семейным спорам (Смирнова С.А. с соавт., 2020). Таким образом, проведение экспертных исследований по семейным спорам предъявляет высокие требования к квалификации экспертов в плане четкого представления ими пределов своей компетенции.

Заключение. Низкий удельный вес психических расстройств, диагностируемых в рамках КССПЭ по семейным спорам о воспитании детей, смещает акценты исследования в «психологическую» область. Все расширяющаяся практика назначения экспертиз по таким делам диссонирует с их недостаточной методологической проработанностью, высокой трудоемкостью и высокими требованиями к квалификации экспертов, которым необходимо четко представлять пределы своей компетенции.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ АУТОАГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ**

**Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

*RESEARCH OF AUTOAGGRESSIVE TENDENCIES IN ADOLESCENTS*

*Mukhtorov B.O., Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.*

Введение: Раннее выявление суицидальных тенденций и эквивалентных ему аутоагрессивных и деструктивных действий, превенция риска развития суицидального поведения являются основными задачами детско-подростковой психиатрии (Nurkhodjaev S., 2020). Актуальность проблемы исследования аутодеструктивного поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения. Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут



оказаться важными факторами, предопределяющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме (Абдуллаева В.К., 2019). Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности. Усиление суицидальной активности, в том числе и фактов аутоагрессии в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных (Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S., 2020).

Цель исследования: изучить преморбидные особенности мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением и типы конфликтных ситуаций окружающего социума.

Материалы и методы исследования: было обследовано 61 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями и расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10). Сотрудниками кафедры психиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института была разработана специальная карта обследования для раннего выявления аутоагрессивного поведения подростков. Личностные особенности подростков (ЛОП) мы определяли при помощи Модифицированного Патохарактерологического Диагностического Опросника (МДПО Личко А.Е., Иванов Н.Я., 2001 г.).

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе нашего исследования изучался характер конфликтных ситуаций, повышающих риск развития несуицидального самоповреждающего поведения, фактов агрессии и деструктивных тенденций. Идентификация причин суицидогенного конфликта проводилась по классификации Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А., по мнению которых в основе риска развития суицидальной активности в виде реализации суицидальных попыток находится конфликт, обусловленный факторами микросоциального (семья и стили родительского воспитания) и макросоциального (межличностные взаимоотношения со сверстниками, педагогами, лицами противоположного пола) уровней. При детальном изучении характера причин конфликтов у мальчиков-подростков с самоповреждающим поведением, установлено, что они основаны на реальных фактах и играли значимую роль в жизни подростков. На первом месте по частоте встречаемости причин формирования аутоагрессивных тенденций стоят внутрисемейные конфликты – у 42 (68,85%) подростков. В ходе опроса, выявлено, что у 16 (26,22%) подростков причиной семейного конфликта послужило сиблинговое соперничество в результате ревности к младшим братьям и сёстрам и вариант стилия родительского воспитания по типу эмоционального отвержения. Неправильный вид родительского воспитания по типу «ежовых рукавиц», жестокое обращение с ребёнком с применением физического насилия как причина формирования аутоагрессивных тенденций установлена у 12 (19,67%) обследованных. Проживание в дисфункциональной семье с материально-бытовыми проблемами выявлено у 20 (32,78%) подростков. У 13 (21,31%) обследуемых причиной семейного конфликта явилось негативное отношение родителей к эпизодической алкоголизации подростков, раннее пристрастие к курению сигарет, неприятие дружбы с лицами противоположного пола. Конфликты в межличностных взаимоотношениях макросоциального уровня имели место у 19 (31,14%) обследованных, среди которых у 9 (47,37%) подростков – проблемами во взаимоотношениях в образовательном учреждении (в виде буллинга и дидактогений), у 6 (31,58%) подростков – в результате конфликтов с лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. У 4 (21,05%) обследованных подростков основной конфликт сочетался с действием дополнительных психогений (смерть домашнего питомца, проигрыш футбольной команды, угон машины, потеря близких). Внутригрупповой анализ причин конфликтов свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов пациентов обследуемой группы. На следующем этапе исследования нами были определены преморбидные особенности личности мальчиков-подростков с аутоагрессивными действиями с помощью МДПО А.Е. Личко. В обследуемой группе подростков чаще наблюдались истероидный (41,0%), эпилептоидный (26,2%) и циклоидный (19,7%) типы акцентуации характера, и в меньшей мере установлены сензитивный, неустойчивый, психастенический и гипертимный типы акцентуации характера. Нами было проведено внутригрупповое распределение причин конфликтов с учётом преморбидных особенностей личности подростков. Анализируя результаты распределения причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, определили, что пациенты с истероидной, эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера имеют высокие показатели по параметру – внутрисемейные конфликты, а у пациентов с лабильными и

психастеническими чертами характера в основном наблюдались конфликты в образовательных учреждениях и лицами противоположного пола на почве неразделённой любви. Анализ причин конфликтов с учётом личностных особенностей подростков, склонных к аутоагрессивным самоповреждающим тенденциям, свидетельствуют о преобладании преимущественно внутрисемейном характере конфликтов у пациентов с истероидными, эпилептоидными и циклоидными чертами характера, что позволяет отнести их к группе риска по потенциальному развитию суицидоопасного поведения.

Выводы: таким образом, резюмируя результаты исследований, можно предположить, что неблагоприятный микроклимат в семье, факты психологического и физического насилия, наличие истероидной, циклоидной и эпилептоидной акцентуаций личности у подростков, способствовали риску развития аутодеструктивных тенденций в виде самоповреждающего несуйцидального поведения.

## **КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Пустовая А.В., Челышева Л.В., Шушпанова О.В., Гуткевич Е.В.**

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН; Томский государственный университет; ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Томск, Москва

### *CLINICAL AND NEUROPSYCHOLOGICAL FEATURES OF MENTAL DISORDERS OF THE AUTISM SPECTRUM IN YOUNG CHILDREN*

*Pustovaya A.V., Chelysheva L.V., Shushpanova O.V., Gutkevich E.V.*

По данным ВОЗ (2014) число больных с расстройствами аутистического спектра, РАС составляет 62:10000 детского населения (0,6%). В Российской Федерации по данным скрининговых обследований детей раннего возраста распространенность РАС в 2016 году составила 0,8:1000 (Симашкова Н.В. и др., 2020). Наиболее частыми и значимыми с диагностической точки зрения являются такие психотические формы РАС как ранний детский психоз (ДП, F 84.02, 35% РАС в 1984-2015гг.), атипичный детский психоз (АДП, F84.12, 12% РАС) (Макарова Л.О., Шушпанова О.В., 2015). Общее число больных ДП и АДП по данным на 2017 год составило 25645 детей (Симашкова Н.В. и др., 2020). К основным трудностям у детей с расстройствами аутистического спектра относятся: уровень колебания внимания, устойчивость внимания и контроль действий.

Цель исследования: выявить клинико-нейропсихологические особенности мозговой организации подкорковых структур у детей раннего возраста с аутистическими расстройствами. В исследовании (N=48) приняли участие дети с диагнозами F84.0, F84.1, F84.5 по МКБ-10 в возрасте от 3 до 8 лет (M=5,75; SD=2,61). Родители выразили добровольное информированное согласие на участие своих детей в исследовании. Всем детям была проведена регистрация акустических вызванных потенциалов ствола мозга (АСП) и нейропсихологическое обследование. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета программ SPSS Statistics 23.0. Для выявления взаимосвязей между показателями АСП и нейропсихологическими индексами детей был проведен корреляционный анализ с использованием коэффициента корреляции Пирсона, для сравнения нейропсихологических показателей были использованы W-критерий Уилкоксона и ранжирование испытуемых.

Среди общих для раннего детского психоза и атипичного детского психоза выделены следующие группы нарушений: 1. Нарушение психо-речевого развития, выражающееся в задержке (отсутствии единичных слов в возрасте 16 месяцев и простых фраз к 2 годам), либо отсутствии речевого развития, преобладании в речи эхолалий, разговор на своеобразном оригинальном диалекте (так называемый «птичий язык»), вокализмов разных тональностей, крика, визга, цоканья. 2. Нарушение социального взаимодействия проявляется в нарушении эмпатии, зрительного и тактильного контакта: отсутствие зрительного контакта либо мимолетный непродолжительный зрительный контакт, взгляд «сквозь», отсутствие эмоциональной реакции на присутствие и эмоции других людей; отсутствие или избирательная реакция на обращенную речь и иногда на сенсорные раздражители, избегание тактильного контакта, порой даже с родителями, возможна агрессивная реакция на прикосновения. 3. Нарушение моторных функций представлено кататонической симптоматикой: двигательная расторможенность, ходьба или стояние на мысках, стереотипная макро (движения и бег по кругу, взад – вперед, прыжки, кружение вокруг своей оси, раскачивания) и микро (потряхивания кистями рук, закладывание указательного, среднего и

безымянного пальцев рук друг за друга, атетоз, гримасы и др.) моторика. 4. Нарушение поведения, негативизм, стереотипность, ригидность, монотонность: протесты, немотивированные реакции отказа, агрессия/аутоагрессия – ребенок отворачивается, закрывает уши руками, закрывает глаза, ложится/садится на пол, прячется за мебель, нередко отталкивает от себя родителей. Агрессия чаще всего направлена на родителей либо по отношению к себе, ребенок наносит удары себе либо родителям, щипается, кусается, бьется головой о стену и т.д. Характерна приверженность к определенному распорядку дня, маршрутам прогулок, привычным вещам, отсутствие сюжетно-ролевой игры со стереотипной монотонной игровой деятельностью (ребенок отдает предпочтение однообразным игрушкам – кубикам, мячам, машинкам, раскладывает их в один ряд, катает взад – вперед).

В результате проведения нейропсихологического обследования было выделено четыре основных нейропсихологических индекса функционирования различных блоков головного мозга: Индекс активационных и энергетических компонентов деятельности (Индекс I блока) – 4 пробы; Индекс правополушарной холистической стратегии переработки информации (Индекс II-прав) – 4 пробы; Индекс левополушарной аналитической стратегии переработки информации (Индекс II-лев) – 2 пробы; Индекс программирования, регуляции и контроля деятельности (Индекс III блока) – 4 пробы. В дальнейшем исследуемые дети были разделены на три группы: первую группу составили 10 детей, получивших высокие ранги по Индексу I блока ( $W=3,16$ ,  $p<0,001$ ) и низкие ранги ( $W=-6,03$ ,  $p<0,001$ ;  $W=-5,88$ ,  $p<0,001$ ) по Индексу II-прав и Индексу III блока, которые значимо не различались между собой ( $W=-1,29$ ,  $p=0,019$ ). Для детей этой группы характерны трудности активационных и энергетических компонентов деятельности. Во вторую группу вошли 20 детей, получившие высокие показатели по Индексу II-прав ( $W=3,94$ ,  $p<0,001$ ) и низкие ранги ( $W=-5,74$ ,  $p<0,001$ ;  $W=-5,25$ ,  $p<0,001$ ) по Индексу I блока и Индексу III блока, не имеющие значимых различий между собой ( $W=-2,46$ ,  $p<0,001$ ). Для детей этой группы характерны слабости холистической стратегии переработки зрительно-пространственной, слуховой и зрительной информации. Третью группу составили 18 детей, получившие высокие показатели по Индексу III блока ( $W=3,58$ ,  $p<0,001$ ) и низкие ранги ( $W=-2,32$ ,  $p=0,015$ ;  $W=-6,75$ ,  $p<0,001$ ) по Индексу I блока и Индексу II-прав, не имеющих значимых различий между собой ( $W=-1,84$ ,  $p<0,001$ ). Для этой группы детей характерны слабости усвоения программ, следования программам и переключения между ними, ориентировочной деятельности и принятия решений. Индекс II-лев не имел высоких показателей и значимых различий во всех группах ( $N=5,36$ ,  $p<0,49$ ).

В результате корреляционного анализа были выявлены взаимосвязи между показателями акустических вызванных потенциалов ствола мозга с функционированием различных блоков головного мозга: блок тонуса коры и энергетический блок мозга (I Блок), блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации (II Блок), блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности (III Блок). У детей, имеющих сложности в активационном и энергетическом компонентах деятельности, восприятие слуховой информации подкорковыми структурами головного мозга вызывает определенные затруднения (сложности в работе I Блока мозга). Для детей с затруднениями в правополушарной холистической стратегии обработки информации (ХСОИ) и высоким уровнем её развития характерен пониженный уровень контроля за ходом мыслительной деятельности, при этом возникают трудности с автоматизацией мышления и речи, координации движений (нарушения в работе II Блока мозга).

Выявленные особенности церебральной организации процессов восприятия слуховой информации и процессов психической деятельности у детей с РАС проявляются в нарушениях протекания мыслительной деятельности, функции периферических рецепторов и проводящих путей к корковым центрам слухового анализатора, пониженном уровне контроля над слуховым анализатором. В связи с этими процессами возникают трудности с автоматизацией мышления и речи, координации движений у детей.

Клинико-нейропсихологические особенности мозговой организации процессов восприятия слуховой информации и процессов психической деятельности у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушениях периферических рецепторов и проводящих путей к корковым центрам слухового анализатора, сниженном уровне контроля за протеканием психической деятельности, при этом наблюдаются сложности в автоматизации мышления и речи, координации движений.

Применение полученных данных для разработки персонализированных психокоррекционных программ с использованием методов нейропсихологической коррекции представляется научно обоснованным и эффективным для оказания медико-психологической помощи детям раннего возраста с аутистическими расстройствами.

# КИБЕРБУЛЛИНГ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ, МЕТОДЫ КИБЕРВИКТИМИЗАЦИИ

Семенова Н.Б.

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

Красноярск

*CYBERBULLYING AMONG TEENAGERS: PREVALENCE, SOCIAL ROLES, METHODS OF  
CYBERVICTIMIZATION*

*Semenova N.B.*

Актуальность. Кибербуллинг (КБ) – это относительно новое социальное явление, возникшее с появлением цифровых технологий, и означает агрессивное поведение, неоднократно совершаемое группой или отдельным лицом при помощи электронных форм воздействия в отношении жертвы, которая не может себя легко защитить (Smith, 2008). Результатом КБ, также как и традиционного буллинга, является виктимизация (в данном случае, кибервиктимизация), или процесс превращения лица в жертву. Актуальность буллинга для здоровья подростков заключается в том, что виктимизация может привести к эмоциональному стрессу (Sampasa-Kanyinga, 2017; Kim, 2019), депрессии, тревоге (Williams, 2017; Mitchell, 2021), социальной изоляции, низкой самооценке, отказу от посещения школы, злоупотреблению психоактивными веществами (Sampasa-Kanyinga, 2018), суицидальному поведению (John, 2018; Brailovskaia, 2018; Zaborskis, 2019). Данный эффект доказан не только для жертвы, но и для агрессора (Azevedo, 2019).

Цель исследования. Изучить распространенность кибербуллинга у современных подростков, оценить социальные роли участников и методы запугивания с позиции гендерных различий.

Материалы и методы. Сбор данных проводился в 2015-2017 гг. в г. Красноярске, в рамках Евразийского исследования психического здоровья детей и подростков (EurasianChild&AdolescentMentalHealthStudy – EACMHS). Сплошным методом обследовано 692 учащихся общеобразовательных школ г. Красноярска (328 мальчиков, 364 девочки) в возрасте 11–17 лет (средний возраст  $14,6 \pm 1,3$ ). В исследовании применялся опросник, разработанный в рамках EACMHS.

Информация о кибертравле была получена из двух вопросов: «За последние шесть месяцев как часто ты подвергался кибертравле?», «За последние шесть месяцев как часто ты занимался кибертравлей других?». Выборка была разделена на 4 группы: (1) подростки, никогда не подвергавшиеся виктимизации и не участвовавшие в травле; (2) только жертвы (по крайней мере, иногда были жертвами, но никогда не были агрессором); (3) только агрессоры (по крайней мере, иногда были агрессорами, но никогда – жертвами); (4) группа с ролевой амбивалентностью – жертва/агрессор (по крайней мере, иногда были жертвами, иногда – агрессорами). Информация о методах кибертравли включала вопрос «Как часто тебя травили в Интернете таким образом?», состоящий из 6 вариантов: игнорировали, проявляли неуважение, обзывали, распространяли слухи, угрожали, запугивали опасностью. Шкала ответов включала варианты: 1) никогда, 2) реже одного раза в неделю, 3) чаще раза в неделю, 4) почти каждый день. Ответы были объединены в парные: нет для «никогда» и да для других вариантов ответов. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS, Version 22. Статистический анализ качественных порядковых признаков проводился путем регистрации количества объектов в выборке, имеющих одинаковое значение качественной переменной, с дальнейшим подсчетом относительной частоты, или доли (%). Оценка доверительного интервала (95% ДИ) для долей и частот проводилась по методу Уилсона. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью критерия Pearson  $\chi^2$  или Fisher's ExactTest. Уровень статистической значимости различий устанавливали при  $p=0,05$ , т.е. при вероятности ошибки 5%.

Результаты. Распространенность КБ составила 25,7% (95% ДИ=22,7-29,2): среди мальчиков – 33,5% (95% ДИ=28,6-38,8), среди девочек – 18,9% (95% ДИ=15,2-23,3). Среди мальчиков КБ встречается в 1,8 раза чаще, чем среди девочек (33,5% и 18,9%,  $\chi^2 = 19,13$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). При КБ были представлены все социальные роли. Распространенность жертв составила 9,5% (95% ДИ=7,5-11,9): среди мальчиков – 8,5% (95% ДИ=5,9-12,1); среди девочек – 10,4% (95% ДИ=7,7-14,0). Распространенность агрессоров – 4,5% (95% ДИ=3,2-6,3): среди мальчиков – 6,4% (95% ДИ=4,2-9,6), среди девочек – 2,7% (95% ДИ=1,5-4,9).

Распространенность жертв/аггессоров составила 11,8% (95% ДИ=9,6-14,4): среди мальчиков – 18,6% (95% ДИ=14,7-23,6), среди девочек – 5,8% (95% ДИ=3,8-8,7). В качестве жертв девочки и мальчики выступают с одинаковой частотой, но в качестве аггессоров мальчики выступают чаще (6,4% и 2,7%,  $\chi^2 = 5,25$ ,  $df = 1$ ,  $p=0,02$ ), также как и в роли жертв/аггессоров (18,6% и 5,8%,  $\chi^2 = 19,13$ ,  $df = 1$ ,  $p<0,001$ ). Наиболее частыми методами кибертравли являются обзывания (15,3%), проявления неуважения (14,7%) и игнорирование (12,3%). Мальчиков оскорбляют чаще, чем девочек. Особенно это касается обзываний (20,4% и 10,7%,  $\chi^2 = 12,55$ ,  $df = 1$ ,  $p<0,001$ ), проявлений неуважения (20,1% и 9,9%,  $\chi^2 = 14,37$ ,  $df = 1$ ,  $p<0,001$ ), запугивания опасностью (14,3% и 4,4%,  $\chi^2 = 20,57$ ,  $df = 1$ ,  $p<0,001$ ) и разного вида угроз (13,4% и 4,9% соответственно,  $\chi^2 = 12,55$ ,  $df = 1$ ,  $p<0,001$ ).

Выводы. Распространенность КБ среди подростков г. Красноярска составляет 25,7%: среди мальчиков – в 1,8 раза чаще. Существует необходимость в проведении профилактических мероприятий для уменьшения агрессивного поведения у подростков.

## БУЛЛИНГ У ПОДРОСТКОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ, СПОСОБЫ ТРАВЛИ

Семенова Н.Б.

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

Красноярск

*BULLYING IN ADOLESCENTS: PREVALENCE, SOCIAL ROLES, METHODS OF VICTIMIZATION*

*Semenova N.B.*

Актуальность. Традиционный буллинг (ТБ) – это один из видов агрессивного поведения, разновидность физического или психического насилия в отношении индивида, который не способен защитить себя в данной ситуации (Olweus, 1993; Ермолова, 2015). Результатом буллинга является виктимизация, или процесс превращения лица в жертву (Рогатень, 2019). Актуальность ТБ для общественного здоровья заключается в том, что он может привести к эмоциональным нарушениям, социальной дезадаптации и суицидальному поведению. В то же время, распространенность ТБ и особенности его проявлений у современных подростков изучены недостаточно.

Цель исследования. Изучить распространенность традиционного буллинга, оценить социальные роли участников и методы запугивания.

Материалы и методы. Сбор данных проводился в 2015-2017 гг. в г. Красноярске, в рамках Евразийского исследования психического здоровья детей и подростков (EurasianChild&AdolescentMentalHealthStudy – EACMHS). Сплошным методом обследовано 692 учащихся общеобразовательных школ г. Красноярска (328 мальчиков, 364 девочки) в возрасте 11–17 лет (средний возраст  $14,6 \pm 1,3$ ). В исследовании применялся опросник, разработанный в рамках EACMHS (Sourander, 2012; Chudal, 2021).

Информация о традиционных издевательствах была получена из четырех вопросов: «Как часто тебя травил в школе за последние шесть месяцев?», «Как часто тебя травил вне школы за последние шесть месяцев?», «Как часто ты травил/а других в школе за последние шесть месяцев?», «Как часто ты травил/а других вне школы за последние шесть месяцев?». Предлагались четыре варианта ответов: 1) никогда, 2) реже одного раза в неделю, 3) чаще раза в неделю, 4) почти каждый день. Ответы 2, 3, 4 свидетельствовали об издевательствах или преследованиях, по крайней мере, иногда. Выборка была разделена на 4 группы: (1) подростки, никогда не подвергавшиеся виктимизации и не участвовавшие в травле; (2) только жертвы; (3) только аггессоры; (4) группа с ролевой амбивалентностью – жертва/аггессор. Информация о методах издевательства включала вопрос «Как часто тебя кто-либо травил таким образом», состоящий из 11 вариантов: смеялись из-за религии или национальности; из-за того, как ты выглядишь или говоришь; толкали, шлепали, ударяли; распространяли слухи или подлую ложь; направляли сексуальные шутки, комментарии или жесты; не разговаривали или не отвечали; обзывали; говорили плохо; угрожали причинить боль или избить; не включали в то, что делали; не приглашали на вечеринку или встречу. Ответы были объединены в парные: нет для «никогда» и да для других вариантов ответов. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ IBM SPSS, Version 22. Статистический анализ качественных порядковых признаков проводился путем регистрации количества объектов в выборке,

имеющих одинаковое значение качественной переменной, с дальнейшим подсчетом относительной частоты, или доли (%). Оценка доверительного интервала (95% ДИ) для долей и частот проводилась по методу Уилсона. Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с помощью критерия Pearson  $\chi^2$  или Fisher's Exact Test.

Результаты. Распространенность ТБ составила 28,7% (95% ДИ=25,5-32,2): среди мальчиков – 26,5% (95% ДИ=22,0-31,6), среди девочек – 30,8% (95% ДИ=26,2-35,7).

При ТБ выявлено только два вида ролевого поведения: жертвы и жертвы/агрессоры. Распространенность жертв составила 2,2% (95% ДИ=1,3-3,5): среди мальчиков – 2,4% (95% ДИ=1,3-4,7), среди девочек – 1,9% (95% ДИ=0,9-3,9). Распространенность жертв/агрессоров – 26,6% (95% ДИ=23,4-30,0): среди мальчиков – 24,1% (95% ДИ=19,8-29,0), среди девочек – 28,8% (95% ДИ=24,4-33,7). При ТБ ролевое поведение у представителей разного пола не различается.

Наиболее частыми методами издевательства были критические высказывания (17,8%), обзывания (17,5%), распространение слухов или лжи (16,3%), высмеивания внешнего вида (15,2%). Девочек оскорбляют чаще, чем мальчиков. Особенно это касается высмеиваний из-за внешнего вида (19,5% и 10,4%,  $\chi^2 = 11,25$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ), распространения слухов или лжи (19,2% и 13,1%,  $\chi^2 = 4,7$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,03$ ), игнорирования в беседе или в обращениях (15,9% и 10,1%,  $\chi^2 = 5,25$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,02$  соответственно).

Выводы. Высокая распространенность традиционного буллинга требует разработки профилактических мероприятий для уменьшения агрессивного поведения в подростковой среде.

## **НАРУШЕНИЯ ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА ШИЗОФРЕНИИ**

**Сергиенко А.А.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»  
Москва

*PRAXIS DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS*  
*Sergienko A.A.*

Введение. Нарушения двигательной сферы занимают особое место в клинической картине шизофрении у детей и подростков. Праксис (его развитие, адекватное возрасту), во многом определяет успешность формирования других психических функций и сложных психических процессов. Специфика формирования или нарушения формирования праксиса при различных расстройствах спектра шизофрении может, с одной стороны, быть различной при разных диагнозах (шизофрения детского типа, шизотипическое расстройство и др.), с другой стороны, быть одним из основных предикторов, по которому эмпирически можно определить степень тяжести и прогноз заболевания. Сочетание степени функциональной состоятельности различных видов праксиса (динамического, кинестетического, пространственного, регуляторного) может быть различным при разных видах расстройств спектра шизофрении. Эмпирически выявленное, с помощью нейропсихологических проб, такое сочетание, может послужить одним из критериев уточнения диагноза. Нейропсихологический топический анализ нарушений праксиса указывает на топику нейрокогнитивного дефицита при различных расстройствах шизофренического спектра, это позволяет выстроить адекватную стратегию терапевтического воздействия (как в плане лекарственной терапии, так и в плане нейропсихологической коррекции).

Цель пилотажного исследования – определение функциональной сформированности различных видов праксиса у детей и подростков с расстройствами спектра шизофрении.

Материалы и методы.

Испытуемые: исследованы дети с выставленными диагнозами расстройств круга шизофрении: шизофрения детского типа (F20.8), недифференцированная шизофрения (F20.3), шизотипическое расстройство (F21). Все больные находились на стационарном лечении в 7 детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Проанализированы данные по 31 испытуемому. (19 мальчиков, 12 девочек), средний возраст  $11,0 \pm 2,9$  лет. Больные имели верифицированные научными сотрудниками клиники диагнозы (F20.8 – 9 испытуемых, F21 – 13 исп., F20.3 – 9 исп.).

Методы исследования: комплекс нейропсихологических проб, направленных на исследование динамического, кинестетического, регуляторного, пространственного и орального праксиса. Для

исследования межполушарного взаимодействия на уровне кинетического фактора использовались пробы на реципрокную координацию рук, на уровне кинестетического фактора, пробы на перенос пальцевых проб с одной руки на другую без зрительного контроля. Шкала оценки: функциональная сформированность в границах нормы; значительная функциональная несформированность\дисфункция; грубая дисфункция.

Результаты. На данном этапе эмпирического исследования получены следующие результаты. По общей группе детей и подростков с расстройствами спектра шизофрении выявлено, что грубая дисфункция или значительная функциональная несформированность характерны для подавляющего большинства испытуемых, но в разной степени по разным видам праксиса (70% от общего количества испытуемых характеризуются значительным функциональным дефицитом или губой дисфункцией в регуляторном праксисе, 64% – пространственном, 58% – динамическом, 35% – оральном, 19% – кинестетическом). Реципрокная координация, определяющая сформированность межполушарного взаимодействия на уровне кинетического фактора (мозолистое тело и парасагитальные отделы головного мозга) функционально несформированна у 61% от всех испытуемых.

Анализ по разным диагнозам (F20.8, F21, F20.3) проведенный по оценке характеризующей грубую дисфункцию (предусматривающую возможную церебрально-органическую патологию) показал, что: по регуляторному праксису грубая дисфункция выявлена у 100% испытуемых с диагнозом F20.8, 39% – F21, 22% – F20.3; по динамическому праксису 100% – F20.8, 23% – F21, 22% – F20.3; грубая функциональная несформированность\дисфункция реципрокной координации характерна для 67% – F20.8, 15% – F21, 11% – F20.3; пространственный праксис грубо дефицитарен у 56% – F20.8, 8% – F21 и 22% – F20.3; кинестетический праксис у 22% – F20.8, 0% – F21 и 0% – F20.3.

Заключение. Анализируя полученные результаты можно сделать следующие предварительные выводы:

1. Все исследованные дети и подростки с расстройствами шизофренического спектра характеризуются функциональной несостоятельностью различных видов праксиса, но в разной степени. В наибольшей степени наблюдается дефицитарность регуляторного, динамического и пространственного праксиса и соответствующих нейропсихологических факторов, а также дефицитарность фактора межполушарного взаимодействия на уровне мозолистого тела, в большей степени соотносимая с уровнем кинетического фактора;
2. Наиболее грубая дисфункция по всем видам праксиса свойственна для группы больных детей и подростков с диагнозом F20.8. В наибольшей степени дефицитарны регуляторный и динамический праксис (фактор тормозного контроля и кинетический фактор);
3. Наиболее сохранным во всех группах (F20.8, F21, F20.3) является кинестетический праксис (кинестетический фактор). Также выявлено, что степень функциональной сформированности кинестетического фактора может служить одним из уточняющих диагностических критериев для дифференциации между шизотипическим личностным расстройством (F21) и диагнозом F20.8 (шизофрения детский тип).

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

*RESEARCHOFINTERNETADDICTION*

*Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K., Babarakhimova S.B.*

Введение. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения, провоцирующие кластерные суициды, создающие компьютерные игры суицидального направления и контекста.

Цель исследования: изучить влияние стилей родительского воспитания на формирование интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных характеристик и уровня нарушений психоэмоциональной сферы.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков в возрасте от 15 до 17 лет, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской

Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения и интернет зависимого поведения. Для исследования психоэмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения характерологических особенностей личностей подростков применялся МПДО А.Е. Личко.

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и развитием Интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Большинство росли в неполной семье – 17%, 23% – в социально неблагоприятной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37% подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. Значительная часть подростков отличалась асоциальными проступками, как ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Стили родительского воспитания оказывали значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Наибольшую роль в развитии компьютерной зависимости играли дисгармоничные семейные взаимоотношения (70%), конфликтные ситуации с родителями и родственниками (83%), утрата возможности к социальному функционированию со сверстниками (48%). Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48% исследуемых подростков. У 10% подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоэмоциональном статусе. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98% подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 35% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% подростков – констатировалась выраженная тревога. При исследовании личностных особенностей с помощью теста МПДО А.Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10%), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5%), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46% случаев (40 обследованных), эпилептоидный типу 12 больных (14%), в 4,5% случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом. Длительное нахождение в виртуальной сети подростков приводило к развитию тревожности, депрессивной симптоматике, при попадании неустойчивых и мнительных подростков под влияние кураторов кибернетических игр суицидального контента и к формированию аутодеструктивного поведения, крайней формой проявления которого являются детско-подростковые самоубийства.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям. Семья является важнейшим фактором на пути формирования интернет-зависимого поведения и раннее выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений способствует превенции интернет



аддиктивного поведения у детей и подростков. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для предупреждения развития нехимических аддикций.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ 4-9 ЛЕТ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И АУТИСТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ В СТРУКТУРЕ ИНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО РАЗВИТИЯ**

**Фесенко Ю.А., Бычковский Д.А.**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

*CLINICAL AND CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF AUTISTIC SYMPTOMS IN CHILDREN 4-9 YEARS OLD WITH EARLY CHILDHOOD AUTISM AND AUTISTIC SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF OTHER DISORDERS OF CHILD DEVELOPMENT*

*Fesenko U.A., Bychkovskiy D.A*

Введение: Детский аутизм является одной из наиболее исследуемых проблем в современных научных исследованиях (Фесенко Ю.А. 2020, Макаров И.В., Пашковский В.Э. 2020, M. Rutter 2014, F. Volkmar 2021). Особое значение с клинической точки зрения имеет исследование клинической картины раннего детского аутизма и проведение дифференциальной диагностики с иными формами нарушения психоречевого развития в раннем детском возрасте. Клиническая диагностика раннего детского аутизма имеет существенные сложности в связи низким качеством первичного контакта, выраженными нарушениями поведения и отставанием в психоречевом развитии детей с данными нарушениями. По последним данным в Санкт-Петербурге наиболее высокой оказывается доля (64,3%) пациентов с РДА с умственной отсталостью [2]. Не существует диагностических медицинских тестов на аутизм, и диагноз не ставится с использованием какого-либо одного поведенческого инструмента или наблюдения в изоляции (F. Volkmar, 2021).

Аутистическое расстройство диагностируется на основе данных, собранных о ранней истории развития индивида и его текущем представлении, при возможности, информация собирается из нескольких источников (R. Loftin, 2021). Одной из проблем клинической диагностики РДА является выставление диагноза на основе единичных симптомов (нет указательного жеста, не смог адаптироваться в детском саду, демонстрирует выраженные поведенческие реакции при первичном осмотре). Макаров И.В. отмечает, что даже такой тяжелый симптом как выраженное стереотипное поведение не является основным для РДА и может встречаться при различных нарушениях детского развития [3]. В рамках консультативно-диагностической работы ОМКО ЦВЛ «Детская Психиатрия» в период с 2019 по 2022 год была обследована группа детей с аутистическими нарушениями. Целью исследования являлось выявить различия в аутистических проявлениях у детей с РДА и аутистическим синдромом в структуре других нарушений (умственная отсталость, органическое непсихотическое расстройство с коммуникативными и поведенческими нарушениями).

Материалы и методы. В состав экспериментальной группы вошли 46 детей в возрасте 4-9 лет с диагнозами F.84.0 «Детский аутизм», F84.01, F84.02, F84.03, F84.1, F84.11, F70.18 с аутистическим синдромом. Средний возраст по группе исследования составил (7,3 года), распределение по полу (37:9) – 80,43 % мальчиков, 19,56% – девочки. Средний возраст родителей – у матерей (35,5 лет). Средний возраст отцов (38,5 лет). По составу семьи: 63% – полные семьи.

Экспериментальная выборка была разделена на три группы по степени выраженности аутистических признаков:

В группу 1 вошли данные детей с детским аутизмом: 15 человек с диагнозами (F84, F84.01, F84.02, F84.03). Средний возраст детей в группе 7,7 лет, распределение по полу: 14:1 (мальчики: девочки). Группа 2 «атипичный аутизм» представлена 18 детьми с диагнозом (F84.1, F84.11) «атипичный аутизм с умственной отсталостью». Дети в группе распределились в соотношении – 13 мальчиков, 5 девочек, средний возраст (6,4, S 1,96). В группу 3 вошли 7 детей с диагнозом «умственная отсталость с аутистическим синдромом» (F70.18). Распределение по полу (6:1), средний возраст (6,9).

В качестве методов клинического исследования использовались:

1. первичное заключение психиатра ПНДО. 2. клиническое заключение психиатра на основе критериев МКБ-10. [1]

Дополнительно использовались данные:

1. анамнестические данные, данные неврологического обследования, характеристика из детского образовательного учреждения (от специалистов длительное время, работавших с ребенком – нейропсихологи, дефектологи, логопеды); 2. заключение логопеда. 3. данные наблюдения за ребенком, анализ контакта, поведения, игровой деятельности; 4. сочинение родителей о психологическом развитии ребенка.

Клинико-психологические данные представлены:

1. данные клинико-психологического исследования (игровой материал, пато- и нейропсихологические методы оценки сенсо-моторного развития, процессов гнозиса, внимания, мышления, памяти, развития крупной и мелкой моторики).

2. выраженность аутистических признаков изучалась с помощью экспериментально-психологических методик и опросников на аутистические черты ASDAS (тест на детский аутизм), M-Chat-R, Анкета Симашковой, ASSQ.

3. уровень интеллекта исследовался при использовании методик: WISC III, WPPSI (методика дошкольного Векслера), методика Стенфорда-Бине, Методика Равена.

Результаты:

1. Группы достоверно различались по наличию клинических признаков: для группы 1 – наличие 2 и более признаков из всех категорий (качественные нарушения социального взаимодействия, способности к общению и коммуникации, ограниченные повторяющиеся модели поведения), клиническая картина группы 2 – отсутствие выраженных симптомов одной из групп, интеллектуальные нарушения на первом плане. Группа 3 – отдельные симптомы (наличие стереотипного поведения, выраженная неконтактность, отсутствие контакта глаз) при интеллекте на уровне близком к имбецильности.

2. Были выявлены достоверные различия по уровню интеллекта (WISC). Группа 1 Вербальный IQ:  $77,25 \pm 12,2$  Невербальный:  $93,1 \pm 6,3$  IQ:  $88,2 \pm 14,5$  (различия с группами 2  $p < 0,08$ , с группой 3,  $p < 0,001$ ), клинически на пограничном с умственной отсталостью уровне. группа 2: уровень IQ: вербальный  $64,4 \pm 12,3$ ; невербальный  $81,9 \pm 15,3$ ; общий IQ  $73 \pm 13,2$ , клинически на уровне умственной отсталости в степени дебильности. Группа 3: ВПИ:  $46,67$ ; НПИ:  $53,3$ ; ОПИ:  $50 \pm 8,2$ .

3. Методика ASDAS (на детский аутизм) – общий балл выраженности аутистических признаков, отдельно по блокам: 1. нарушения социального взаимодействия; 2. нарушения коммуникативной стороны речи и задержка речевого развития; 3. Аномалии символической игры, аутистическая деятельность. 3. нарушения поведения. Общий балл ASDAS группа 1 (детский аутизм) –  $(144,43 \pm 16,86)$  группа 2 –  $(130,47 \pm 18)$ ; группа 3 –  $(167 \pm 9,7)$ . Группы различаются по общему уровню аутистических признаков: группы 1 и 3 на уровне  $p < 0,01$ , группы 1 и 2: на уровне  $p < 0,09$  (Mann-Whitney U test). Для группы 3 (умственная отсталость с аутистическим синдромом) более характерны выраженные нарушения поведения, грубые речевые нарушения, наличие стереотипий. Группы 1 и 2 характеризуются нарушениями социального взаимодействия (нет зрительного контакт почти всегда, игнорируют зов, чрезмерная боязнь звуков, постоянная отстраненность, низкий интерес к окружающему, не переносит толпу, продолжительные истерики, неспособность адаптироваться в группе детей), но для группы детей с детским аутизмом более характерны аномалии игровой деятельности, ограниченные, своеобразные интересы, приверженность рутине, нестандартность поведения в зависимости от социальных факторов. Выводы: В рамках проведенного исследования были выявлены значимые различия в характере проявления аутистических симптомов у детей обследованной группы. Группа детей с диагнозом «детский аутизм» достоверно отличается от групп с атипичным аутизмом с умственной отсталостью и аутистическим синдромом по наличию аутистических проявлений в сфере социального взаимодействия, социальной коммуникации, ограниченных повторяющихся моделях поведения, аномалиях игровой деятельности, вербальных и двигательных стереотипиях. При наличии выраженной социальной дезадаптации у всех детей обследованной группы, группа с детским аутизмом имеет особенности, обусловленные нарушениями социального взаимодействия, отгороженностью, низкой потребностью в общении, низким уровнем социального интеллекта.

## **ДЕПРЕССИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ, ОГРАНИЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ**

**Шайдукова Л.К.**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

Казань

*DEPRESSION IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: DIFFICULTY IN DIAGNOSIS, LIMITATION IN TREATMENT*  
*Shaydukova L.K.*

Депрессивные расстройства являются довольно распространенными психическими нарушениями во всем мире, а антидепрессанты занимают ведущее место по рецептурной выписке в США и Европе. Однако общеизвестно, что диагностика легких и умеренно выраженных форм депрессий крайне затруднена вследствие многообразия клинических проявлений, их нередкого атипизма, коморбидности с другими нарушениями, или маскирования иной патологией. В исследовании Fried E. с соавторами (2015) было взято 227 респондентов с депрессивными расстройствами и получено 945 профайлов. Все они были уникальны и не повторяли друг друга. «Диагностической невидимкой» назвал Корнетов Н.А. данную патологию, и это замечание вполне справедливо. Целью данного сообщения является выявление расхождения между теоретическим многообразием депрессивных расстройств и практическими действиями (постановкой диагноза, выпиской препаратов), особенно в детско-подростковом возрасте. Изучение библиографических и интернет-ресурсов обнаружило многочисленные варианты депрессий, описанных в современной научной и учебной литературе: меланхолическая, циклотимическая, астеническая, адинамическая, апатическая, анестетическая, деперсонализационная, тревожная, ипохондрическая, истерическая, дисфорическая («гневливая»), экзистенциальная (аномическая), улыбающаяся («депрессия без депрессии», «веселящая депрессия»), дипсоманическая, дисгрипническая, анорексическая, соматизированная (алгическая, лярвированная). В работах отечественных корифеев детской психиатрии число вариантов депрессивных проявлений в детско-подростковом возрасте еще более возрастает: анаклитический, невропатический, фобический, психо-вегетативный, меланхолический, психопатоподобный, магифренический «эвиваленты» депрессии. Вместе с тем, если диагностика данной патологии у взрослого контингента пациентов с последующим назначением антидепрессантов группа СИОЗС как «препаратов первого выбора» еще как-то проводится, то в детско-подростковом возрасте выписка антидепрессантов данной группы при депрессивной патологии возможна только офф-лейбл, так как в инструкциях двух разрешенных в детстве антидепрессантов (флуфоксамин и сертралин) в показаниях «депрессия» не указана. За рубежом официально разрешен флуоксетин с восьми лет, и показанием является «депрессия». Для отечественных пациентов с данной аффективной патологией в детско-подростковом возрасте официально разрешен трициклический антидепрессант «второго выбора»; амитриптилин. Таким образом, наблюдается явное расхождение между обилием описанных в литературе клинических вариантов депрессий в детско-подростковом возрасте и оказанием реальной фармакологической помощи, что является неблагоприятным фактором при росте суицидальных тенденций у современных подростков.

## **ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕРЕОТИПЫ**

**Шевалдов М.М., Сидорова М.В., Гаврилина О.В.**

ГКУЗ «УОКПБ им В.А. Копосова»

Ульяновск

*ADOLESCENTS' ATTITUDES TOWARD MENTAL HEALTH CARE, SOCIOCULTURAL CHARACTERISTICS, AND STEREOTYPES*

*Shevaldov M.M., Sidorova M.V., Gavrilina O.V.*

Актуальность: психические расстройства до сих пор являются табуированной темой, полной стереотипов и необоснованных страхов среди взрослого населения. Наличие данного факта существенно затрудняет процесс проведения психопрофилактики среди детей и подростков, особенно в стенах

образовательных учреждений, где данная тема практически не рассматривается. В тоже время (по данным статистики диспансерного отделения ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова») отмечается повышение числа случаев самообращений к психиатрам среди лиц подросткового возраста. Это наталкивает на мысль о том, что подростки, не получив поддержки или помощи среди родителей и педагогов, самостоятельно обращаются к врачам, ищут объяснение своего состояния, пытаются решить свои психологические трудности, предпочитая не замалчивать патологические симптомы.

Цель исследования: посредством анкетирования подростков 13-18 лет выявить основные социокультурные установки и стереотипы, относительно психических заболеваний и психиатрической помощи в целом, характерные для данной возрастной группы.

Материалы и методы: анонимный опросник для подростков 13-18 лет (ученики школ, студенты ССУЗов и ВУЗов г. Ульяновска).

Результаты: очно и через онлайн-форму было опрошено 500 подростков.

По данным анкет было выявлено, что среди близкого окружения 50% опрошенных есть люди, которые когда-либо обращались за психолого-психиатрической помощью. 24,2% респондентов сами обращались за данным видом помощи. Среди тех, кто не обращался за помощью – 28% ответили, что обратились бы сразу при появлении симптомов, 55% – если симптомы станут мешать, будет невыносимо их терпеть, 14% – не обратились бы даже в случае серьезных неудобств. Основными причинами необращения называли: боязнь осуждения; веру в то, что справятся сами; а также недоверие к врачам и низкое качество медицинской помощи.

Эти причины напрямую пересекаются с выявленными стереотипами: переоценкой своих сил; избеганием проблемы («со мной не случится»); ограничением в социальных правах после установки диагноза.

Сами подростки в 85% ответов отмечают, что проводимые профилактика и психообразование недостаточны и малоинформативны, и нужно больше информировать молодежь о психических расстройствах и о том, куда можно обратиться за помощью. Рассказывать об этом стоит в учебных учреждениях. Основными темами для образовательных бесед были названы: депрессии (70% ответов); вопросы общей психологии: взаимоотношения и общение; самодиагностика, с указанием симптомов для обращения за помощью.

Выводы:

1. У детей и подростков (13-18 лет), несмотря на увеличение случаев обращений, сохраняется настороженность к психиатрической помощи, а также, переоценка сил и возможностей своего здоровья, в случае возникновения болезни (что может являться частью нормального «протестного» поведения, характерного для подросткового возраста).

2. Отмечается схожесть основных стереотипов подростков о психических расстройствах с теми же стереотипами среди взрослых, что в случае недостаточной психопрофилактики создает повторяющийся сценарий, для каждого нового поколения.

3. Несмотря на закрытость и малую информативность темы психопросвещения, отмечается значительный интерес к ней. Подростки хотели бы чаще слышать и говорить, как о симптомах заболеваний, так и об их профилактике, основах психологии, самодиагностике.

Интересен и тот факт, что большая часть опрошенных заинтересована темой «депрессии», которая, согласно ВОЗ, является одной из самых частых и быстро растущих психопатологий XXI века.

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

### СТРАТЕГИЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Баранская Л.Т., Чечкина Е.В., Серкин Е.О.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*STRATEGY FOR OVERCOMING THE SYNDROME OF PROFESSIONAL BURNOUT IN STUDENTS OF MEDICAL SPECIALTIES OF THE MEDICAL UNIVERSITY*

*Baranskaya L.T., Chechkina E.V., Serkin E.O.*

Актуальность исследования. В условиях необходимых глобальных перемен в современном мире, на первый план выходят психологические проблемы адаптации профессионалов, неоднозначность личной и социально-значимой перспективы для разных идентификационных типов профессиональной деятельности.

В последние несколько лет особое внимание приковано к синдрому профессионального выгорания у врачей всех специальностей и, прежде всего, тем, кто находится «на передовой» борьбы с COVID-19 на протяжении двух лет. В частности, проведенные авторами исследования врачей анестезиологов-реаниматологов, общих хирургов, инфекционистов, неврологов, психиатров и психиатров-психотерапевтов отчетливо показывают, что наблюдается значительное увеличение числа специалистов с синдромом профессионального выгорания, который характеризуется низким уровнем альтруистической, коммуникативной и практической направленности и соответствует отсутствию эмоционального удовлетворения от содержания работы, порождает утрату смысла профессиональной деятельности и жизни в целом.

Наряду с этим, в отечественных и зарубежных исследованиях все отчетливее обсуждается проблема синдрома профессионального выгорания у студентов лечебных специальностей медицинских вузов. Более того показано, что у данной категории будущих специалистов выгорание также растет. Для выявления причин профессионального выгорания и выработки стратегии его предотвращения в период обучения в вузе было предпринято данное исследование.

Цель исследования: выявить распространенность синдрома профессионального выгорания у студентов лечебных специальностей медицинского университета.

Участники и методы исследования. Исследования проводились на 3-м и 5-м курсах лечебно-профилактического факультета УГМУ. Всего в исследовании приняли добровольное участие 194 студента; из них 108 студентов 5-го курса (56,0% выборки) и 86 студентов 3 курса (44,0%). В качестве инструмента исследования была выбрана методика «Диагностика уровня эмоционального выгорания» В.В. Бойко, которая показывает высокую валидность выявления синдрома выгорания у врачей разных специальностей и позволяет оценить выраженность 12 симптомов, составляющих три фазы синдрома: фаза напряжения, фаза резистентности, фаза истощения. Кроме того, некоторые студенты 5-го курса дополнительно писали эссе на тему: «Моя будущая профессия». Статистическая обработка эмпирических данных проводилась посредством программы Statistica, 6,0. Проведение исследования осуществлялось по согласованию с деканатом факультета и одобрено локальным этическим комитетом вуза.

Результаты исследования. В теоретико-методологическом плане нами принято следующее определение. Профессиональное выгорание – это патопсихологический синдром, являющийся результатом несбалансированности самоидентичности личности работника с идентичностью организации труда и современным социально-профессиональным контекстом деятельности. Указанный дисбаланс приводит к необходимости чрезмерных психологических усилий личности и дополнительных индивидуальных вкладов в организационные ситуации, которые являются объективными и безличностными.

В целом, по выборке наиболее значимыми сформировавшимися симптомами оказались «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование», свидетельствующее о невысоком социальном интеллекте и низкой самооценке студентов; «психосоматические и психовегетативные нарушения», указывающие на значительные перегрузки, обусловленные организацией учебной и внеучебной деятельности, досуга,

отдыха и питания; «редукция профессиональных обязанностей», как результат нерешённых проблем при прохождении учебной и производственной практики.

Распределение сформированных фаз синдрома профессионального выгорания у студентов 3 и 5 курсов оказывается примерно одинаковым. Так фаза напряжения окончательно сформировалась у 35% студентов 3-го курса и у 39% студентов 5-го курса, с учетом количества опрошенных на курсах разница несущественна. Фаза резистенции окончательно сформировалась у 66% студентов 3-го курса и у 60% студентов 5-го курса. Фаза истощения сформирована у 42% студентов 3-го курса и 45% студентов 5-го курса.

При этом было обнаружено существенное различие в формировании синдрома профессионального выгорания (всех трех фаз) между студентами 3-го и 5-го курсов. Среди студентов пятого курса синдром выявлен у 56% опрошенных (количество опрошенных составляет 27% от общего числа обучающихся на данном курсе). В то время как среди студентов 3-го курса синдром профессионального выгорания сформирован у 31% опрошенных (количество опрошенных составляет 23% от общего числа обучающихся на курсе). Данные цифры позволяют говорить о том, что от третьего к пятому курсу наблюдается позитивная динамика формирования синдрома профессионального выгорания в результате смысловой трансформации, а иногда и инверсии мотивов и целей, которые обусловили выбор профессии врача.

В подтверждение указанного тезиса приведем отрывок из эссе студента 5-го курса, который учится в основном на «отлично»: «Будучи на 4 курсе я впервые устроился на работу в медицинскую организацию. Каково же было мое удивление, когда мне сказали забыть все, чему меня учили в вузе и делать так, как «надо». В ВУЗе нас учат, как должно быть «на бумаге», но никто не учит, как это происходит на самом деле. Поэтому студент, попадая в профессиональную среду, абсолютно не приспособлен к ней. Ему нужно время для адаптации. Он как будто изучает заново все то, что умел. За 2 года рабочего стажа я сменил 2 медицинские организации. В каждой из них были одни и те же проблемы: нехватка кадров, лекарств, инструментов, расходных материалов. Было такое, что пациентов просто напросто было нечем лечить, потому что в аптеке больницы просто не было ряда препаратов длительное время. При этом в журналах мы писали о проведении лечения данными препаратами. Заработные платы тоже оставляли желать лучшего. К чему я это все рассказал? А к тому, что к середине 5 курса я устал от постоянного вранья, от абсурда и несправедливости, которая творится в сфере здравоохранения, от того, что стекла моих розовых очков разлетелись на мелкие осколки. Я эмоционально выгорел, понял, что медицина – это не мое. Я не могу учиться и работать в таких условиях, это эмоционально тяжело. Безусловно, я закончу университет, потому что бросать обучение, не доучившись 1,5 года – абсолютная глупость, но работать по профессии, я, скорее всего, не пойду».

Данный отрывок приведен совсем не для того, чтобы опорочить систему обучения в конкретном вузе, который к тому же является одним из лучших медицинских университетов страны, но чтобы понять и выявить причины профессионального выгорания и максимально их устранить еще во время обучения, исходя из того, что признание наличия проблемы является первым шагом к ее решению.

Выводы. В современном мире профессий происходят сложные и порой весьма противоречивые процессы, которые требуют соответствующей «ментальной почвы», позволяющей воспринимать как положительные, так и отрицательные факторы не как препятствие, а как источник профессионального роста, профессиональной реализации, способности к отстаиванию своей позиции в ситуации жесткой конкуренции. Очевидно, что все это связано, во-первых, с психологической готовностью к принятию социальных изменений, новым восприятием своей профессиональной роли, формированием нового представления о собственной деятельности и поведении в условиях стресса, изменением системы ценностей и смыслов. Во-вторых, свидетельствует о необходимости развития системы социальной поддержки и дальнейшего корпоративного развития профессиональной среды медицинского вуза.

# ВЗАИМОСВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Стрижев В.А.

ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Краснодар

*THE RELATIONSHIP OF EATING DISORDERS WITH VARYING DEGREES OF DEPENDENCE ON PHYSICAL EXERCISE IN MEDICAL STUDENTS*

*Boyko E.O., Zaitseva O.G., Lozhnikova L.E., Strizhev V.A.*

Физическая активность оказывает огромное влияние на психическое и физическое состояние человека. При этом потребительское отношение общества к внешности оказывает влияние на человеческие ценности, особенно под воздействием средств массовой информации, которые внушают молодому поколению мысль о том, что внешность является решающим фактором, определяющим успех в жизни. Подобная установка способствует формированию у молодых людей недовольства собственной внешностью и также приводит к развитию расстройств пищевого поведения. Стремление соответствовать «идеалам» красоты приводит к тому, что адекватный уровень физической активности, направленный на поддержание здоровья, приобретает компульсивный характер и способствует непреодолимому желанию контролировать свою внешность, что чревато серьезными последствиями как для физического, так и для психического здоровья.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи пищевого поведения и различной степени зависимости от физических упражнений у студентов 5-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Материалы и методы. В исследовании использовалась Google-форма, включающая следующие методики: 1. «Шкала зависимости от физических упражнений» Х. Хосенбласса, Д. Даунса (Exercise Dependence Scale – 21), включающая 21 утверждение объединенные в 7 шкал. Методика позволяет отнести испытуемого к одной из трёх групп: группа риска (зависимые), симптоматические (т.е. склонные) и асимптоматические (т.е. независимые). 2. «Шкала оценки пищевого поведения» в адаптации О.А. Ильчик, С.В. Сивухи, О.А. Скугаревского, включающая 51 утверждение (7 шкал). Данная методика направлена на оценку расстройств пищевого поведения.

Результаты и обсуждения. В исследование были включены 163 студента 5 - 6 курсов ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, из которых 92 девушки и 71 юноша. Средний возраст респондентов составил 22,4 лет. С учетом использования методики «Шкала зависимости от физических упражнений» студенты были разделены на три группы: зависимые, симптоматические и асимптоматические. К группе зависимых от физических упражнений по причине наличия недовольства собственным телом и сниженного уровня самооценки были отнесены 23% респондентов. К группе симптоматических, занятия спортом для которых являлось способом поддержания физической формы и улучшения скоростно-силовых показателей, были отнесены 30% студентов. В группу асимптоматических, которые индифферентно относились к физическим упражнениям, были включены 47% опрошенных. При использовании методики «Шкала оценки пищевого поведения» установлена взаимосвязь нарушений пищевого поведения и аддикции от физических упражнений у первой группы, относящихся к группе риска (23% студентов). Мотивацией для занятий спортом у них послужили следующие расстройства: стремление к похуданию (15%), булимия (3%), неудовлетворённость собственной внешностью (25%), неэффективность в деятельности (11%), перфекционизм (20%), недоверие в межличностных отношениях (25%) и интероцептивная некомпетентность (1%).

Таким образом, у четверти опрошенных студентов старших курсов медицинского вуза отмечалась зависимость от физических упражнений, имеющая корреляционную взаимосвязь с расстройствами пищевого поведения, и в структуре причин мотивации достижения преобладали неудовлетворённость собственной внешностью, чаще всего, стремление к похуданию, трудности в межличностных коммуникациях и перфекционизм.

## ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Бузин В.Н., Бузина Т.С.

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России; ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России  
Москва

*ASSESSMENT OF THE AVAILABILITY OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION*

*Buzin V.N., Buzina T.S.*

Состояние системы здравоохранения является одним из важных индикаторов состояния общества, а восприятие работоспособности этой системы населением отражает реальную доступность и качество оказания медицинской помощи. Здоровье населения в целом в значительной мере зависит от деятельности системы здравоохранения, а влияние остальных факторов выступает на первый план только тогда, когда обеспечены максимально возможные доступность и качество медицинской помощи населению. Одним из наименее исследованных аспектов этой масштабной задачи является оценка объемов, качества и доступности психологической помощи населению в Российской Федерации.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает, что психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья и определяется как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество.

Тема психического здоровья в современном мире становится все более актуальной. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, в которую входят министры здравоохранения 194 государств-членов, приняла Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 гг. по принятию комплексных скоординированных ответных мер со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на государственном уровне.

Развитие психологической службы в системе здравоохранения способствует укреплению психического здоровья населения. Медицинский психолог может оказать квалифицированную помощь людям, испытывающим жизненные трудности, стрессовые состояния и психологическое неблагополучие, а также распознать развитие тяжелой психической патологии и направить пациента к психиатру. В настоящий момент при Министерстве здравоохранения создана система главных внештатных специалистов по медицинской психологии. В медицинских вузах и университетах ежегодно выпускаются специалисты в области клинической психологии, разрабатываются порядки оказания медицинской помощи, включающие также психологическую помощь. В медицинских учреждениях предусмотрены ставки медицинских психологов.

Анализ динамики процесса восприятия здравоохранения населением и, в том числе, восприятие возможностей получения психологической помощи несёт важную информацию для прогнозирования и корректировки уровня социальной стабильности в стране и отражает степень устойчивости созданной системы в условиях турбулентностей и чрезвычайных ситуаций.

Одним из наименее исследованных аспектов доступности и качества оказания медицинской помощи населению остается доступность психологической помощи населению как важной части общественного здоровья, необходимого условия для сохранения и поддержания психологического здоровья.

Материалом для анализа явились результаты социологического опроса населения Российской Федерации, проведенного в сентябре-октябре 2021 г. методом личных полуструктурированных интервью по месту жительства (квартирный опрос) по разработанной анкете. Объем выборки составил 1630 человек. Допустимый уровень точности (в процентах с доверительным интервалом в 95%,  $p=0,05$ ) составил  $\pm 3\%$ .

Проведенное исследование выявило определенные сложности, связанные с профилактикой нарушений психологического благополучия и психического здоровья среди населения.

Опрос показал низкую потребность граждан в обращении к психологу, уровень обращений в течение 3 последних месяцев до начала опроса составил 4,4% в целом по выборке. При этом еще 14,9% сформировали группу потенциальных пациентов, но они не имели возможности попасть на прием из-за отсутствия специалиста.

Самый высокий неудовлетворенный спрос на психологическую помощь выявлен в городах-миллионниках и малых городах (17,8% и 17,3% соответственно). Практику обращений, в первую очередь, имеют москвичи – доля обратившихся в 2 раза выше среднего значения (8,3%).



Общую потребность в помощи данных специалистов на основании ответов респондентов можно оценить в 19-20% взрослого населения Российской Федерации. То есть каждый пятый житель Российской Федерации нуждается в помощи профессионального медицинского психолога.

При этом рекомендации относительно обращения к психологу получили от медицинских работников всего 3,6% опрошенных.

Также обращает на себя внимание то, что в Москве при наибольшем запросе на психологическую помощь наблюдается самый меньший процент рекомендаций со стороны врачей обращаться к психологу.

Анализ возрастной специфики при обращении за помощью для укрепления своего психологического здоровья показал, что чаще всего обращались к психологу респонденты в возрасте 25-44 лет, суммарно они составляли 39,5% от всех обратившихся за психологической помощью. Реже всего к психологам обращались молодые респонденты от 18 до 24 лет и респонденты наиболее продуктивного возраста 45-54 лет.

Не смогли реализовать потребность в психологической помощи из-за отсутствия специалиста в большей степени люди в возрасте 24-34 лет и 45-54 лет (в 21,6% и 21,47% случаях соответственно).

Всего потребность в психологической помощи по всем возрастным группам составляет порядка 19%-20%, а в возрастной группе 45-54 лет порядка 23%.

В современных условиях развивающейся пандемии COVID-19, когда специалисты отмечают рост эмоционального напряжения и увеличение количества стрессовых, тревожных и депрессивных расстройств, потребность в психологической поддержке и помощи становится особенно актуальной. Наиболее подготовленными в этой области среди психологов являются специалисты с квалификацией «Клиническая психология».

В системе здравоохранения работает свыше 7000 медицинских психологов, а при Министерстве здравоохранения Российской Федерации создана система главных внештатных специалистов по медицинской психологии.

Но, в отличие от других медицинских специальностей, клиническая психология недостаточно интегрирована в систему здравоохранения. При Министерстве здравоохранения нет единого координационного центра, который бы системно определял политику оказания помощи населению в этой сфере, конструктивно организовывая деятельность медицинских психологов в системе здравоохранения. До настоящего времени не принят профессиональный стандарт медицинского психолога. Отсутствие единой политики в работе психологической службы в медицине ведет к недостаточному использованию ресурсов психологической помощи в системе здравоохранения. Проблема интеграции медицинской помощи в систему здравоохранения обусловлена также тем, что врачи не имеют достаточных знаний в области психологии пациента. Федеральные образовательные стандарты по подготовке специалистов медицинских специальностей не содержат компетенций, связанных с психологическими знаниями в целом и психологией пациента в том числе. Это приводит к тому, что специалисты-медики недооценивают значение психологической помощи и не рекомендуют ее пациентам. В то же время психологическая помощь пациентам может снизить нагрузку на врачей за счет снижения психосоматических реакций, а знание психологии пациента и работа в контакте с медицинским психологом поможет повысить приверженности пациентов лечению и снизить эмоциональное напряжение в коммуникации врача и пациента, что может быть профилактикой синдрома эмоционального выгорания.

Решение задачи снижения или полной ликвидации неудовлетворенного спроса на психологическую помощь среди населения, расширение возможностей ее оказания населению с целью повышения психологического здоровья, а также командная работа врачей с медицинскими психологами поможет снизить нагрузку на врачей при работе с пациентами и повысить ее эффективность.

В области охраны психического здоровья и психологического благополучия населения необходима дальнейшая интеграция системы психологических знаний и технологий в здравоохранение. Продолжающаяся пандемия распространения коронавирусной инфекции COVID-19 продемонстрировала необходимость и реальную действенность психологической помощи на всех этапах медицинской деятельности. В то же время интеграция клинической психологии в медицину на современном этапе требует следующих организационных шагов:

- повышения информированности врачей в области клинической психологии и их психологической компетентности за счет введения в стандарты обучения врачей общепрофессиональных компетенций в области клинической психологии, включая разделы психологии пациента и психологии здоровья;
- согласования и утверждения профессионального стандарта медицинского психолога, на основе которого должны разрабатываться образовательные стандарты специалистов-клинических психологов,

что, в свою очередь, будет способствовать повышению медицинской компетентности клинических психологов и их интеграции в систему здравоохранения;  
- создания научно-методического и организационного подразделения при Министерстве здравоохранения, определяющего стратегию и координирующего деятельность медицинских психологов в системе здравоохранения.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Бузина Т.С.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Москва

*EMOTIONAL INTELLIGENCE STUDY IN SUBSTANCE DEPENDENCE*

*Buzina T.S.*

Исследование роли личностных особенностей в формировании зависимости и отказе от приема психоактивных веществ на сегодняшний день является достаточно острой и актуальной задачей научной и практической наркологии. В качестве таких личностных особенностей мало исследованной остается сфера эмоционального интеллекта (ЭИ) как способности к распознаванию своих и чужих эмоций. Недостаточность этой характеристики может мешать пониманию своего внутреннего состояния, а также затруднять коммуникацию с другими людьми, создавая и усиливая таким образом эмоциональное напряжение. Так, потребители ПАВ часто указывают на то, что употребление этих веществ снижает внутреннее напряжение и облегчает вступление межличностное взаимодействие. На этапе ремиссии одной из проблем пациентов с зависимостью является плохое распознавание нарастающего влечения к ПАВ, при котором пациент не обращает должного внимания на изменения своего эмоционального состояния, что в итоге приводит к «срыву» и возобновлению употребления алкоголя или наркотиков.

Целью исследования стало изучение эмоционального интеллекта как способности к распознаванию своих и чужих эмоций при зависимости от ПАВ.

В исследовании приняли участие 69 человек, находящихся в реабилитационном центре АНО «Неугасимая Надежда». Среди них 41 указали, что имеют зависимость от алкоголя и 28 сообщили, что употребляют различные наркотические вещества. Средний возраст лиц, страдающих алкогольной зависимостью, составил  $38 \pm 9,6$  лет. Большинство пациентов безработные. Средний возраст лиц, страдающих зависимостью от наркотических веществ, составил  $31 \pm 8$  лет.

В исследовании были использованы следующие психологические методики: «Тест аддиктивных установок» (Мак-Маллан – Гейлхар) для оценки поведения, связанного с употреблением ПАВ; опросник эмоционального интеллекта «Эмин» Д.В. Люсина; Тест жизнестойкости (Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой) для оценки способности справляться с жизненными стрессами. Результаты исследования показали, что в среднем у всех обследованных уровень развития компонентов эмоционального интеллекта ниже средних нормативных показателей. Лица с алкогольной и наркотической зависимостью имеют трудности с пониманием эмоционального состояния другого человека на основе внешних проявлений эмоций, и также сталкиваются со сложностью понимания собственных эмоций и управления ими. При этом, между группами потребителей алкоголя и потребителей наркотиков наблюдаются значимые различия по шкалам: «Межличностный эмоциональный интеллект». Пациенты с наркотической зависимостью имеют несколько более развитый межличностный ЭИ. Это может быть связано с тем, что по данным других исследований, для пациентов с наркотической зависимостью характерна склонность к манипулятивному поведению, называемому «маккевиализм», которое проявляется в осуществлении любого поведения, позволяющего индивиду добиваться личной выгоды. Такое поведения может быть следствием труднодоступности наркотических веществ при достаточно тяжелых последствиях синдрома отмены, и способствует более яркой выраженности таких черт как лживость, лесть, манипулирование чувствами и поведением окружающих людей. При этом понимание эмоций других людей облегчает общение как средство воздействия на других людей.

Также в результате исследования были получены данные о связи выраженности поведенческих установок в отношении употребления психоактивных веществ и компонентов ЭИ. Корреляционный анализ показал, что чем ниже уровень внутриличностного ЭИ, тем выше выраженность аддиктивных установок ( $r = -0,435$  при  $p = 0,021$ ). Низкие способности понимать собственное эмоциональное состояние, управлять своими эмоциями, поддерживать желательные эмоции и держать под контролем нежелательные могут усиливать зависимое поведение, как способ избегания неприятных эмоций и состояний.

При корреляционном анализе были получены значимые положительные коэффициенты корреляций между всеми компонентами ЭИ с параметрами жизнестойкости, как способности преодолевать жизненные стрессы, совладея с ними и контролируя свое поведение и его последствия.

Таким образом, исследование зависимых от ПАВ лиц, находящихся на этапе реабилитации, показало, что такая психологическая характеристика как ЭИ имеет связь со степенью выраженности поведенческих установок в отношении употребления ПАВ и способностями преодолевать жизненные трудности и стрессы.

Полученные результаты могут быть полезны для определения мишеней психокоррекционных программ для лиц, преодолевающих зависимость от ПАВ, а также углубляют и расширяют представления о возможных условиях возникновения эмоциональных расстройств, сопровождающих различные формы зависимостей.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ**

**Виндорф С.А.**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

*THE LEVEL OF ALEXITHYMIA AS A FACTOR OF VIOLATION OF THE EMOTIONAL SPHERE IN MINORS ABUSING PSYCHOSTIMULANTS*

*Vindorf S.A.*

Актуальность исследования. За последние несколько лет в России среди подростков и молодежи набрали популярность синтетические, или «дизайнерские», наркотики с выраженными основными эффектами и аддиктивным потенциалом (Софронов Г.А., Головки А.И. и соавт., 2012; Головки А.И., Башарин В.А. и соавт., 2015). Подростковый возраст характеризуется установкой моделей поведения, которые в будущем будут влиять на здоровье и качество жизни, становлением временных связей, активного освоения времени, жизненного самоопределения, а также формированием целей (Аверин В.А., 2021, Макунян В.Р., 2003; Фельдштейн Д.И., 1997, W. Damon, J. Menon, 2016 и др.). С другой стороны, подростки являются одной из наиболее уязвимых категорий по вовлечению в употребление психоактивных веществ. По данным многочисленных исследований, наиболее критическим, представляющим риск вовлечения человека в периодическое или регулярное потребление наркотиков, является именно подростковый период. Злоупотребление наркотическими веществами в пубертатном периоде характеризуется постепенным снижением минимального возраста дебюта употребления психоактивных веществ (ПАВ), а также растущей легкостью приобретения их подростками.

Одним из малоизученных является феномен алекситимии у наркотизирующихся подростков. Одной из особенностей людей, страдающих разными видами аддиктивного поведения, является сложность в понимании своих чувств и желаний. По мнению исследователей, невозможность переработать аффективные состояния, дифференцировать их и описать, способствует снижению адаптационных возможностей и является предиктором возникновения аддикций. (С.И. Замогильный, К.Э. Зборовский, С.А. Игумнов, 2016). Личность с алекситимичными чертами часто характеризуется специфическим дисбалансом, при котором эмоции в основном проявляются в контексте зависимости, а не в реальной жизни (Зайцев Д.В., Селиванова Ю.В., 2017).

В настоящем исследовании рассмотрены особенности эмоциональной сферы и выраженность алекситимии у подростков, злоупотребляющих наркотическими веществами. Методики: Опросник САН (В.А. Доскин, Н.А. Лаврентьева, В.Б. Шарай, М.П. Мирошников), Методика ДШЭ (Е. П. Ильин, по К. Изарду), Методика самооценки уровня тревожности (Ч.Д. Спилбергер и Ю.Л. Ханин), Торонтская шкала

алекситимии, валидизированный русский вариант (Е.Г. Старостина и др.), Методика на выявление доминирующего состояния (Л.В. Куликов).

Объект исследования: подростки 15-17 лет (средний возраст:  $15,5 \pm 1,23$  лет) (40 человек), состоящие под диспансерным наблюдением в СПб ГБУЗ Городская наркологическая больница с диагнозами :F 15.1, F15.201, F 15.202, F19.202. На момент обследования испытуемые находились вне интоксикации и абстиненции. В качестве контрольной группы обследованы 40 подростков 15-17 лет (средний возраст:  $15,3 \pm 1,31$ ) без опыта употребления ПАВ. Мужской и женский пол в равном соотношении.

Основные результаты исследования. Проведенное исследование выявило статистически значимые различия между основной и контрольной группой по таким параметрам как «Доминирующее эмоциональное состояние» ( $p < 0,05$ ), «Общий уровень алекситимии» ( $p < 0,05$ ), «Трудности идентификации чувств» ( $p < 0,05$ ), параметрам, связанным с самооценкой настроения и активности ( $p < 0,05$ ). У мальчиков основной группы показатель по шкале «Трудности идентификации чувств» статистически значимо ниже показателя, чем у девочек. Показатель девочек приближен к максимальному результату по шкале «Трудности идентификации чувств», в то время как у мальчиков данный показатель незначительно повышен. Таким образом, девочкам сложнее описывать и вербализовать свои чувства, чем их сверстникам противоположного пола.

Для выявления внутригрупповых корреляций был произведен корреляционный анализ с применением непараметрического коэффициента корреляции К. Спирмена (параметры «Трудности идентификации чувств», «Трудности описания чувств» и «Общий уровень алекситимии» методики TAS-20-R.) Анализ полученных взаимосвязей показал, что «Трудности идентификации чувств» имеет взаимосвязь с факторами «Образ самого себя» ( $r = -0,61, p < 0,01$ ), «Устойчивость эмоционального тона» ( $r = -0,58, p < 0,01$ ) и «Удовлетворенность жизнью в целом» ( $r = -0,58, p < 0,01$ ) методики ДС-6, а также с фактором «Самочувствие» ( $r = -0,61, p < 0,01$ ) методики САН. Таким образом, можно предположить, что чем сильнее выражены трудности идентификации чувств, тем хуже наркозависимый подросток себя воспринимает, тем ниже его эмоциональная устойчивость, самочувствие и удовлетворенность жизнью в целом.

Также анализ полученных взаимосвязей выявил достоверно значимые отрицательные корреляции между «Трудностью описания чувств» и факторами «Устойчивость эмоционального тона» ( $r = -0,58, p < 0,01$ ), «Удовлетворенность жизнью в целом» ( $r = -0,75, p < 0,01$ ) методики ДС-6, а также «Активность» ( $r = -0,64, p < 0,01$ ) и «Самочувствие» ( $r = -0,59, p < 0,01$ ) методики САН. Следовательно, чем более выражена трудность описания чувств, тем ниже активность, самочувствие, устойчивость эмоционального тона и удовлетворенность жизнью в целом.

Кроме того, отрицательные корреляции наблюдаются между «Общим уровнем алекситимии» и факторами «Активность» ( $r = -0,57, p < 0,01$ ), «Самочувствие» ( $r = -0,55, p < 0,01$ ) методики САН. Таким образом, чем более выражена алекситимия, тем ниже активность и хуже самочувствие.

В проведенном нами исследовании, направленном на изучение уровня алекситимии в группе наркотизирующихся подростков, была выявлена взаимосвязь эмоциональной сферы и уровня алекситимии.

Таким образом, при психопрофилактической и психокоррекционной работе с подростками необходимо в качестве терапевтической «мишени» по работе с данной группой пациентов выявлять алекситимию.

Преодоление алекситимии у подростков, злоупотребляющих психоактивными веществами, будет способствовать гармонизации их психоэмоционального состояния, а также снижению частоты рецидивов.

## **СВЯЗЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ И СИМПТОМОВ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Воликова С.В., Довженко Т.В., Москачева М.А., Юдеева Т.Ю.**  
МНИИ психиатрии – филиал ФБГУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского»  
Минздрава России  
Москва

*ASSOCIATION OF FAMILY FACTORS AND SYMPTOMS OF ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS*  
*Volikova S.V., Dovzhenko T.V., Moskacheva M.A., Yudeeva T.Y.*

Современная ситуация такова, что количество пациентов с расстройствами аффективного спектра увеличивается. Депрессивные и тревожные расстройства остаются одними из самых часто

встречающихся расстройств среди всех психических расстройств. Поэтому постоянно актуальным остается вопрос исследования факторов течения депрессивных и тревожных расстройств, а также уточнения механизмов их возникновения. Нарушения на семейном уровне признаются важным фактором, влияющим на возникновение и течение расстройств аффективного спектра. Рассматриваются дисфункции в актуальной семье взрослых пациентов. Но также важное значение имеют нарушения в семейной системе родительской семьи пациентов в период их взросления. Дискуссионными остаются вопросы о степени влияния отдельных семейных дисфункций в родительской семье пациентов на депрессивные и тревожные расстройства, а также вопросы о специфических особенностях и нарушениях родительских семей пациентов с разными диагнозами. Исследования родительских семей взрослых пациентов отвечают не только на научные вопросы, но позволяют уточнить протоколы психологической помощи данным группам пациентов.

**Цель исследования:** Данная публикация отражает только один из фрагментов исследования связи семейных, личностных и когнитивных факторов расстройств аффективного спектра. Цель исследования в уточнении взаимосвязей отдельных факторов с депрессивными и тревожными расстройствами.

**Методы:** для выявления симптомов расстройств аффективного спектра - SCL-90; для выявления семейных факторов - опросник «Стили эмоциональных коммуникаций» (Холмогорова, Воликова), RFQ (Risky Families Questionnaire (Taylor, Eisenberger, Saxbe, Lehman, Lieberman, 2006)).

**Выборка:** в исследовании приняли участие 47 пациентов из отделений МНИИ психиатрии (5 мужчин; 42 женщины); средний возраст – 30,7 лет с диагнозами раздела F3-35 чел, раздела F4 – 12 чел. Пациенты обследовались на второй-третьей неделе после госпитализации. В обследование были включены пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами. Критерии исключения: выраженные органические нарушения, диагностированные расстройства шизофренического спектра, диагностированные зависимости от ПАВ, возраст старше 50 лет. Все пациенты перед прохождением обследования подписали информированное согласие на участие в исследовании.

**Результаты:** в смешанной группе пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами выявлены связи симптомов тревоги/депрессии и нарушений родительской семейной системы, наблюдавшихся у этих пациентов в детские и подростковые годы. Например, уровень семейных дисфункций (конфликты, физическое насилие, отвержение, пренебрежение со стороны родителей), наблюдавшихся в родительской семье пациентов в период их взросления (опросник RFQ), связан с их актуальными симптомами депрессии (0,34\*) и тревоги (0,47\*\*), а также другими проявлениями психопатологии, выявляемыми у этих пациентов (опросник SCL-90). Пациенты описывают своих родителей как критикующих (шкала критики опросника СЭК коррелирует со всеми шкалами опросника CSL-90 на уровне значимости от 0,3\* до 0,57\*\*). Обнаруживается связь симптомов депрессии и тревоги и игнорированием эмоций в родительской семье пациентов (от 0,3\* до 0,41\*), стремлением семьи создавать видимость семейного благополучия в глазах окружающих (от 0,29\* до 0,45\*). Выраженность перфекционистских установок в родительской семье пациентов коррелирует с уровнями соматизации (0,45\*\*), враждебности (0,44\*).

Полученные данные подтверждают результаты обработки нового, находящегося в стадии стандартизации, опросника RFQ (Risky Families Questionnaire (Taylor, Eisenberger, Saxbe, Lehman, Lieberman, 2006)). Выявлена связь общего индекса семейного неблагополучия в родительской семье и детско-родительских отношениях с симптомами депрессии (0,34\* -опросник SCL-90) и тревоги (0,47\*\* - опросник SCL-90), а также с другими психопатологическими симптомами (опросник SCL-90) у взрослых пациентов.

**Выводы:** по результатам исследования можно говорить о том, что пациенты с депрессивными расстройствами росли в семьях с большим количеством нарушений в семенной системе, чем в норме. Расширение выборки, а также проведение регрессионного анализа позволит сделать более надежные выводы. Но уже сейчас полученные результаты позволяют уточнить мишени психотерапевтической помощи этой группе пациентов. При формулировании целей психологической помощи взрослым пациентам с депрессивными и тревожными расстройствами обязательно нужно включить цель исследования стиля семейных коммуникаций в родительской семье пациента в период его взросления.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И С АНЕМИЕЙ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19

Воробьева Е.В., Филатова А.В.

Южный федеральный университет  
Ростов-на-Дону

*PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PREGNANT WOMEN WITH NORMALLY FLOWING PREGNANCY AND WITH ANEMIA IN THE PANDEMIC EPOCH COVID-19*

*Vorobyeva E.V., Filatova A.V.*

Анемия является частым осложнением протекания беременности и составляет до тридцати с лишним процентов от общего количества осложнений. Наиболее часто диагностируется железодефицитная анемия, при которой наблюдается снижение уровня гемоглобина менее 110 г/л. Помимо изменения самочувствия анемия сопровождается и психологическими проявлениями, такими как раздражительность, плаксивость, тревожность (Макаров И.О., 2007; Савченко Т.Н., Агаева М.И., Дергачева И.А., 2016).

Акцентуации характера, как обострение черт характера в пределах нормы, в период до пандемии COVID-19 наблюдались примерно у 25 % беременных женщин, причем при гестозе второй половины беременности наблюдается дальнейшее усиление акцентуированных черт характера (Костенко И.В., Оленко Е.С., Ведищев С.И., Рогожина И.Е., Кодочигова А.И., Субботина В.Г., 2013). В эпоху пандемии COVID-19 отмечается увеличение стрессогенности окружающей среды, рост количества различных психопатологий, а также рост количества беременных женщин с акцентуациями характера (Ahmad M., Vismara L., 2021).

Цель нашей работы – выявить психологические особенности беременных женщин с нормально протекающей беременностью и с анемией в эпоху пандемии COVID-19.

Методы. Для участия в исследовании приняли участие 101 беременных женщин (вторая половина беременности), среди них 51 – с диагнозом анемия, 50 – с нормально протекающей беременностью. Возрастной диапазон беременных женщин включал 17 - 44 года в группе с нормально протекающей беременностью, и 17 - 39 лет – в группе беременных с диагнозом «анемия». Исследование проводилось в 2021 году на базе женских консультаций городских больниц 6 и 7 г. Ростова-на-Дону.

В исследовании были использованы методы: беседа, тестовый метод, статистический анализ. Тестовые методики: Опросник «Нервно-психическое напряжение» Немчина Т.А.; Методика «Измерения уровня тревожности» Тейлора (в адаптации В.Г. Норакидзе); Методика «Тип отношения к беременности» И.В. Добрякова; Опросник Леонгарда-Шмишека «Акцентуации характера». Статистическая обработка была произведена с помощью программы Statistica 11.0.

Результаты. Оценка уровня нервно-психического напряжения по методике Т.А. Немчина показала, что в целом у беременных уровень нервно-психического напряжения выше среднего ( $51,66 \pm 16,32$ ). Группа беременных с диагнозом «анемия» имеет высокий уровень нервно-психического напряжения ( $58,40 \pm 16,87$ ). Группа женщин с нормально протекающей беременностью имеет средний уровень нервно-психического напряжения ( $45,06 \pm 12,81$ ).

Диагностика уровня тревожности по методике Дж. Тейлора показала, что в целом для выборки беременных средний уровень тревожности ( $23,23 \pm 13,00$ ). У беременных с диагнозом «анемия» высокий уровень тревожности ( $29,40 \pm 11,62$ ). В группе женщин с нормально протекающей беременностью уровень тревожности соответствует норме ( $17,18 \pm 11,42$ ).

В результате проведенного сравнительного анализа с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни были выявлены значимые различия между женщинами с диагнозом «анемия» и с нормально протекающей беременностью по показателю нервно-психического напряжения ( $U=679$ ,  $p=0,0001$ ) и по показателю тревожности, исследованному методикой Тейлора ( $U=566,5$   $p=0,001$ ).

В результате проведенного сравнительного анализа были выявлены значимые различия между беременными женщинами с диагнозом «анемия» и с нормально протекающей беременностью по степени выраженности таких типов акцентуации характера: циклотимный ( $U=872,5$ ,  $p=0,01$ ), эмотивный ( $U=918,5$   $p=0,01$ ), возбудимый ( $U=988,5$   $p=0,05$ ), экзальтированный ( $U=992,5$   $p=0,05$ ). Таким образом, у женщин с анемией беременности в большей степени проявляются признаки повышенной импульсивности, особой впечатлительности и чувствительности, наблюдается смена повышенного и сниженного фона настроения, более выраженная легкость смены полюса настроения. При этом такие женщины в большей степени проявляют большую склонность к страхам, робость и пугливость.

Проведенный сравнительный анализ выявил значимые различия между частотой встречаемости оптимального ( $\chi^2=6,8$ ,  $p=0,01$ ) и тревожного ( $\chi^2=4,6$ ,  $p=0,03$ ) типов отношения к беременности у женщин с диагнозом «анемия» и женщин с нормально протекающей беременностью.

Полученные результаты могут найти практическое применение в сфере психокоррекционной работы психологов, работающих с беременными женщинами, при подборе упражнений и рекомендаций, направленных на снижение психо-эмоционального напряжения и ситуативной тревожности, саморегуляцию эмоционального состояния.

Выводы.

1. Выраженность нервно-психического напряжения и ситуативной тревожности имеет значимо более высокий уровень у беременных женщин с анемией, по сравнению с женщинами с нормально протекающей беременностью в эпоху пандемии COVID-19.

2. В эпоху пандемии COVID-19 беременных женщин с анемией в большей степени проявляются черты циклотимного, эмотивного, возбудимого и экзальтированного типов акцентуации характера по сравнению с женщинами с нормальной протекающей беременностью.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Гаранина М.М., Пирогов Д.Г.**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

*THE RELEVANCE RESEARCH OF THE HARDINESS OF MOTHERS OF CHILDREN IN THE CONDITIONS IN PALLIATIVE CARE*

*Garanina M.M., Pirogov D.G.*

Паллиативная помощь детям представляет собой отдельное направление паллиативной помощи, заключающееся в поддержке детей с неизлечимыми, прогрессирующими заболеваниями в возрасте до 18 лет и их семей. Согласно приказу Минздрава РФ и Минтруда и социального развития от 31.05.2019 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» паллиативная медицинская помощь оказывается детям с неизлечимыми заболеваниями или состояниями, угрожающими жизни или сокращающими ее продолжительность, в стадии, когда отсутствуют или исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, по медицинским показаниям с учетом тяжести, функционального состояния и прогноза основного заболевания. Паллиативная помощь мультидисциплинарна и включает в себя медицинские, психологические, педагогические, социальные и духовные мероприятия.

Паллиативная помощь оказывается в условиях амбулаторного (выездная патронажная служба паллиативной медицинской помощи) или стационарного наблюдения (отделения, кабинеты, койки или хоспис). Вне зависимости от условий оказания помощи одной из приоритетных задач представляется оказание психологической помощи детям и их семьям.

Одним из наиболее значимых факторов развития выступает среда, в которой ребенок растет и развивается. Дети, признанные нуждающимися в паллиативной помощи, чаще имеют крайне неблагоприятный прогноз течения болезни с возможным летальным исходом. Их родители живут в постоянном напряжении, физическая и эмоциональная нагрузка часто приводит к эмоциональному истощению. В результате воздействия различных стрессогенных факторов нарастает чувство неудовлетворенности, приводящее в итоге к эмоциональному выгоранию. Выявлено, что более 50% семей, воспитывающих ребенка с паллиативным состоянием, находятся в состоянии хронического семейного стресса и кризиса.

Исходя из вышесказанного, крайне важным представляется исследовать жизнестойкость матерей детей, получающих паллиативную помощь, как фактор, способствующий поддержанию внутрисемейного и личного благополучия, преодолению стрессовой ситуации.

Согласно определению С. Мадди и С. Кобейса, жизнестойкость представляет собой систему убеждений о себе, о мире, об отношениях с миром. Д.А. Леонтьев и Е.И. Расказова определяют это как «меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и

не снижая успешность деятельности». Основываясь на анализе различных подходов в понимании жизнестойкости (Л.А. Александрова, Т.Ю. Иванова, Е.А. Митрофанова, З.Н. Саралиева) был сделан вывод о том, что она представляется значимым фактором в преодолении стресса, сохранении психического и физического благополучия. Исходя из ранее проведенных исследований, а также опыта практической работы с семьями в условиях оказания паллиативной помощи, на основе авторской системы С.Мадди была разработана концептуально расширенная система жизнестойкости. В данную систему включены жизнестойкие убеждения (согласно концепции С. Мадди), ценности и смысл в жизни, семейные сценарии, внутренние и внешние ресурсы, состояние здоровья матери и ребенка, наличие и степень выраженности эмоционального выгорания и копинг-стратегии.

В научных исследованиях последнего десятилетия рассматриваются отдельные аспекты психологической помощи семьям, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями здоровья, имеющими паллиативный статус. Следует отметить, что наиболее изученными являются вопросы, связанные с общими вопросами паллиативной помощи, касающиеся психологического состояния детей, имеющих онкологические заболевания и их семей, аспекты детско-родительских отношений в семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья (Д.Р. Гильфантинова, О.В. Александрова, Э. Голдман, Р. Хейн, С. Либен, Н.Н. Савва, Д.Г. Пирогов, Т.В. Маликова, В.А. Аверин, Т.В. Иванова и пр.). Наиболее разработанными и изученными в психологической науке являются аспекты жизнестойкости и ресурсности. В последнее время актуализировалось изучение истории и опыта прародительской семьи (А.В. Махнач, Д.А. Леонтьев, З.Х. Саралиева, С. Хобфолл, С. Мадди, Л.А. Александрова, Ю.И. Чепик и пр.). В настоящее время активно исследуется феномен эмоционального выгорания родителей, разрабатываются и адаптируются методики для его диагностики (В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Л.А. Базалева, И.Н. Ефимова и пр.).

Исследование представленной структуры жизнестойкости матерей детей, получающих паллиативную помощь, позволит расширить теоретические знания о ее компонентах, исследовать вопрос о наличии синдрома эмоционального выгорания, его соматических и психологических проявлениях. Предлагаемая структура жизнестойкости, позволит более детально рассмотреть ресурсы, ценности и смыслы в жизни матерей детей, имеющих неизлечимые заболевания. Полученные данные предоставят возможность более полно учитывать актуальные потребности семей в оказании им социально-психологической помощи. На основе проведенного исследования и полученных результатов представляется возможным разработка методического инструментария: методических пособий, карт индивидуального и семейного сопровождения, рекомендаций по работе для специалистов детских хосписов, паллиативных служб и отделений с учетом как актуальных потребностей семей, так и психоэмоционального состояния матерей.

## **ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЧНОСТЕЙ С ЗАВИСИМОСТЯМИ В СВЕТЕ ТЕОРИИ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ МЮРРЕЯ БОУЭНА**

**Гаюрова Ю.А.**

ГБУ «Центр помощи семье и детям»

Санкт-Петербург

*THE PROBLEM OF VIOLATION OF SELF-REGULATION IN INDIVIDUALS WITH ADDICTIONS IN THE LIGHT OF MURRAY BOWEN'S FAMILY SYSTEMS THEORY*

*Gayurova Yu.A.*

Зависимость представляет собой феномен, вызывающий всё большее внимание в современном обществе ввиду своей распространенности и деструктивности своего влияния на здоровье и благополучие человека и его семьи. Существует множество концепций зависимости, как в рамках естественнонаучного, так и гуманитарного знания. Результатом этого мы имеем не столько системное видение явления зависимости, его этиологии и патогенеза, всей системы факторов, на которые можно влиять в процессе терапии, сколько версии того, под влиянием чего усиливается или снижается патологическое влечение.

На наш взгляд, достаточным потенциалом для развития представлений о явлении зависимости, условий ее формирования и средствах терапии аддиктивного поведения обладают системные психологические концепции, рассматривающие человека и его функции в динамике нормы и патологии. К таким концепциям, позволяющим увидеть данное явление в контексте системных процессов, относится теория семейных систем Мюррея Боуэна.



Модель этиологии зависимости, основанная на теории семейных систем, требует детального рассмотрения основных, связанных с ней, понятий и тезисов. По Боуэну, все формы жизни являются системами. Системный принцип организации позволяет организму получать и перерабатывать информацию как изнутри организма, так и извне, из окружающей среды, чтобы наиболее адаптивным образом организовывать свое поведение. Ключевыми понятиями его теории выступают уровень тревоги и дифференциация Я. Эмоциональную систему Боуэн определял как внутреннюю регуляционную систему организма, унаследованную в процессе эволюции от других, более древних видов. Это средство выживания, утратившее отчасти значение средства борьбы за жизнь, которым являлось в прошлом. Тревога – это базовое свойство эмоциональной системы подавать сигналы, способствующие приспособлению к среде. Данные структуры мозга отвечают за автоматические реакции индивида на внешние средовые воздействия, в то время как лобные доли отвечают за сознание, контроль, планирование. От способности интеллекта контролировать эмоции зависит уровень функционирования личности, степень ее успешности и социальной адаптации. Дифференциация Я, по Боуэну, выполняет именно эту функцию – разграничивает в психике человека эмоциональную и интеллектуальную составляющую, позволяя осмысливать происходящее вне зависимости от эмоционального контекста. Понятие дифференциации было взято М. Боуэном из биологии, по аналогии с дифференциацией клеток в процессе развития организма. Оно понимается им в применении к Я человека как способность оставаться независимым от эмоций в процессе саморегуляции. Более поздние регуляционные системы (интеллектуальная) выполняют свои функции независимой оценки действительности, и разграничение эмоций и интеллекта играет ключевую роль в динамике уровня тревоги и устойчивости к стрессу. Чем выше уровень дифференциации Я, тем выше адаптационный потенциал личности. Познавательная деятельность человека, согласно теории семейных систем, имеет субъективные черты, функционально обусловленные ролевыми позициями в социальной системе. И проблема нарушений саморегуляции человека, приводящих к личностной дисфункции в виде зависимости, может быть рассмотрена в контексте таких понятий, как «индивидуация» и «совместность». Как практически любая дисфункция, зависимость от ПАВ может быть обусловлена взаимодействием между двумя противоборствующими «жизненными силами»: индивидуацией и совместностью в их стремлении к максимально адаптивному варианту функционирования. По Боуэну, «победа» семейной системы, или приоритет совместности, проявляется различными отклонениями в функционировании личности на разных уровнях, например, в снижении интеллекта (ср. с: «группомыслие» Ирвинга Дженнса), появлении болезни, в гипер- или гипофункционировании члена семьи и др.

Таким образом, в рамках теории семейных систем зависимость как форма нарушения саморегуляции личности может объясняться неспособностью личности управлять своим выбором в дилемме индивидуации – совместности. Результатом этого может быть приоритет совместности и личностная дисфункция. Совместность как стратегия, определяющая поведение человека, в ее патологических формах может носить характер избыточного или недостаточного ролевого функционирования человека. Это сказывается отклонениями в процессе регуляции жизнедеятельности человека на различных уровнях. Нарушения проявляются низкой степенью дифференциации Я и, в конечном итоге, снижением уровня адаптивности личности, ее устойчивости к стрессу и способности справляться с текущими жизненными задачами без дополнительного самовознаграждения.

Низкая дифференцированность Я человека может пониматься как проявление приоритета совместности, связанное с механизмами психологической защиты, играющими свою роль в поддержании гомеостаза. Человек может по определенным причинам не «хотеть» понимать какие-то вещи, защищаясь от изменений своей позиции в социальной системе. Опорными являются для него те представления, которые функционально адекватны данным конкретным условиям его жизни. В своем романе «Женщина в песках» Кобо Абэ так описывал абсурдную по своему смыслу и ставшую привычной борьбу за жизнь людей в условиях пустыни: «Бесплодность песка, каким он представляется обычно, объясняется не просто его сухостью, а непрерывным движением, которого не может перенести ничто живое. Как это похоже на унылую жизнь людей, изо дня в день цепляющихся друг за друга». Образы этого произведения имеют яркий символизм, поскольку описывают систему, где есть и жертвы, не имеющие выбора, и те, кому это положение выгодно.

Само явление зависимости как нужды живых организмов в определенных условиях поддержания их жизнедеятельности представляет собой естественное явление в существовании всех живых организмов. Естественным является выработанное в процессе эволюции поведение на основе взаимной обусловленности деятельности человека и сопровождающих это действие эндокринных процессов. Оно не требует дополнительной самостимуляции с помощью химических веществ или определенных форм

деятельности. В нем участвует система самовознаграждения на уровне организма, представляющая наличие в мозге участков, способных реагировать на опиоидные пептиды (энкефалины, эндорфины), а также на другие «гормоны удовольствия», синтезом и выделением которых управляет сам мозг. Наиболее полезные и предпочтительные для адаптации виды деятельности являются условием самовознаграждения мозга за участие в них, и наоборот.

В вопросе нарушений саморегуляции по типу зависимости система самовознаграждения человека, на наш взгляд, представляет собой то предметное поле, где наиболее очевидно представлены отклонения системы регуляции высших порядков – психологической, социальной, духовной. Личностная дисфункциональность как результат воздействия социальной системы проявляется в дисфункции на уровне организма. Зависимость – лишь один из вариантов этого проявления, наряду с психосоматикой, конверсионными и другими психическими расстройствами.

Таким образом, этиология зависимости в ракурсе теории семейных систем может пониматься как нарушение процесса саморегуляции личности, причиной которого выступает, в первую очередь, неспособность справиться с дилеммой «индивидуация – совместность» и, как результат, приоритет совместности в ущерб индивидуации в рамках семейной (или иной социальной) системы, наиболее значимой для данной личности. Это проявляется снижением уровня дифференциации Я и адаптивности личности. Впоследствии дисфункциональность может отражаться для личности частичной или полной утратой ее способности обходиться без дополнительного самостимулирования (едой, игрой, алкоголем и наркотиками и т.д.), ввиду развивающихся нарушений в системе самовознаграждения, и формированием патологического влечения к психоактивным веществам.

## **ОСОБЕННОСТИ АНОЗОГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ**

**Грановская Е.А. (1), Бочаров В.В. (1,2), Рыбакова Ю.В. (2), Илюк Р.Д. (2)**

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России (1); ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»**

**Минздрава России (2)**

**Санкт-Петербург**

***FEATURES OF ANOSGNOSIA IN PATIENTS WITH DEPENDENCE ON SYNTHETIC CATHINONES***

***Granovskaya E.A. (1), Bocharov V.V. (1,2), Rybakova Yu.V. (2), Ilyuk R.D. (2)***

Аннотация: На сегодняшний день формирование синдрома зависимости от синтетических катинонов является одной из актуальных проблем общественного здравоохранения. Регистрируется значительный прирост потребителей дизайнерских наркотиков, что вызывает ухудшение состояния здоровья населения и, таким образом, обуславливает актуальность построения терапевтических и реабилитационных программ для пациентов с зависимостью от синтетических катинонов.

Одним из ключевых факторов, который определяет эффективность лечения и реабилитации, является мотивация больного на лечения, которая в свою очередь определяется степенью осознания пациентами своего наркологического заболевания.

Целью исследования является оценка особенностей анозогнозии и выявление факторов, определяющих особенности анозогнозии у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов.

Описание выборки. В исследовании приняли участие 70 пациентов мужского пола, которые находились на реабилитационном лечении в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга. Группы сравнения составили: 35 пациентов, у которых регистрировался синдром зависимости от других стимуляторов F15.2 (средний возраст пациентов составил - 29,46; SD=5,73, возраст формирования зависимости в среднем – 20,89; SD=6,17) и 35 пациентов с опиоидной зависимостью- F11.2 (средний возраст пациентов составил - 35,46; SD=4,43, возраст формирования зависимости в среднем – 18,89; SD=3,73).

Методы исследования. В работе использовались: разрабатываемый «Опросник анозогнозии при наркотической зависимости» (Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк, Е.М. Крупицкий, В.В. Бочаров, 2017); шкала готовности к изменению и стремления к лечению (SOCRATES -Miller W.R., Tonigan J.S., 1996 в адаптации В.М.Ялтонского 2010); личностный дифференциал Фактор-О (Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М.). Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS 19. Для сопоставления средних в исследуемых группах использовался t-критерий Стьюдента. Для анализа взаимосвязей выявления факторов использовался корреляционный анализ по Спирмену и регрессионный анализ.

Результаты исследования. Сравнение двух групп по данным, полученным из опросника анозогнозии, показал, что у пациентов с синдромом зависимости от стимуляторов показатели шкал «Неинформированность», «Непризнание последствий заболевания» и «Неприятие трезвости» достоверно выше, чем у пациентов с опиоидной зависимостью ( $p < 0,05$ ).

Так, пациентам с зависимостью от синтетических катинонов (по данным опросника анозогнозии при наркотической зависимости) характерно лишь частичное признание собственного заболевания, проявляющееся в понимании симптомов болезни и формальном принятии статуса наркозависимого, сочетающемся с отсутствием реального осознания и личностного принятия существующих проблем. Отсутствие готовности вести трезвый образ жизни во многом связан с недостаточной осознанностью последствий заболевания.

По методикам ЛД и SOCRATES сравнительный анализ не показал достоверных различий.

Данные методики SOCRATES указывают на разнонаправленные тенденции у наркозависимых: отсутствие реального осознания существующих проблем, желание «исцеления» сочетается с непониманием механизмов заболевания и стратегий борьбы с ним.

Уровень самоуважения у обследуемых пациентов (по данным ЛД) находится на среднем уровне, то есть им свойственно критическое отношение к самим себе, однако ярко выраженной неудовлетворённости собственным состоянием как таковой нет. Самокритичность во многом связана с принятием больными статуса наркозависимого, который пациенты формально озвучивают.

Регрессионный анализ показал наличие фактора, определяющего особенности анозогнозии - «Возраст наркозависимого» со шкалой опросника анозогнозии «Неинформированность».

Вероятно, это связано с тем, что с возрастом пациенты с зависимостью от синтетических катинонов становятся подвержены все большему количеству разнообразных заблуждений относительно причин возникновения наркозависимости и способов ее лечения.

Выявлены положительные связи со шкалами опросника анозогнозии по следующим параметрам, регистрируемых у пациентов с синдромом зависимости от стимуляторов: осознание себя носителем положительных характеристик личности; неготовность вести трезвый образ жизни; признание проблем с употреблением ПАВ и желание измениться; прохождение реабилитационного лечения неоднократно; количество раз; возраст.

Сочетание указанных параметров существенно повышает риск недостаточного осознания заболевания.

Заключение. Пациентам с синдромом зависимости от стимуляторов свойственно частичное признание собственного заболевания и его последствий, а также отсутствие готовности вести трезвый образ жизни. Определяющим фактором, обуславливающим возрастание показателей анозогнозии у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, являются: возраст. Обнаруженные взаимосвязи параметров «анозогнозии» с социо-демографическими и клиническими параметрами нуждаются в дальнейшем исследовании для определения их роли в осознании пациентами своего наркологического заболевания.

## **ЖИЗНЕННЫЕ СЦЕНАРИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ**

**Гребень Н.Ф., Агеенкова Е.К.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»; Минский инновационный университет  
Минск

*LIFE SCENARIOS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS WHO COMMITTED  
SOCIALY DANGEROUS ACTS  
Hreben N.F., Ageenkova E.K.*

Изоляция и лечение пациентов с психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния, имеет высокую стоимость не только в силу длительности их пребывания в стационарных условиях, но и в том, что такие меры приводят к их социальной дезадаптации. После принудительного лечения стоит вопрос, насколько данные пациенты готовы приспособиться к новому поколению людей, к требованиям и специфике социальных взаимоотношений. Важно учитывать и то, что большинство пациентов являются лицами трудоспособного возраста, которые в дальнейшем признаются или оказываются нетрудоспособными. Только порядка 20 % лиц, вернувшись к обыденной жизни, вступают в трудовые отношения, притом что, согласно мнению специалистов, это доступно для 60% человек, подвергшихся принудительному лечению в психиатрическом стационаре (О.Ф. Савинка и др., 2016).

Интерес к личности пациентов принудительного лечения психиатрического стационара обусловлен также необходимостью определения специфических мишеней психотерапии, а также необходимостью предотвращения повторных общественно опасных действий после завершения стационарного лечения. Целью данного исследования было изучение особенностей жизненных сценариев пациентов с расстройствами шизофренического спектра, в отношении которых реализуются принудительные меры безопасности и лечения.

Методология исследования базировалась на экспрессивных методах проективной психодиагностики, психолингвистическом и нарративном исследованиях. Теоретическими основаниями явились представления о «жизненном сценарии», предложенном Э. Берном, а также близкие к нему понятия «жизненный план» (А. Адлер), «миропроект» (Л. Бинсвангер), «субъективный план жизнедеятельности человека» (В.Н. Мясищев).

В исследовании использовалась методика «Персональная сказка» (Е.К. Агеенкова, Ю.А. Фондо, 1998), в которой была обозначена следующая инструкция: «Сочините, пожалуйста, сказку». Обработка и интерпретация сочиненных сказок заключалась в количественно-качественном анализе следующих элементов поведения персонажа проекции: оценка персонажа проекции; наличие испытаний; взаимодействие с противником; отношение к помощи; достижение блага персонажем проекции; оценка других действующих лиц.

В исследовании приняли участие 62 анализанта (49 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 21 до 68 лет, которые совершили противоправные действия и находились на принудительном лечении. Все пациенты страдали расстройствами шизофренического спектра и на момент обследования были в состоянии ремиссии.

На основании проведенного анализа у анализантов были выявлены следующие сказочные сюжеты: 1) «Я хороший, поэтому достоин блага» (38,8% у мужчин и 38,5% у женщин); 2) «В жизни надо успеть сделать много хороших дел» (24,5% у мужчин и 30,8% у женщин); 3) «Я хочу жить в красивом мире с прекрасными людьми» (14,7% у мужчин и 7,7% у женщин); 4) «Достижение благодаря борьбе и победе» (10,2% у мужчин и 15,4% у женщин); 5) «Нет в жизни счастья» (6,1% у мужчин и 7,7% у женщин); 6) «Если станешь на моем пути, я тебя уничтожу» (4,1% у мужчин); 7) «Самое лучшее никому не доверять» (2% у мужчин).

Анализ показал, что большинство персональных сказок пациентов принудительного лечения психиатрического стационара соответствуют сценарию «Я хороший, поэтому достоин блага». К общим характеристикам данных сказок относится хорошее завершение сюжета сказки, наличие положительного героя, с которым сочинители себя ассоциируют, который, не прилагая никаких особых усилий, получает жизненные блага и преимущества. Процентное распределение вариантов приобретенных жизненных благ в расчете от всех сказок данного типа следующее: просто счастливая жизнь (64,6%), счастливая жизнь в браке (17,6%), счастливая жизнь с друзьями (2,6%), жизнь под покровительством добрых людей или волшебных сил, получение подарков и помощи от людей и волшебных сил (10%); благополучная жизнь со случайно найденным ребенком (2,6%), приобретение славы и повышение в ангельском чине (2,6%). Способы достижения героями сказок обозначенных благ разные: предоставила золотая рыбка; герой получил их в качестве подарка; ему по своей инициативе помогли «волшебные силы»; его полюбила принцесса, царевна или просто красивая женщина; подвернулся шанс; ему сопутствовали удача или случай; помогли добрые люди; у него был удачный брак; он познакомился с хорошими друзьями; ему пришли на помощь, когда он ее призывал; ему помогла молитва и просьба к Богу.

Стремление к хорошей и счастливой жизни, во многом наивное и несколько инфантильное, наблюдается в сказках пациентов принудительного лечения с сюжетными линиями категории «Я хочу жить в красивом мире с прекрасными людьми». В них прослеживаются такие элементы, как отсутствие динамики развития сюжета, главный положительный персонаж и его дружеское окружение счастливы и довольны жизнью. Предположительно это может быть связано со стремлением к стабильным, ровным отношениям без какого-либо жизненного напряжения и ответственности.

Также популярным сюжетом персональных сказок пациентов является сценарий «В жизни надо успеть сделать много хороших дел». При этом имеет место два варианта развития сюжета. В первом варианте, герои сказок изначально добросердечны и помогают людям. Но их «добро» – скорее такое же «волшебство», которого они также ожидают от других. Во втором – главные герои переживают настоящую трансформацию и превращаются из злодеев в людей, творящих добро.

Менее популярным среди анализантов является такой классический сюжет героического мифа как «Достижение благодаря борьбе и победе». В этих вариантах сказок главные положительные персонажи

преодолевают жизненные трудности и опасности, борются с врагами, побеждают их, получают признание окружающих и дальнейшую спокойную жизнь. Также редко встречается у пациентов пессимистичный вариант развития сюжета «Нет в жизни счастья» (суммарно 6,4%). Две сказки мужчин исследуемой группы относятся к сюжетной линии «Если станешь на моем пути, я тебя уничтожу», где главный герой, проявляя мстительный нрав, достигает спокойной благополучной жизни путем убийства своих противников и принесения страданий другим.

Проведенный анализ показывает, что пациенты принудительного лечения обладают вполне оптимистичными планами в отношении своей дальнейшей жизни. Однако большинство из них, имеют жизненные сценарии, которым свойственна наивность, характерная для людей с доминированием инфантильности в структуре личности, т.е. мечтающих быть «найденной принцем» или «встретить принцессу, которая непременно его полюбит». Во всяком случае, такой сценарий редко встречается у мужчин зрелого возраста, которые понимают, что для достижения жизненных благ необходимы собственное усилие и преодоление трудностей. Мы полагаем, что у наших анализантов сложилось ранее и сохраняется нереалистичное и инфантильное представление об окружающем мире. При таком отношении к нему ответственность за себя и свою жизнь либо переносится на внешние факторы, либо человек живет с пассивной жизненной позицией. Длительная изоляция от социальной действительности, а также специфика шизофренической патологии, слабые или утерянные социальные связи только усиливают ранее сформировавшиеся неадаптивные жизненные стратегии. Как показывают статистические данные, количество пациентов с повторными общественно опасными деяниями составляет от 30 % до 55 % от общего числа поступающих на принудительное лечение. (О.А. Макушина, К.А. Буравцов, 2016).

Таким образом, жизненный сценарий пациентов принудительного лечения психиатрического стационара является основанием для осуществления дифференцированных коррекционных интервенций со стороны психолога или психотерапевта. Такого рода вмешательства ориентированы на подготовку пациентов к самостоятельной жизни в реальной действительности, профилактику социальной дезадаптации и повторных правонарушений.

## **КРАТКОСРОЧНАЯ ГРУППОВАЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ**

**Громова Н.В., Подоляк М.В., Докукина Т.В.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Минск

*SHORT-TERM PERSONALITY-CENTERED (RECONSTRUCTIVE) GROUP PSYCHOTHERAPY FOR SEXUAL  
IDENTITY DISORDERS*

*Hromava N.V., Padaliak M.V., Dokukina T.V.*

Распространенность транссексуализма в мире, по некоторым данным, колеблется от 1:40 000 до 1:100 000 населения [1]. Количество пациентов с гендерной дисфорией, обратившихся с заявлением о необходимости изменения половой принадлежности в Межведомственную комиссию по медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь возрастает. За период с октября 2009 года по декабрь 2021 года обратилось 346 человек, в том числе с января 2020 по декабрь 2021 – 85 (25% от общего числа). Вопросы помощи, поддержки и лечения становятся актуальными как в рамках малоизученности данной тематики, так и необходимости своевременного реагирования на данные запросы.

Из имеющихся психотерапевтических методов лечения больных с обсессивно-компульсивными, диссоциативными (конверсионными), ипохондрическими расстройствами и расстройствами личности, а также пациентов с изначально высокими показателями по шкалам «Паранойяльность» и «Психотизм» (опросник SCL-90) свою эффективность доказал метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. На становление последнего существенное влияние оказала «патогенетическая концепция психотерапии», основные положения которой как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы В.М. Мясищевым на основе психологии отношений еще в 30 – 40-х годах. Разработке групповой формы личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии способствовали работы Б.Д. Карвасарского (1975), В.А. Мурзенко (1975), Г.Л. Исуриной (1983), Е.В.

Кайдановской (1987) и др. [2]. С целью оптимизации психотерапевтического процесса в личностно-ориентированную (реконструктивную) психотерапию интегрированы релевантные ей принципы и технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, клиент-центрированной терапии, гештальт-терапии (Александров А.А., 1992; Федоров А.П. 1992, и др.).

О применении личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии у пациентов с расстройствами половой идентификации сведений не имеется. В рамках поиска эффективных методов по улучшению качества жизни таких пациентов и с целью клинического и психологического исследования процесса и механизмов лечебного действия начато применение краткосрочного варианта групповой личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр» Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

В результате применения данного метода к пациентам, обратившимся за изменением половой принадлежности, установлены изменения в сфере межличностного взаимодействия. Можно говорить о достижении одной из целей личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии: изменение неадаптивного стереотипа поведения.

По результатам опросника «Чем для меня является групповая психотерапия» можно отметить наиболее значимые следующие утверждения: «стало немного проще и спокойнее позиционировать себя в обществе и принимать себя в целом», «возможность в первую очередь посмотреть на себя со стороны», «легче справиться с тревогой, стать более уверенным в себе, повысить коммуникабельность за счет общих интересов», «получилось чувствовать себя намного комфортнее на постоянной основе, не используя дополнительные социальные маски».

Применение данного метода оказывает влияние на следующие сферы: познавательную, эмоциональную и поведенческую, что является необходимым фактором улучшения качества жизни пациентов при расстройствах половой идентификации.

## **ФАКТОРЫ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ С ПРОЯВЛЕНИЕМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ**

**Гуськова О.А., Ахметьянов М.А., Ярославская Е.И., Кичерова О.А., Петелина Т.И.**

Тюменский кардиологический научный центр; Томский НИМЦ РАН; ФГБОУ ВО  
Тюменский ГМУ Минздрава России

Тюмень

*FACTORS ASSOCIATED WITH THE MANIFESTATION OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN PATIENTS  
SURVEYING COVID-19 WITH LUNG DAMAGE*

*Guskova O.A., Akhmetianov M.A., Yaroslavskaya E.I., Kicherova O.A., Petelina T.I.*

Актуальность. В то время, как одна волна повышенной заболеваемости COVID-19 сменяет другую, здравоохранение сталкивается с другой стороной данного заболевания в нарастающих масштабах. Последствия перенесенного инфекционного заболевания, получившие название «синдром post-COVID» представляют собой сочетание многочисленных и разнообразных симптомов, число и нозологическая принадлежность которых продолжают увеличиваться. Наряду с признаками поражения сердечно-сосудистой, респираторной, эндокринной систем, психоневрологические проблемы также занимают важное место в озвученном симптомокомплексе, снижая качество жизни пациентов после COVID-19.

Широкая распространенность когнитивной дисфункции в структуре синдрома post-COVID создает необходимость в подробном изучении данного вопроса, в том числе и с точки зрения мультидисциплинарного подхода.

Цель исследования. Определить факторы, взаимосвязанные с когнитивной дисфункцией у пациентов с синдромом post-COVID.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Тюменского кардиологического научного центра в рамках «Перспективного наблюдения пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии». Все пациенты, включенные в исследование, были осмотрены неврологом, кардиологом и медицинским психологом через 3 месяца после выписки из стационара с диагнозом COVID-19-ассоциированная пневмония. В данное исследование вошло 170 человек, средний возраст которых 54±8 лет. Доля мужчин составила 50,6%. Для оценки когнитивного статуса использовалась шкала оценки

когнитивных функций МОСА-тест, качество жизни оценено с помощью опросника SF-36, признаки стресса – с помощью ШВС-10, признаки тревоги и депрессии – с помощью шкалы HADS.

С целью обработки данных использовались статистические методы, программное обеспечение IBM SPSS Statistics version 21.

Результаты. Снижение когнитивных функций, при обработке результатов МОСА-теста, выявлено у 24.1% пациентов. В результате сравнения качества жизни между группами сохранного и сниженного когнитивного функционирования, статистически значимое различие определено по шкале опросника SF-36 «интенсивность боли» ( $p=0,033$ ). Показатели по данной шкале среди пациентов с сохранным когнитивным функционированием 84,00 [51,00;100,00], что отражает более интенсивное восприятие боли по сравнению с группой пациентов со снижением когнитивной функции 62,00 [41,00;100,00]. Также значимое различие между этими группами выявлено по баллам шкалы воспринимаемого стресса ( $p=0,013$ ), и баллам субшкалы депрессии HADS ( $p=0,017$ ). Пациенты, входящие в группу с наличием когнитивной дисфункции, имеют более высокие показатели стресса (группа когнитивной дисфункции 24,00 [20,00;28,00], группа сохранных когнитивных функций 21,00 [16,00;25,00]) и более выраженные проявления депрессии (группа когнитивной дисфункции 5,00 [3,00;8,00], группа сохранных когнитивных функций 4 [2,00;6,00]). Переживаемый хронический стресс и проявления депрессии связаны с ухудшением нейропластичности: происходит разрушение нейронов и синаптических связей в медиальной коре головного мозга и лимбической системе (гиппокамп, миндалина, полосатое тело), что в свою очередь приводит к когнитивному дефициту.

Для статистической обработки вся выборка была разделена по возрасту на 2 группы: в первую группу вошли пациенты до 59 лет включительно (24.1%), во вторую – старше 60 лет (75.9%). Возрастные группы статистически значимо связаны с нормой когнитивного функционирования ( $p=0,001$ ). Оценка в структуре когнитивных нарушений в рамках МОСА-теста (зрительно-конструктивные навыки, называние, внимание, речь, абстракция, память) выявила, что у пациентов старшей возрастной группы нарушены зрительно-конструктивные навыки (группа пожилых пациентов 4,00 [3,00;5,00], группа пациентов среднего возраста 5,00 [4,00;5,00],  $p<0,001$ ) и абстракция (группа пожилых пациентов 2,00 [1,00;2,00], группа пациентов среднего возраста 2,00 [2,00;2,00],  $p=0,001$ ). При чем у пациентов более молодой возрастной группы определен трехкратный риск распространенности когнитивных нарушений [ОШ= 0,305, 95% ДИ 0,145-0,637]. Такое расхождение в результатах может являться следствием актуализации когнитивного резерва и компенсаторных возможностей центральной нервной системы.

Выводы. У пациентов со сниженным когнитивным функционированием, после перенесенной COVID-19-ассоциированной пневмонии, отмечаются признаки депрессии и стресса. Интенсивность воспринимаемых болевых ощущений выше среди пациентов с сохранными когнитивными функциями. Различия выраженности частных категорий в структуре когнитивного функционирования различных возрастных групп, и обратная взаимосвязь между когнитивной дисфункцией и возрастными показателями диктуют необходимость углубленного изучения данной проблемы. Требуется более комплексный подход с охватом большего числа параметров для понимания причин обнаруженных в исследовании тенденций.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, В УСЛОВИЯХ COVID-19**

**Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»**

**Москва**

## ***INVESTIGATION OF OLFACTORY FUNCTION IN PATIENTS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISEASE UNDER COVID-19 CONDITIONS***

***Dmitrieva N.G., Shunenkov D.A., Enikolopov S.N.***

Актуальность. Обонятельная функция вносит ценный вклад в восприятии окружающей среды для человека. Обонятельные структуры тесно связаны с регуляцией эмоциональных и когнитивных процессов человека вследствие нейроанатомического строения. При наличии нарушений обоняния отмечается эмоциональная дисрегуляция, когнитивные нарушения и трудности межличностного взаимодействия [1,3].

Данные закономерности наблюдаются и у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра. Например, имеются исследования, в которых было обнаружено, что у пациентов с нарушениями идентификации запахов выявляется нарастание негативной симптоматики [4,5]. На данный момент исследование ольфакторной функции может стать дополнительным диагностическим методом в изучении психических расстройств.

Тем не менее, актуальным является изучение ольфакторных нарушений при новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которые наблюдаются в период заболевания и могут иметь продолжительный срок [6]. Предикторами постковидного синдрома являлись нарушения в виде аносмии и депрессии [2]. Также у пациентов с тяжелой формой течения болезни после выздоровления отмечались психические расстройства в виде тревоги, депрессии и посттравматического стрессового расстройства [8]. Ольфакторные и вкусовые нарушения вследствие COVID-19 могут влиять на качество жизни [7]. Имеющиеся наблюдения могут быть важны для изучения ольфакторных процессов у людей, страдающих психическими расстройствами.

Целью данного исследования являлось изучение взаимосвязи уровня распознавания запахов с нарушениями эмоционально-личностной сферы у пациентов, страдающих заболеванием шизофренического спектра, в сравнении с контрольной группой здоровых людей, переболевших COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие пациенты, проходившие стационарное лечение в ФГБУ НЦПЗ, страдающие заболеванием шизофренического спектра (N=65), не переболевшие COVID-19; контрольная группа здоровых лиц, не переболевших COVID-19 (N=50); и группа здоровых испытуемых, переболевших COVID-19 (N=12). Все группы испытуемых значимо не различались по возрасту ( $p < 0,05$ ), (Me=26 [Q1=20, Q3=31]).

Для определения уровня распознавания запахов использовался «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Для определения степени выраженности депрессивного состояния использовался опросник «Beck Depression Inventory», предложенный А. Бекком; для определения степени выраженности ангедонии «Snaith-Hamilton Pleasure Scale - SHAPS»; для определения ситуативной и личностной тревожности «Интегративный тест тревожности» А.П. Бизюка; и «Многофакторный опросник эмпатии» Э.Дэвиса. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10, StatSoft, Inc. (2011).

Результаты и обсуждение. По результатам статистического анализа было выявлено, что исследуемые три группы значимо различались по уровню распознавания запахов (KW:  $H(2,128)=34,9$   $p < 0,001$ ). При этом значимо различалась по уровню распознавания запахов группа пациентов с заболеванием шизофренического спектра в сравнении с группой здоровых людей, не переболевших COVID-19 ( $U=652,5$   $p < 0,001$ ). Что подтверждает ранее полученные результаты [4,5].

В среднем уровень распознавания запахов в группе здоровых лиц, переболевших COVID-19 был несколько выше, чем у пациентов с шизофренией (Me=10 [Q1=9,5 Q3=11], против (Me=9 [Q1=8, Q3=10], ( $U=233$ ,  $p=0,028$ ), но данные различия не достигают уровня статистической значимости с учетом множественного сравнения ( $p$  крит.=0,016).

В среднем уровень распознавания запахов в группе здоровых лиц, не переболевших COVID-19, был несколько выше, чем у здоровых лиц переболевших COVID-19 (Me=11 [Q1=10, Q3=12], против (Me=10 [Q1=9,5, Q3=11], ( $U=178,5$ ,  $p=0,026$ ), но данные различия не достигают уровня статистической значимости с учетом множественного сравнения. Таким образом, на момент исследования у людей, переболевших COVID-19, не выявляется нарушений обоняния в виде аносмии.

При исследовании взаимосвязи уровня распознавания запахов с компонентами эмоционально-личностной сферы были получены следующие результаты: при проведении корреляционного анализа статистически значимых связей уровня распознавания запахов с компонентами эмоционально-личностной сферы в группе пациентов, страдающих заболеванием шизофренического спектра, выявлено не было.

При проведении корреляционного анализа было выявлено, что в группе здоровых лиц, не переболевших COVID-19, уровень распознавания отрицательно связан с показателями ангедонии ( $r$  Спирмена,  $r=-0,39$ ,  $p=0,009$ ). Таким образом, чем выше уровень распознавания запахов у здоровых лиц, не переболевших COVID-19, тем ниже уровень ангедонии. Также в данной группе испытуемых выявлено, что уровень распознавания был отрицательно связан с фобическим компонентом личностной тревожности ( $r=-0,38$ ,  $p=0,019$ ). Таким образом, отмечается взаимосвязь процессов обоняния с показателями актуального эмоционального состояния.



В группе здоровых людей, переболевших COVID-19, уровень распознавания запахов был отрицательно связан с персональным дистрессом ( $r=-0,76$   $p=0,006$ ), что может свидетельствовать о том, что люди, переболевшие COVID-19, у которых сохраняется снижение функции обоняния, испытывают трудности в понимании и сопереживании эмоционального опыта других людей, что может сопровождаться повышенным уровнем тревоги и беспокойства. Также отмечается отрицательная взаимосвязь уровня распознавания запахов в данной группе испытуемых с компонентами личностной тревожности в виде эмоционального дискомфорта ( $r=-0,8$   $p=0,017$ ) и оценкой перспективы ( $r=-0,72$   $p=0,043$ ). Таким образом, можно сделать предположение о взаимосвязи обонятельных нарушений с актуальным эмоциональным состоянием у людей на этапе восстановления после COVID-19 или развития постковидного синдрома. Данные наблюдения нуждаются в подробном изучении на более обширной выборке испытуемых.

**Выводы.** У пациентов, страдающих заболеванием шизофренического спектра, выявляются нарушения функции обоняния в виде снижения уровня идентификации запахов по сравнению с группой здоровых лиц, с учетом перенесенного COVID-19;

Снижение уровня распознавания запахов взаимосвязано с наличием ангедонии и личностной тревоги. У пациентов, страдающих заболеванием шизофренического спектра, данные параметры не связаны. Но у людей, не страдающих психическими расстройствами, отмечается тесная взаимосвязь: чем выше уровни ангедонии и компонентов личностной тревожности, тем ниже уровень распознавания запахов.

Снижение уровня распознавания запахов взаимосвязано с показателями процессов эмпатии и компонентами личностной тревожности у людей, не страдающих психическими расстройствами, но переболевших COVID-19. Механизмы данной взаимосвязи требуют более подробного изучения.

## **СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Зайцева Д.В.**

СПбГУ

Санкт-Петербург

### *SOCIO-PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE IN PATIENTS WITH UROLITHIASIS*

*Zaitseva D.V.*

На сегодняшний день мочекаменная болезнь является одним из наиболее распространенных заболеваний в клинике урологии. Несмотря на появление новых методов лечения и профилактики, статистика заболеваемости продолжает неуклонно расти не только в нашей стране, но и за рубежом [1]. Распространенность заболевания в европейских странах составляет 5-9%, в Азии - 1-5%, в Северной Америке данный показатель достигает 13%. Отличительной особенностью мочекаменной болезни является высокая частота рецидивирования, достигающая 30-50% в течение 10 лет после дебюта заболевания, а у 10% отмечается многократное рецидивирование. Исследования показывают, что в число наиболее важных факторов, влияющих на успешное лечение и снижение риска рецидива, относится следование предписаниям врача [2]. Так, достаточное потребление жидкости для достижения суточного объема мочи не менее 2,5 литров снижает частоту рецидива мочекаменной болезни с 27 до 12,1%. Однако, исследования показывают, что этой рекомендации следует менее 50% пациентов в течение 6 месяцев после консультации диетолога.

Целью настоящего исследования являлось определение индивидуально-психологических, социально-психологических факторов формирования внутренней картины болезни и их влияние на уровень приверженности терапии у пациентов с мочекаменной болезнью.

**Выборка.** 43 пациента с мочекаменной болезнью, проходящих лечение в Клинике урологии СПбГУ им. И.П. Павлова.

**Методы.** Структурированное интервью, методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), опросник внимательности и осознанности (MAAS), опросник уровня комплаентности, тест межличностных отношений.

**Результаты.** В группе пациентов с высоким уровнем приверженности терапии был выявлен более высокий уровень осознанности ( $p=0,001$ ). Наибольшее влияние на уровень приверженности терапии оказывает уровень осознанности ( $p=0,05$ ). Для пациентов со средним уровнем приверженности терапии

характерны достоверно большая напряженность и отчужденность в межличностных отношениях, чем для пациентов с высоким уровнем приверженности терапии ( $p=0,000$  и  $p=0,001$ ). В группе пациентов с высоким уровнем приверженности был выявлен более высокий уровень информированности о заболевании, чем в группе пациентов со средним уровнем приверженности ( $p=0,041$ ). Анализ факторов, влияющих на уровень приверженности терапии, показал достоверную связь с осознанностью ( $p=0,05$ ).

Обсуждение результатов. У обследованных пациентов с мочекаменной болезнью выявляется высокий и средний уровни приверженности терапии. Анализ социально демографических характеристик показал схожие данные в обеих группах, единственный показатель, по которому данные значительно отличались — частота госпитализаций. В группе с высокой приверженностью терапии процент пациентов, которые были госпитализированы от трех до пяти раз, составляет лишь 8%, в то время как в группе пациентов со средней приверженностью этот показатель составляет 21%.

Среди типов отношения к болезни в группе высоко приверженных пациентов преобладают эргопатический и гармонический типы, в то время как в группе средне приверженных это анозогнозический, ипохондрический и эргопатический. Гармонический и эргопатический типы реагирования на заболевание относятся к первому блоку, для которого не характерно значительное нарушение, ни психической, ни социальной адаптации. Для пациентов с данными типами отношения к болезни характерно активное включение в процесс лечения, соблюдение предписаний, но одновременно с этим может встречаться неприятие роли больного. Для эргопатического типа характерны нарушения критики в вопросах собственного состояния, либо отрицание наличия заболевания. Анозогнозический тип характеризуется тем, что пациент стремится отбросить мысли о болезни, о возможных последствиях, а симптомы заболевания толкуются им как «несущественные» колебания самочувствия. Пациент в первую очередь стремится жить прежней жизнью, сохранять прежние увлечения и темп жизни, не беря в расчет заболевание. Тем не менее, ни в одном из данных вариантов не наступает выраженная дезадаптация. Пациенты с ипохондрическим типом отношения к болезни чрезмерно сосредотачиваются на заболевании, очень подробно рассказывают о симптомах и течении заболевания не только врачам, но и близкий, друзьям. Несмотря на то, что пациенты с таким типом отношения к болезни способны следовать назначениям врача, одновременно с этим, у них нет уверенности в том, что терапия или методы профилактики действительно способны побороть болезнь. Из-за сомнений в правильности выставленного диагноза или назначенной терапии, пациенты склонны ходить в разные клиники, менять методы терапии, не доводя до конца ни один. Дисфорический и паранойяльный типы также встречаются в группе со средней приверженностью, в то время как в группе с высокой приверженностью данные типы не встречаются вообще.

Результаты, полученные по методике СОМО, указывают, что в группе пациентов со средней приверженностью терапии отмечается напряженность и отчужденность в межличностных отношениях, что согласуется с данными по методике ТОБОЛ. В группе пациентов со средней степенью приверженности терапии наблюдаются такие типы отношения к болезни, которые способны оказать негативное и разрушающее влияние на межличностные отношения пациента.

Выявлено, что в группе с высокой приверженностью пациенты чаще давали правильные ответы о диете, солевом балансе и т. д.

Выводы. Пациентов с высокой приверженностью терапии характеризуются более высоким уровнем информированности и осознанности, их межличностные отношения более гармоничные, как и типы отношения к болезни, что не приводит к значительной дезадаптации. У пациентов со средним уровнем приверженности чаще отмечаются типы отношения к болезни, которые сопряжены с дезадаптивным поведением, реакциями по типу тревожности, слабости, раздражительности, обвинения окружающих в собственном заболевании.

## КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАЧАТЫХ ПУТЕМ ЭКО (МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД)

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В., Зозуля С.А.,  
Даллада Н.В., Симашкова Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*COGNITIVE DEVELOPMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS CONCEIVED THROUGH IVF (MULTI-DISCIPLINARY APPROACH)*

*Zvereva N.V., Sergienko A.A., Strogova S.E., Surkova K.L., Zvereva M.V., Zozulya S.A., Dallada N.V.,  
Simashkova N.V.*

Количество детей, рожденных в мире с помощью ЭКО, неуклонно возрастает с 1978 года (в России с 1986 года). Медицинские успехи влекут за собой интерес других специалистов к этой теме. Анализ литературных источников показывает, что исследователи развития детей ЭКО сосредоточены в основном на антропометрических, моторных, реже речевых и эмоциональных параметрах, когнитивные показатели рассматриваются крайне редко, преимущественно в оценке школьной успешности (Лещинская С.Б., Соловьева Е.В., Орлова О.С., Barbuscia A. и др.). В этом плане проводимое с 2019 г. в ФГБНУ НЦПЗ исследование обладает новизной и по предмету исследования, и по методологии, обеспечивающей мультидисциплинарный подход к изучению и анализу проблемы когнитивного развития детей, рожденных с помощью ЭКО.

Цель работы: мультидисциплинарное исследование когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) у детей 3-15 лет, зачатых с помощью ЭКО и других ВРТ.

Методы: анкетирование и беседа, экспериментально-психологический, психометрический, нейрофизиологическая диагностика (ЭЭГ), нейроиммунотест, методы математической обработки данных.

Материал: в основной группе исследования 82 ребенка 3-15 лет, зачатых с помощью ЭКО, из них 48 мальчиков и 34 девочки, в группе было 10 двоен и 2 тройни; в контрольной группе сравнения 39 детей 3-15 лет с естественным зачатием, из них 20 мальчиков и 19 девочек (2 двойни).

Часть испытуемых основной группы имела психиатрические и психоневрологические диагнозы (СДВГ, РАС, шизофрения, аффективные расстройства, синдром Дауна), всего 25 детей.

Результаты. Результаты излагаются в соответствии с ведущим методом исследования, также приведены первые опыты сопоставления разных аспектов мультидисциплинарной диагностики. В обследованной группе-ЭКО у 75% детей выявлено наличие перинатальной патологии разной степени выраженности. В ряде случаев имеет значение количество процедур ВРТ для последующего благоприятного психического развития. Выявлено разнообразие когнитивного развития, не выходящее, в основном, за пределы нормы для всех детей без психической патологии. По психологической диагностике: варианты когнитивного развития от весьма высокой нормы (по IQ 12%) до умственного дефекта (по IQ 6%). Выделены нейропсихологические факторы: сохранные (тактильный стереогноз - 83%) и наиболее дефицитарные (энергетический, как стволочной, так и диэнцефальный 78%). Отмечается тенденция зависимости функциональной несформированности нейропсихологических факторов от количества процедур ВРТ. Достоверно увеличен процент детей со значительной несформированностью в группе от 3-х подсадов по нейропсихологическим факторам (кинетический, энергетический, тормозного контроля). По фактору межполушарного взаимодействия различий не выявлено. Обнаружена вариативность развития по психическим процессам при психологической диагностике когнитивных функций: мышление преимущественно соответствует возрастным нормативам, а в состоянии памяти и внимания большое значение имеют динамические показатели и фактор объема психической деятельности. Высокая частота нарушений речевого развития у детей-ЭКО до 7,5 лет. Дети с психиатрическим диагнозом (аутизм, шизотипическое расстройство, эпилепсия), по большинству показателей психологической диагностики имели более низкие результаты, чем дети без психических заболеваний. Обнаружена положительная возрастная динамика снижения проявлений дефицитарности как в речевом развитии, так и по данным нейропсихологической оценки.

По нейрофизиологическим показателям: ЭЭГ-корреляты дисциркуляторных нарушений обнаружены у 26,5% детей; дети с РАС показали своеобразие картины ЭЭГ для этого расстройства, у остальных - принципиальное сходство с нормой развития показателей ЭЭГ. По данным нейроиммунотеста показано

разделение выборки на три иммунологические подгруппы, различающиеся по интенсивности воспалительного ответа. На модели детей, рожденных с помощью ЭКО, показана гетерогенность группы, как по активности воспалительных маркеров, так и по некоторым особенностям когнитивного и психического развития.

Осуществлены пилотажные сопоставления данных нейропсихологической, нейрофизиологической, нейроиммунологической диагностики для оценки психического развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Есть указания на наличие корреляционной связи показателей нейроиммунотеста и данных нейропсихологического обследования, имеются соответствия нейропсихологической и нейрофизиологической диагностики.

Резюме. Полученные в мультидисциплинарном исследовании данные следует обобщать и уточнять по следующим направлениям:

Процедура ЭКО и перинатальное развитие.

Большинство обследованных детей-ЭКО имеют перинатальную патологию разной степени выраженности. Предположение о негативном значении количества процедур ВРТ для последующего благоприятного психического развития подтверждается неполностью, следует искать систему факторов, определяющих отклонения в развитии.

Есть указания на своеобразие психического развития детей в полиплодной беременности, в нашей выборке из 10 пар около половины детей оказались с расхождением уровня психического развития по разным показателям, в том числе по дефицитарным нейропсихологическим факторам.

Психическая и психоневрологическая патология у детей группы ЭКО.

Дети-ЭКО с психиатрическим диагнозом (аутизм, шизотипическое расстройство, эпилепсия, синдром Дауна) по большинству показателей психологической диагностики имели более низкие результаты, чем дети-ЭКО без психических заболеваний. Оказалось, что по проявлениям болезни у детей ЭКО нет выраженных различий с детьми с психической патологией, но зачатых естественным путем. Однако возникает вопрос о происхождении и течении болезни при рождении двоен, когда один из детей здоров, а второй – имеет психическую патологию (РАС, эпилепсию), требуется анализ специфики детей ЭКО с психической патологией и по другим параметрам мультидисциплинарного анализа.

Соотнесение разных компонентов психологической диагностики и других направлений исследования

Осуществлены пилотажные сопоставления данных нейропсихологической, нейрофизиологической, нейроиммунологической диагностики для оценки психического развития детей, рожденных с помощью ЭКО.

Обследование фокус-группы сравнения, включающей как психически здоровых детей, так и с аналогичными выявленным в группе ЭКО нарушениями развития, дает возможность приблизиться к дифференцированной оценке когнитивного и психического развития детей ЭКО в целом.

Выделены базовые варианты когнитивного онтогенеза детей ЭКО: от нормы и высокой нормы до искаженного и дефицитарного вариантов когнитивного дизонтогенеза.

В ряде случаев на первый план выступают тенденция к снижению общей нейродинамики, динамических показателей познавательной деятельности, разнообразие когнитивного развития проявлялось в вариантах от высокой нормы до значительной функциональной несформированности.

Рекомендации по развитию детей и оказанию психолого-педагогического сопровождения

Анализ речевого развития детей ЭКО показывает положительную возрастную динамику актуального состояния речевой деятельности. Занятия с логопедом-дефектологом вносят свою позитивную лепту в общее улучшение психического развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Выявленная перинатальная патология и нейрокогнитивные дефициты приводят к необходимости применения нейропсихологической коррекции.

Рекомендуется включать ЭЭГ обследование в стандарт наблюдения за детьми, рожденными с помощью ВРТ.

Заключение. Обладающие новизной и сходные с известными данные показали адекватность мультидисциплинарного подхода, перспективность методологии исследования. Работа по выделению факторов риска нарушения когнитивного развития детей, рожденных с помощью ЭКО, возможна и должна проводиться в мультидисциплинарном подходе, желательно в динамике (по срезам и лонгитюдно).

Безусловно, требуется расширение исследовательской и контрольной выборки, детализация анализа причин ЭКО, уточнение сравнительного анализа всех направлений диагностики (психологическое, нейропсихологическое, нейрофизиологическое, иммунологическое)

# КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ В XX-XXI: МОСКОВСКАЯ ШКОЛА

Зверева Н.В., Рощина И.Ф.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Москва

*CLINICAL PSYCHOLOGY IN PSYCHONEUROLOGY IN THE XX-XXI: MOSCOW SCHOOL*

*Zvereva N.V., Roshchina I.F.*

Цель обзора - представить основных создателей и научно-практические достижения Московской школы клинической психологии – одной из старейших школ медицинской психологии в России с начала XX века, наряду с Санкт-Петербургской, Казанской и др.

На факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова с 1966 года работали Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский, Е.Д. Хомская, Ю.Ф. Поляков, и др. Все они имели фундаментальное психологическое и общегуманитарное образование, колоссальный опыт практической работы в клинике с больными с различной патологией психики.

В настоящее время А.Р. Лурия (1902-1977) – самый цитируемый отечественный психолог в мировой психологии наряду с И.П. Павловым и Л.С. Выготским. В 20-30-х гг. совместно с Л.С. Выготским (1896–1934) он участвовал в создании отечественной психологической науки, в разработке теории культурно-исторического развития психических процессов. А.Р. Лурия – создатель московской школы нейропсихологии, он сформулировал методологию отечественной нейропсихологии, написал первый учебник «Основы нейропсихологии» (1973), был первым заведующим кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ. Важным результатом работы А.Р.Лурии было создание теории системной динамической локализации ВПФ в головном мозге (совместно с Л.С. Выготским) и структурно-функциональной модели мозга как субстрата психической деятельности. А.Р. Лурия создал новые классификации нарушений речи (афазий), праксиса (апраксий), описал синдромы нарушений психических функций при поражении различных структур мозга. Направление нейропсихологии - нейрореабилитация больных с органическими заболеваниями головного мозга связана с работами А.Р. Лурия, Л.С. Цветковой (1929-2016), В.М. Тиктинского-Шкловского (1928-2020;) и др. В рамках этого направления были сформулированы общие принципы и разработаны конкретные средства восстановления речи и др. психических функций у больных с поражениями головного мозга. Методология и принципы восстановления ВПФ остаются актуальными для современной нейрореабилитации. Отметим, что исток этого направления – работа А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник (1900-1988), С.Я. Рубинштейн (1911-1990) в нейрохирургическом госпитале на Южном Урале во время ВОВ. Одно из новых направлений - нейропсихология индивидуальных различий – разрабатывала Е.Д. Хомская (1929–2004) с коллегами.

Главным делом жизни Б.В. Зейгарник было создание в нашей стране патопсихологии как самостоятельного направления научно-практической деятельности психологов, ею подготовлены учебники и монографии, представлена классификация нарушений мышления. Патопсихология, по Б.В.Зейгарник, является «смежной областью знаний» между психологией и психиатрией, опирающейся на психологические понятия и закономерности. В 30-е годы XX в. Б.В. Зейгарник тесно сотрудничала с Л.С. Выготским, разделяя многие его представления о психике, ее генезе и патологии, развивая идеи В.М. Бехтерева о специфике работы психолога в психиатрии. Совместно с С.Я. Рубинштейн, Б.В. Зейгарник сформулировала базисные принципы патопсихологического обследования: качественный анализ деятельности больного, моделирование обычной психической деятельности, использование комплекса методик, учет особенностей личности пациента, индивидуальный подход к подбору средств диагностики и др. Были разработаны новые методические средства для исследования патологии психики и практической работы психологов в клинике. Б.В. Зейгарник внесла вклад в исследование патологии личности и реабилитацию больных, интегрировав теорию деятельности А.Н. Леонтьева (1901-1978) в патопсихологию.

С.Я. Рубинштейн является автором первого пособия для патопсихологов «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике» (1970), которое многократно переиздавалось и используется до сих пор. Работы С.Я. Рубинштейн, в частности «Психология умственно отсталого школьника» (1970), являются одними из первых в отечественной психологии, которые систематизировали знания в области психологии аномального развития. Положения этого учебного пособия заложили основу коррекционной работы психолога с особыми детьми. Проблема распада и

развития психики (Л.С. Выготский) рассматривалась Сусанной Яковлевной в работе «Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста» (1965).

Ученик Б.В. Зейгарник, Юрий Федорович Поляков (1927-2002), много лет возглавлял лабораторию патопсихологии в Институте психиатрии АМН СССР (ныне ФГБНУ Научный центр психического здоровья), в которой проводились исследования нарушений психической деятельности у больных с эндогенной психической патологией разного возраста, разрабатывались новые методики для исследования восприятия, речи, мышления и др. сфер психики, актуальные в работе медицинских психологов до настоящего времени. В этой лаборатории и на кафедре нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ, которую Ю.Ф.Поляков возглавлял с 1980 по 2000, под его руководством разрабатывались комплексные методы реабилитации больных с эндогенной психической патологией (тренинг социальных навыков у больных шизофренией, методика социальной поддержки этих же пациентов). Монография «Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание» (1991) в соавторстве с В.П. Критской и Т.К. Мелешко являет собой образец широкомасштабного исследования шизофрении в возрастном аспекте. Ю.Ф. Поляков был одним из главных инициаторов создания и практической реализации отдельной образовательной специальности «Клиническая психология» для подготовки студентов-психологов в данной области психологии с акцентом на виды профессиональной деятельности клинических психологов (диагностика, реабилитация, профилактика), существующей с 2000 г.

Виктор Васильевич Лебединский (1927-2008) – ученик А.Р. Лурия, начинал свою профессиональную деятельность с исследований в области нейропсихологии. Он был преподавателем факультета психологии МГУ со времени его основания, работал там до конца жизни и воспитал целую плеяду психологов-специалистов в области аномального развития. В книге В.В. Лебединского «Нарушения психического развития у детей» (МГУ, 1985) были системно изложены взгляды автора на психический дизонтогенез, его виды, проявления, факторы возникновения, а также предложена типология психического дизонтогенеза, которая рождалась в ходе его научно-педагогической работы. Типология дизонтогенеза В.В.Лебединского представляет анализ нарушенного развития с психологических позиций и в психологических понятиях, работа опиралась на клинические разработки детской психиатрии (Г.Е.Сухарева и другие) и достижения научной психологической школы Выготского-Лурии-Зейгарник. Много лет В.В. Лебединский преподавал дисциплину «Психология аномального развития», совершенствуя и дополняя сформулированную им типологию психического дизонтогенеза. С конца 70-х годов XX века основная тема исследований В.В.Лебединского - проблема детского аутизма, вместе с учениками он разрабатывал ее с позиций научной психологии. Психологию субъективной семантики одной из первых изучала и развивала Е.Ю. Артемьева (1940-1987).

История московской школы патопсихологии и ее основного метода – патопсихологического эксперимента – великолепно изложена в книге Н.С. Бурлаковой, В.И. Олешкевича [1]. Новые направления развивают профессор и доценты МГУ В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов (психосоматика, психология телесности), Ю.В. Микадзе, Н.К. Корсакова, Т.В. Ахутина (возрастные аспекты нейропсихологии), Е.Т. Соколова, А.С. Спиваковская (психотерапия). Ученики корифеев Московской школы клинической психологии работают в МГУ, психологических, медицинских университетах, научных центрах, возглавляют факультеты, кафедры, лаборатории, отделы (А.Б. Холмогорова, Т.С. Бузина, Ф.С. Сафуанов, С.Н. Ениколопов и др.), трудятся в клиниках Москвы, продолжая научные и практические традиции клинической психологии.

## **АПРОБАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ СКРИНИНГОВОЙ ШКАЛЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ**

**(PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE - PASS-R)**

**Коргожа М.А., Евмененко А.О.**

**ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России**

**Санкт-Петербург**

***EVALUATION OF THE RUSSIAN VERSION OF THE PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE - PASS-R***

***Korgozha M.A., Evmenenko A.O.***

Одной из приоритетных задач исследований в области перинатальной психологии является изучение психоэмоционального статуса женщины в период беременности. Эмпирические исследования

показывают, что симптомы тревоги хотя бы однократно могут наблюдаться более чем у 50% беременных женщин, устойчивые тревожные состояния могут испытывать более 17% женщин в период подготовки к родам. Отсутствие отечественных специализированных методов выявления и оценки уровня тревоги у женщин в перинатальном периоде на фоне высокой распространенности развития тревожно-депрессивных расстройств у женщин в данном периоде определяет острую необходимость разработки эффективных методов диагностики (Вуколова В.А. и соавт., 2020; AyazR. et al., 2020). В 2014 году группа психологов-исследователей во главе с Somerville S. из KingEdwardMemorialHospital и TheStateUniversityofWesternAustralia (Австралия) разработали и апробировали методику диагностики перинатальной тревоги - PerinatalAnxietyScreeningScale - PASS (SomervilleS. et al., 2015). Эмпирическим путем доказанная чувствительность, надежность и валидность метода, а также его прикладная эффективность открыли широкие возможности использования метода в диагностических и коррекционных целях: шкала переведена на 5 языков и используется в более 20 странах. Целью исследовательской работы стала разработка русскоязычной версии шкалы и ее апробация на русскоязычной выборке беременных женщин.

**Материалы и методы.** Основной базой исследования являлся Перинатальный центр ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России. В исследовании приняли участие более 700 беременных женщин, после применения критериев исключения из исследования (наличие тяжелой экстрагенитальной патологии, получение лечения в связи с наличием нарушения психического здоровья и плохое самочувствие женщины) окончательную выборку составили 609 респондентов. Средний возраст женщин в выборке составил  $28,93 \pm 4,83$  лет (возрастной диапазон от 18 до 43 лет), средний срок беременности  $26,76 \pm 10,20$  гестационных недель. Сбор клинико-анамнестических данных респондентов осуществлялся посредством анализа медицинской документации (амбулаторная карта беременной, история родов, консультативно-диагностическая карта матери). В процессе исследования изучалась взаимосвязь результатов разработанной русскоязычной версии методики (PASS-R в адаптации М.А. Коргожи, А.О. Евмененко) со стандартизированными и валидными методами диагностики тревожных и депрессивных состояний: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина и Д.М. Менделевича, шкала депрессии А. Бека (BeckDepressionInventory - I), шкала самооценки депрессии Цунга (TheZungSelf-RatingDepressionScale - SDS), методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory - STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина (Коргожа М.А., Евмененко А.О., 2021).

**Результаты.** Факторная структура шкалы PASS-R была проанализирована с использованием варимаксного вращения, затем дополнительно процедура была проделана с применением метода главных компонент с косоугольным вращением в соответствии со значимой корреляцией параметров шкалы ( $p < 0,001$ ). Применимость и приемлемость факторного анализа была подтверждена критерием Кайзера-Мейера-Олкина, равным 0,93, а также критерием сферичности Бартлетта ( $p < 0,0001$ ;  $\chi^2 = 8184,421$ ). Факторный анализ определили 6 факторов, которые в конечной версии шкалы составили 5 субшкал методики: 1) острая и навязчивая тревога; 2) социальная тревога; 3) навязчивый перфекционизм; 4) специфические страхи; 5) проблемы адаптации (диссоциация). Процент объясненной дисперсии 57,47%. Надежность шкалы подтверждена результатами анализа внутренней согласованности характеристик, Альфа Кронбаха составляет 0,930 (от 0,490 до 0,886 в соответствие с пятью факторами). Общий балл PASS-R имеет значимые тесные взаимосвязи ( $p < 0,001$ ) со шкалами и их субшкалами методик: клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К.К. Яхина и Д.М. Менделевича), шкала депрессии А. Бека, шкала самооценки депрессии Цунга, методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности. Был применен метод построения ROC-кривой для сопоставления общего балла PASS-R и общего балла шкалы депрессии А. Бека, площадь под кривой AUC составила 0,852 (ст. ошибка 0,018, чувствительность 0,84, специфичность 0,26).

**Выводы.** Данные исследования показали, что русскоязычная версия скрининговой шкалы перинатальной тревоги (PASS-R) является чувствительным, надежным и валидным методом выявления симптомов тревоги и степени их выраженности у беременных женщин. Преимущество методики заключается в возможностях выявления симптомов тревоги в специфических ситуациях, характерных только для перинатального периода. В большинстве аналогичных методов диагностики тревоги эти специфические особенности, как правило, не учитываются. Необходимо дальнейшее изучение возможностей использования данного метода для выявления симптомов тревоги у женщин в послеродовом периоде.

**Финансирование.** Научно-исследовательский проект выполнен при финансовой поддержке в рамках гранта ректора ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

## **МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ДРУГИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ**

**Копылова О.В., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.**

ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России

Москва

*MOTIVATIONAL COUNSELING AND OTHER TECHNOLOGIES TO INCREASE ADHERENCE TO PREVENTIVE TREATMENT*

*Kopylova O.V., Sirota N.A., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V.*

**Введение.** Приверженность профилактическому лечению является одним из важнейших компонентов в достижении успеха по предотвращению хронических неинфекционных заболеваний. В большинстве российских и зарубежных исследований выявлена недостаточная приверженность лечению при необходимости длительного приема препаратов.

**Цель.** Исследовать возможности применения мотивационного консультирования и других психологических технологий, в том числе применяемых в рамках дистанционного консультирования, как средства повышения приверженности профилактическому лечению у пациентов с факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

**Материалы и методы.** В экспериментальное клиничко-психологическое проспективное сравнительное исследование длительностью 12 месяцев включено 140 пациентов 18 лет и старше, имеющих ФР ССЗ и не имеющих тяжелых декомпенсированных заболеваний, которые составили две сравнимые между собой группы: группу медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий (экспериментальная, группа 1, n=70) и группу стандартного наблюдения (группа сравнения, группа 2, n=70). Была разработана комплексная программа медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением методов мотивационного консультирования и других современных психологических технологий, а также с использованием современных дистанционных технологий.

**Результаты.** Исследование показало, что медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением методов мотивационного консультирования и других современных психологических технологий, в том числе в дистанционном режиме, способствует снижению частоты пропуска назначенной терапии (в экспериментальной группе в целом ( $p=0,001$ ) и в подгруппе мужчин ( $p=0,006$ )), а также повышению приверженности пациентов назначенному лечению (по данным опросника Мориски-Грин): в экспериментальной группе в целом ( $p=0,001$ ), и в подгруппах мужчин ( $p=0,022$ ) и женщин ( $p=0,027$ ).

**Заключение.** Комплексный подход с использованием методов мотивационного консультирования и других современных психологических технологий, в том числе в дистанционном режиме способствует повышению приверженности профилактическому лечению у пациентов с ФР ССЗи как следствие, снижению распространенности ССЗ в популяции.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК НЕМЕДИЦИНСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ВОЗДЕЙСТВИЯ**

**Коротина О.В.**

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

Москва

*PSYCHOLOGICAL CORRECTION AS A NON-MEDICAL METHOD OF TREATMENT AND CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FORM OF INFLUENCE*

*Korotina O.V.*

В разделы клинической (медицинской) психологии включена групповая клиничко-психологическая коррекция (А13.29.007//002), которая отражена в номенклатуре психологических услуг в здравоохранении (приказ Минздрава России от 13 октября 2017 г. № 804н). Психологическая коррекция – направленное психологическое воздействие на определенные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования индивида [1]. Психологическую коррекцию можно представить как систему методов и приемов, разделенную на блоки, которые решают



определенные задачи. Отличие между психотерапией и психокоррекцией заключается в сферах их применения. Если психотерапия в основном применяется в клинике неврозов и психосоматических заболеваний, то психологическая коррекция широко используется и в психиатрической клинике.

В психологическом коррекционном процессе могут участвовать как здоровые, так и больные люди [2]. Занятия должны проводиться интересно, пробуждать у больных познавательный интерес. Основным видом работы группы психологической коррекции должна быть дискуссия, в ходе которой больные самостоятельно, а также с помощью психолога находят ответы на обсуждаемые вопросы [4]. Целями проведения групповой психологическо-коррекционной работы являются:

- преодоление анозогнозии;
- снижение алекситимии;
- улучшение, изменение и максимальная нормализация определенных психологических особенностей (способности, воля, характер, эмоции, мотивация, интересы, темперамент) индивида;
- формирование новых, конструктивных умений и навыков, которые улучшают качество жизни зависимого пациента и, соответственно, созависимых родственников;
- проработка проблем пациента, его внутренних и внешних конфликтов;
- исследование и развитие собственной идентичности;
- коррекция неадекватных установок, коммуникаций, эмоциональных и поведенческих моделей;
- актуализация внешних и внутренних ресурсов для выздоровления;
- снижение вреда от употребления психоактивных веществ;
- приобретение навыков и умений для переоценки прошлого негативного опыта;
- получение информации.

Задачи групповой психокоррекционной работы основываются на трех китах:

- самопонимание (когнитивный аспект);
- отношение к себе (эмоциональный аспект);
- саморегуляция (поведенческий аспект).

У пациентов формируется надежда на успешное лечение, на возможность решения проблем под влиянием улучшения состояния других клиентов и собственных достижений. Успешная психологическая коррекция пациента служит остальным в качестве позитивной модели, открывает им оптимистические перспективы.

Психологическая групповая коррекция затрагивает когнитивные, эмоциональные и поведенческие факторы, связанные с употреблением ПАВ, и направлена на оказание помощи пациенту в приверженности к лечению и реабилитации.

К основным методам групповой клинико-психологической коррекции традиционно относят:

- групповую дискуссию,
- ролевую игру,
- психогимнастику,
- проективный рисунок,
- музыкотерапию.

Наряду с общими психокоррекционными группами, где обязательно участниками являются все пациенты отделения реабилитации (кроме имеющих противопоказания), эффективно применять (по возможности) разделение участия в малых группах по реабилитационному типу пациента.

Необходимо учитывать типы пациентов в реабилитации зависимости:

- пациент 0 – не имеет информации и не имеет мотивации;
- пациент 1 – имеет информацию, но не признает себя зависимым;
- пациент 2 – имеет информацию, признает себя зависимым, но не считает себя ответственным;
- пациент 3 – имеет информацию, признает себя зависимым, считает себя ответственным за заболевание, но не принимает ответственность за собственную социальную успешность и адаптацию;
- пациент 4 – имеет информацию, признает себя зависимым, считает себя ответственным за заболевание, принимает ответственность за собственную социальную успешность и адаптацию, но не имеет смысла жизни и деятельности [3].

Медицинский психолог, выступающий ведущим тренером группы, возлагает на себя ответственность за происходящие с пациентом психологические изменения.

Медицинский психолог должен описать индивидуально-психологические особенности психики и личности наркологического пациента, характер его реакций на различные ситуации, которые были в поле зрения специалистов и других пациентов отделения. В связи с этим необходимо провести перед первым и последним участием в групповой психологической коррекции экспериментально-

психологическое исследование (ЭПИ), которое даст возможность составить психологическую характеристику личности больного (психологический диагноз), понять отношение к болезни зависимости, что позволит оценить возможности пациента и его эффективность в групповой работе, учитывать выявленную психическую патологию, обучить пациента адаптации и преодолению возникающих проблем.

Лечащий врач должен перед проведением ЭПИ ставить медицинскому психологу конкретную задачу, без ее постановки направление к данному специалисту является абсолютно недопустимым.

Врач обязан четко сформулировать цель психодиагностического исследования и интересующие его проблемы [5]. В связи с вышеизложенным разработан алгоритм для медицинского психолога по проведению открытой общедоступной психокоррекционной группы, который будет представлен в одноименной статье.

## **СИНДРОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ**

**Кунафина Е.Р., Гильмиярова М.Н.**  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России  
Уфа

*PSYCHOEMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AS A FACTOR OF PROFESSIONAL MALADAPTATION IN PSYCHIATRISTS*

*Kunafina E.R., Gilmiyarova M.N.*

В современных условиях возрастает физическое и психологическое напряжение, связанное с профессиональной деятельностью врачей. Активная профессиональная деятельность врачей-психиатров связана с неизбежными эмоциональными и нравственными перегрузками, что является основой для возникновения, так называемого синдрома «психического (эмоционального) выгорания» (СЭВ). Среди факторов риска СЭВ большое значение придается личностным, возрастным, ситуативным и профессиональным факторам (Кузьмина Ю.М., 2007; Боева А.В. с соавт., 2013 и др.). В литературе описываются два механизма формирования СЭВ. Согласно одному подходу риск СЭВ заложен в самой личности, ее ценностях, идеалах, особенностях реагирования на стрессовые факторы. Другой подход основной акцент делает на особенностях организации производственной деятельности. Исследователи отмечают, что психиатры относятся к группе медицинских профессий с самым высоким индексом категории тяжести работы (Юрьева Л.Н., 2004), что обусловлено высокой эмоциональной нагрузкой при работе с психически больными. Врачу-психиатру приходится соприкасаться с агрессивными тенденциями, с психомоторным возбуждением, с импульсивными действиями, непредсказуемым поведением со стороны больных, с бредовыми и галлюцинаторными феноменами, что отражается на его психологическом состоянии. При этом уровень выгорания среди медицинского персонала внебольничного звена психиатрических служб более высок, чем среди персонала психиатрических стационаров. Это связано с тем, что работа в условиях стационара сопряжена с открытым способом принятия решений, взаимной поддержкой, более свободными условиями работы. Синдром эмоционального выгорания у врачей-психиатров может привести к суицидальному поведению, которое встречается у них в 5 раз чаще, чем в общей популяции, причем треть суицидов совершается в первые годы профессиональной деятельности. Исследования Л.Н. Юрьевой (2004) показали, что у 26% опрошенных врачей-психиатров периодически появляются суицидальные мысли, а 8% - суицидальные мысли посещают «часто и очень часто». Наиболее стрессорным аспектом работы врача-психиатра является «недостаток терапевтического успеха». Е.И. Лозинская (2007), проводившая сравнительный анализ профессиональных качеств врачей-психиатров и онкологов, установила, что психиатры (в отличие от онкологов) демонстрируют более личностное отношение к больным и профессии, более успешный антистрессорный копинг, меньшую самостигматизацию. У психиатров чаще, чем у онкологов, возникают напряженные отношения с больными при отсутствии прогресса в терапии, однако они лучше справляются с ними и имеют меньшую зависимость от результатов труда.

Цель исследования. Была изучена распространенность СЭВ среди врачей-психиатров Республики Башкортостан.

Материалы и методы исследования. Обследовано 70 врачей-психиатров по методике В.В. Бойко (2004). Сформировавшийся синдром выявлен у 6,55% врачей-психиатров, начало его формирования – у 23,0%.

Таким образом, у 29,5% врачей отмечены признаки профессиональной дезадаптации. У 70,5% респондентов синдром не зафиксирован. Среди отдельных симптомов СЭВ чаще всего определялись редукция профессиональных обязанностей (51,2±1,80% респондентов). Это не может не сказываться на эффективности и качестве работы врача. Несколько реже отмечались эмоциональная отстраненность (37,9±1,74%), «загнанность в клетку» (28,2±1,62%) и неудовлетворенность собой (25,7±1,57%). Была изучена распространенность СЭВ у врачей-психиатров в зависимости от пола. Среди мужчин частота выявления сформировавшегося синдрома в 2,7 раза выше по сравнению с женщинами, показатель составил 11,8±2,2 и 4,4±0,9% соответственно ( $p < 0,001$ ) Начало формирования синдрома отмечалось у респондентов разного пола с одинаковой частотой: среди мужчин 23,2±2,8, среди женщин – 22,9±2,8%. Доля респондентов, у которых не отмечено никаких признаков СЭВ, среди женщин составила 72,7±1,9, среди мужчин этот показатель ниже – 65,0±3,2 ( $p < 0,05$ )

Распространенность СЭВ среди врачей-психиатров различалась в зависимости от возраста. Сформировавшийся СЭВ установлен у 3,6±1,0% участников исследования в возрасте до 40 лет. У лиц старше 40 лет он обнаруживался в 2,5 раза чаще: в 9,0±1,4% случаев. Начало формирования СЭВ отмечено у 22,0±2,2% респондентов до 40 лет и у 23,8±2,1% старше 40 лет, показатель не значительно изменился с возрастом. СЭВ не был выявлен у 74,4±2,3% врачей до 40 лет. С возрастом показатель уменьшился и в группе старше 40 лет составил 67,2±2,3% ( $p < 0,05$ )

Исследование показало, что у врачей, имеющих квалификационную категорию, СЭВ проявляется значительно чаще по сравнению с остальными. Сформировавшийся синдром выявлен у 8,8±1,3% докторов, имеющих квалификационную категорию, и лишь у 3,2±1,0% тех, кто категории не имеет ( $p < 0,05$ )

Начало формирования СЭВ констатировано у 24,1±2,0% респондентов, имеющих категорию, и у 21,3±2,3% не имеющих.

Результаты исследования свидетельствуют о значительной распространенности СЭВ (сформировавшегося или в стадии формирования) среди врачей-психиатров. Можно сделать вывод о профессиональной деформации личности значительной части врачей, что не может не влиять на эффективность и качество выполнения ими своих профессиональных обязанностей и состояние их здоровья. Целесообразно активизировать разработку и внедрение мероприятий по предотвращению СЭВ среди врачей-психиатров.

В вопросах профилактики СЭВ важно обращать внимание на три основных фактора: на улучшение условий труда (организационный уровень), на характер складывающихся взаимоотношений в коллективе (межличностный уровень), на личностные реакции и уровень своего здоровья (индивидуальный уровень).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что синдром эмоционального выгорания является довольно распространенной проблемой в среде врачей-психиатров, оказывающей негативное влияние на профессиональную деятельность. Требуется более тщательное изучение данной проблемы в аспекте взаимосвязи со стилем жизни и удовлетворением базовых потребностей, а также разработка реалистичных программ профилактики и оказания медико-психологической помощи.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННЫХ СЕТЕЙ В РОССИИ**

**Лановая А.М.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*CURRENT ISSUES IN TERMINOLOGY, PREVALENCE, AND DIAGNOSTIC METHODS OF SOCIAL MEDIA  
PROBLEMATIC USE IN RUSSIA*

*Lanovaya A.M.*

Термин «информационно-коммуникационные сети» является достаточно новым, но, с нашей точки зрения, наиболее емко характеризует совокупность средств, используемых для передачи и обработки информации в сети Интернет (Глоссарий к проекту Концепции развития информационно-коммуникационной инфраструктуры и технологий Российской Федерации, 2011). Наиболее часто встречающимся в отечественных исследованиях синонимичным понятием является «социальные сети»,

что принципиально отличается от понимания этого термина в социальной психологии. В зарубежных работах преимущественно используются термины «социальные медиа» (social media) или также «социальные сети» (social networks), которые понимаются как виртуальные сообщества, в которых пользователи могут создавать индивидуальные общедоступные профили, общаться с реальными друзьями или знакомиться с другими людьми на основе общих интересов (Kuss D., Griffiths M.D., 2011).

Проблемное использование информационно-коммуникационных сетей тесно связано с более изученными феноменами: интернет-зависимостью, зависимостью от смартфона или персонального компьютера, которые в свою очередь отвечают критериям аддиктивного поведения (Demetrovics Z., Griffiths M., 2012; Егоров А.Ю., 2020). Таким образом, при диагностике проблемного использования информационно-коммуникационных сетей могут быть выявлены первичные признаки симптомов отмены, сверхценности, изменения настроения, рецидива и роста толерантности, конфликта с окружающими и конфликта своих личных приоритетов.

Как отмечают Егоров А.Ю. и Солдаткин В.А. (2020), для оценки тяжести и глубины последствий проблемного использования информационно-коммуникационных сетей требуются системные эпидемиологические исследования и клинические наблюдения, основанные на идентичных методах диагностики и единой терминологии. К примеру, на сегодняшний день существуют такие вариации понятия «проблемное использование», как «чрезмерное», «рискованное» или «патологическое». Отсутствие единообразия терминологии и диагностического инструментария зачастую приводит к разрозненности в результатах имеющихся малочисленных работ по распространенности данного типа аддиктивного поведения (Лановая А.М., Фадеева Е.В., 2021).

В отчете Европейского проекта школьных исследований по алкоголю и наркотикам (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) 2019 года было выявлено, что в среднем 46% (~45,8 тыс.) школьников в возрасте 15-16 лет, принявших участие в исследовании, относятся к категории лиц с рискованным уровнем использования социальных сетей и медиа, что негативно сказывается на их эмоциональном состоянии и семейных взаимоотношениях. При этом отмечается, что субъективное восприятие данных проблем у подростков описываемой категории не соотносится с количеством времени, проведенном в социальных медиа. В рамках проекта был разработан блок вопросов по теме использования социальных медиа и применялся индекс для оценки предполагаемых рисков, связанных с их использованием (Holstein et al., 2014).

В Международном мониторинговом проекте с участием Российской Федерации, «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья» (Health Behaviour in School-Aged Children – HBSC) за 2017-2018 гг., представлены абсолютно иные данные. Указывается, что в среднем лишь 7% (~15,4 тыс.) подростков в возрасте 11-15 лет входят в группу лиц с проблемным использованием информационно-коммуникационных сетей, и наиболее высокие показатели были выявлены среди девочек старшего возраста. В проекте HBSC выделяется ряд проблем в использовании информационно-коммуникационных сетей специфичных для российских подростков: интенсивное использование на протяжении почти всего дня электронных средств связи, предпочтение онлайн коммуникации межличностному общению с друзьями и проблемное использование социальных медиа. В проекте была использована Шкала нарушений при использовании социальных сетей и медиа (Social Media Disorder Scale – SMD-scale), исследований по валидации данного метода на русскоязычной выборке не представлено.

Отечественные исследователи указывают на ограниченное количество работ, посвященных интернет-зависимому поведению, включая проблемное использование информационно-коммуникационных сетей, среди российского населения и особенно среди отдельных его уязвимых групп. Существующие научные работы преимущественно направлены на качественное изучение клинко-психологических феноменов проблемного использования социальных сетей и медиа как проявления интернет-зависимости (Кибитов А.О., Трусова А.В., Егоров А.Ю. и соавт., 2019; Шейнов В.П., 2021). Это, в первую очередь, может быть связано с недостаточной систематизацией критериев и методов психологической диагностики проблемного использования информационно-коммуникационных сетей.

Исследование Сироты Н.А. и соавт. (2018) описывает картину распространенности проблемного использования социальных сетей среди молодежи в России. Авторами была проведена модификация и апробация Опросника проблемного использования социальных сетей (Problematic Facebook Use Scale – PFUS). Так, из 900 респондентов, принявших участие в исследовании, около 29% были отнесены к категории пользователей с проблемным использованием социальных сетей. Данные о подобном процентном соотношении лиц с проблемным использованием социальных сетей, полученные при помощи того же опросника, подтверждаются в нашем исследовании использования социальных сетей и

медиа среди студентов в период пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 (Лановая А.М. и соавт., 2021).

Зотовой Д.В. и Розановым В.А. в 2018 г. был выполнен квалифицированный перевод Бергенской шкалы зависимости от социальных сетей (Bergen Social Media Addiction Scale – BSMAS), которая изначально была создана датскими учеными для изучения зависимости от использования социальной сети Facebook. В пилотном исследовании авторов с применением данной шкалы среди молодых взрослых было выявлено, что к группе лиц с зависимым поведением от социальных медиа относятся 11% респондентов, а к группе с проблемным использованием или к группе риска – 15% (Зотова Д.В., Розанов В.А., 2019).

Выборку описанных работ преимущественно составляли девушки, однако и в исследованиях, где участники были уравнианы по полу либо, где преобладали мужчины, отчетливо выявляется тенденция к большей распространенности и выраженности проблемного использования информационно-коммуникационных сетей среди пользователей женского пола. Так, социологическое исследование Солодникова В.В. и Зайцевой А.С. (2021) на основе оригинальной анкеты, в котором приняли участие около 500 респондентов 14-17 лет показало, что большинство подростков используют социальные сети каждый день (70-90% в зависимости от социальной сети), при этом наиболее активными пользователями являются девушки. Аналогичного вывода в своем исследовании придерживаются Гречаный С.В. и соавт. (2020), которые отмечают, что социальные сети являются наиболее распространёнными формами онлайн-активности, особенно среди женщин.

Можно выделить следующие трудности при диагностике проблемного использования информационно-коммуникационных сетей: недостаточное количество валидизированных отечественных инструментов и адаптированных зарубежных методик; ассиметричный перевод вопросов, наиболее близкий к тексту оригинала, но лишенный лингвистической адаптации к социокультурному контексту и возрасту испытуемых; использование нестандартизированных анкет; отсутствие учета продолжительности и целей использования информационно-коммуникационных сетей.

Следствием проблем диагностики являются неоднозначные показатели распространенности проблемного использования информационно-коммуникационных сетей как среди общего населения, так и среди уязвимых групп. В связи с этим, тема остается особо актуальной, а решение приведенных вопросов поможет предотвратить неблагоприятные психосоциальные последствия и формирование устойчивых признаков зависимого поведения при помощи методов профилактики и ранней психологической диагностики и коррекции.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САООТНОШЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Ларионова Е.А., Васильева Т.М., Савченко Л.А.**

ООО «Родник-Городня», ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»

Тверь

*THE APPLICATION OF ART THERAPY IN THE PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF THE SELF-ATTITUDE OF PERSONS WITH DRUG ADDICTION*

*Larionova E.A., Vasilyeva T.M., Savchenko L.A.*

За последние несколько лет объем распространения наркотических веществ в Российской Федерации существенно возрос. Согласно данным официальной статистики, число наркозависимых, официально состоящих на учёте в РФ за 2020-2021гг. составило около 460 тыс. человек. При этом реальное количество лиц, страдающих наркотической зависимостью, может значительно превышать данные официальной статистики в несколько раз. Данная ситуация требует развития и совершенствования системы наркологической помощи, путем организации структур реабилитации (Грудинин Н.С., 2021).

Ключевой задачей в реабилитации наркозависимых является не только прекращение употребления психоактивных веществ, но и реконструкция целостности личности для достижения устойчивых положительных изменений во всех сферах жизнедеятельности, что становится возможным при ориентации реабилитационных мероприятий на глубокие личностные изменения (Менделевич В.Д., 2013).

Согласно концепции В.Н. Мясищева (1960), личность – это система отношений, следовательно, при изменении системы отношений изменяется и отношение к себе, служащее главным фактором в формировании целостности личности, и представляющее собой её регуляторный компонент.

Самоотношение, являясь относительно устойчивым личностным образованием, создает предпосылки для формирования саморегуляции, самоактуализации личности и ответственно за ее благополучную психологическую адаптацию. Структуру самоотношения согласно С.Р. Пантилееву составляют следующие компоненты: 1) самоуважение, как позитивное оценочное самоотношение; 2) аутосимпатия, как позитивное эмоциональное самоотношение и 3) самоуничижение, как показатель дезадаптации личности, отражающий ее потребность в психологической помощи. Отрицательное отношение личности к себе может детерминировать девиантное поведение из-за неустойчивости внутреннего мира и ригидности способов взаимодействия с обществом и с самим собой, которое потенцирует употребление психоактивных веществ. Поэтому одним из перспективных направлений в реабилитации лиц с наркотической зависимостью на данный момент является воздействие на самоотношение личности, и выработка адекватного и непротиворечивого восприятия себя, что в дальнейшем позволит повысить эффективность процесса ресоциализации и адаптировать человека к постоянно изменяющимся условиям окружающей действительности (Березин С.В., Лисецкий К.С., 2005).

Арт-терапия подходит для воздействия на отдельные стороны самоотношения, т.к. многие арт-терапевтические техники не только позволяют пережить различные эмоциональные состояния, но и сформировать у пациента позитивный опыт относительно самоотношения, взаимодействия с самим собой и окружающим миром, тем самым повышая успешность реабилитации и стойкость ремиссии (Старовойтов А.В., 2015).

Цель данной работы: исследование эффективности применения арт-терапевтических методов в составе программы психологической коррекции самоотношения у лиц, страдающих наркотической зависимостью.

Методы исследования: анализ литературных источников, клинико-психологическая беседа, анализ медицинской документации, групповая психокоррекция, психологическое тестирование с использованием следующих методик: «Опросник самоактуализации личности» (А.В. Лазукин, в адаптации Н.Ф. Калиной), «Тест смысложизненных ориентаций» (Д.А. Леонтьев), «Методика исследования самоотношения» (С.Р. Пантилеев), «Тест уверенности в себе (В. Ромек)», «Опросник терминальных ценностей» (И.Г. Сенин). Полученные данные были обработаны с помощью методов математико-статистической обработки (U-критерия Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона) с использованием статистического пакета SPSS.

Основным инструментом группового психологического воздействия явилась составленная нами программа психологической коррекции самоотношения у лиц, страдающих наркотической зависимостью и проходящих реабилитацию. В качестве теоретико-методологической основы использовались фундаментальные общепсихологические исследования отношения человека к себе А.Ф. Лазурского, В.Н. Мясищева, Н.И. Сарджвеладзе, А.М. Колышко, И.И. Чесноковой, В.В. Столина, С.Р. Пантилеева, И.С. Кона, современные разработки Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриевой, С.А. Кулакова, Т.В. Шелониной, В.Д. Менделевича и др., описывающие особенности диагностики и коррекции самоотношения у лиц, страдающих наркотической зависимостью. Применение арт-терапевтических методов в работе с указанным контингентом выстраивалось на основе разработок А.И. Копытина, А.С. Бочаровой, Н.Н. Иванец, М.М. Винниковой.

В исследовании участвовали пациенты наркологического реабилитационного центра «Родник» (с. Городня), мужчины и женщины в возрасте от 20 до 33 лет, страдающие наркотической зависимостью и проходящие реабилитацию. Всего в исследовании приняли участие 24 человека. В экспериментальную группу вошли 12 испытуемых, из них 6 испытуемых употребляли несколько психоактивных веществ (F19), 4 – опиоиды (F11), 2 – метамфетамин (F15). В контрольную группу, с которой не проводилась психологическая коррекция, вошли 12 испытуемых, из них 8 испытуемых употребляли несколько психоактивных веществ (F19), 2 – опиоиды (F11) и 2 – метамфетамин (F15).

Результаты исследования и обсуждение. Диагностика указанными методами позволила составить следующее описание самоотношения у лиц, страдающих наркотической зависимостью, проходящих реабилитацию: неустойчивое и противоречивое самоуважение, обусловленное недостаточной осмысленностью своей жизни и недостаточно критичным восприятием себя; неустойчивая и противоречивая аутосимпатия с одновременным одобрением себя и неверием в свои силы. И.А. Соловьева (2020) подчеркивает, что у лиц, страдающих наркотической зависимостью, отмечается искаженное и противоречивое представление о самом себе, вследствие чего у них формируется ложное «Я», при котором понимание себя не соответствует действительности. Также зависимые, проходящие реабилитацию, выявляют наличие самоуничижения, сопровождаемого сомнениями и чувством вины, и зависящего от степени адаптированности в ситуации, что является показателем негативного

самоотношения. По данным Ю.Ю. Кушнеровой (2011) и К.С. Лисецкого (2007), лица, страдающие наркотической зависимостью, испытывают постоянную неуверенность в себе, чувство вины и стыда, которые тщательно скрывают, что затрудняет их адаптацию к окружающей среде. Таким образом, лица, страдающие наркотической зависимостью и проходящие реабилитацию, характеризуются неустойчивым и противоречивым самоотношением, обусловленным недостаточной критичностью в восприятии себя, что определяет высокий риск снижения стойкости ремиссии в дальнейшем.

Применение методов арт-терапии в психологической коррекции самоотношения у зависимых лиц, проходящих реабилитацию, позволяет улучшить осознанность себя и своей жизни, уменьшить противоречия в отношении к себе через воздействие на «образ Я», ценности личности, обучение самораскрытию, улучшение самопонимания и самопринятия, что ведет к улучшению осмысленности своей жизни и повышению критичности в восприятии себя.

Выводы. Исследование подтвердило эффективность применения методов арт-терапии для коррекции элементов самоотношения у лиц, страдающих наркотической зависимостью. Направленная коррекция соотношения позволила улучшить оценку собственного «Я» личностью по отношению к социально-нормативным критериям, таким как моральность, успешность, воля, целеустремленность, социальное одобрение, повысить самоуважение и аутосимпатию.

В совокупности полученные результаты свидетельствуют об улучшении у лиц, страдающих наркотической зависимостью и проходящих реабилитацию, осознанности себя и своей жизни, уменьшении у них противоречий в отношении к себе, что ведет к повышению критичности в восприятии себя.

Включение разработанной нами программы для лиц, страдающих наркотической зависимостью, в работу реабилитационных центров и наркологических отделений различных клиник позволит повысить успешность реабилитации и стойкость ремиссии за счет коррекции самоотношения пациентов.

## **АФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ**

**Мелёхин А.И.**

*НОЧУ ПО «Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина»*

*Москва*

*AFFECTIVE STYLE OF PATIENTS WITH NON-INFLAMMATORY SYNDROME OF CHRONIC PELVIC PAIN AND ABACTERIAL PROSTATITIS*

*Melehin A.I.*

Из повседневной практики мы видим, что мужчины с простатодинией часто страдают эмоциональными расстройствами, имеют специфический аффективный стиль восприятия событий и у них наблюдается тонус брюшной стенки. В клинической психологии термин «аффективный стиль» (affective style) относится к ряду индивидуальных различий в различных параметрах эмоциональной реактивности пациента, включая специфические по валентности особенности эмоциональной реакции, аффективной обработки и регуляции. Помимо обнаружения и оценки эмоционально значимых стимулов, аффективный стиль также включает в себя переживание, регулирование и выражение аффективного ответа. Способность пациента эффективно регулировать негативные эмоции и уменьшать продолжительность дезорганизующих аффектов.

На данный момент простатодинию, синдром хронической тазовой боли у мужчин рассматривают как соматический ответ, связанный со стрессом. Обнаружено, что пациенты с простатодинией часто встревожены, имеют повышенное давление в уретре и среднее напряжение ЭМГ передней мышцы лица, что говорит о наличии у них болевого, тонического поведения. От 50 до 70% с простатодинией избавлялись от боли и симптомов мочеиспускания при назначении мышечных миорелаксантов (блокаторы альфа-адренорецепторов). Таким образом, стереотипы мышечной реакции играют важную роль в развитии и поддержании состояний хронической скелетно-мышечной боли, в том числе и простатодинии.

По опросам 40% врачей общей практики и 65% урологов выявляют психосоматический аспект (аффективный стиль реагирования на ситуации) у пациентов с хроническим простатитом, а также специфические привычки реагировать на стрессовые события болью. Эти наблюдения врачей были подтверждены данными, что у пациентов с хроническим простатитом по данным психологической

шкалы MMPI наблюдается хронический соматизирующий стиль, т. е. они реагируют на стресс первично - соматически, а вторично депрессией и/или тревогой. Показано, что депрессия и соматизация были ключевыми переменными, отличающими пациентов с хроническим простатитом от тех, кто обращается за вазэктомией. По сравнению с пациентами с большим количеством физических признаков воспаления со стороны мочевыделительной системы пациенты с идиопатическим простатитом более сильноотягощены «средней» и «тяжелой» степенью выраженности симптомами тревожного спектра расстройств и расстройств настроения. Включая нарушения сексуальной идентификации, паранойю, психотические состояния, обсессивно-компульсивное расстройство.

У 50–65% пациентов с идиопатическим простатитом наблюдается спектр симптомов депрессии, повышенные баллы по ипохондрии (соматосенсорной амплификации) и генерализованного тревожного расстройства. 5-10% пациентов признаются в мыслях о самоубийстве из-за урологических симптомов, ограничивающих их жизнь. 52% сообщают о периодических сексуальных дисфункциях и избегающем поведении с партнерами, т.е. прибегают к аутоэротизму.

Интересно отметить, что у 59-78% пациентов наблюдаются проблемы с мужской идентичностью – маскулинностью. Показано, что мужчины с хроническим простатитом испытывают более выраженные изменения в мужской идентичности, по сравнению с теми, у кого наблюдаются боли в спине. Keltikangas-Jarvinen L, Ruokolainen J. применяя тематический апперцептивный тест (ТАТ) показали, что у пациентов с хроническим простатитом наблюдается диффузная мужская идентичность, в 85% случаев. Мужчины с урологическими проблемами испытывают чувство стыда, которое, связано с чувством несоответствия как мужчины и потеря мужской идентичности. Изменения в мужском здоровье, телесные болевые ощущения, ограничения оказывают существенное влияние на мужскую идентичность, маскулинность и приводят к рискам социальной изоляции, изменениям в эмоциональной стойкости, физической силе, сексуальной потенции с развитием стыда и наклеиванием на себя негативных ярлыков.

Культурные представления о маскулинности включают физическую силу, эмоциональную стойкость, уверенность в себе, конкурентоспособность, риск, агрессия и власть. В отличие от этого изменения в мужском здоровье часто ассоциируются с уязвимостью, слабостью, зависимостью и беспомощностью. Этот конфликт между маскулинностью и изменениями в здоровье может привести к дилемме маскулинности с ограниченными возможностями. Маскулинность становится еще более актуальной, учитывая высокую распространенность мужского самоубийства среди населения в целом, а также конкретные доказательства что изменения в мужском здоровье является предиктором самоубийства, даже если психиатрическая коморбидность учитывается. Отсюда следует, что мужчины с хроническим простатитом имеет особенно высокий риск самоубийства, и это делает его еще более опасным заболеванием, влияющим на психическое благополучие и качество жизни.

В связи с этим целью данной статьи рассмотреть взаимодействие между маскулинностью и урологическими нарушениями, как они влияют на психическое благополучие мужчине, образуя аффективный стиль реагирования на различные жизненные ситуации. Мы считаем, существуют психологические факторы, которые наблюдаются в сочетании с урологическими симптомами, что указывает на необходимость тщательной оценки и внимания к психологическим симптомам у пациентов с хроническим идиопатическим простатитом. Однако в ряде зарубежных, как и российских урологических исследованиях психологическая терминология не определена объективно. Кроме того, тот факт, что эти пациенты испытывают тревогу, депрессию или другие психологические расстройства, ставит вопрос о том, приводит ли хроническая проблема к аффективному расстройству или само расстройство является причиной проблемы. Кроме того, имеется мало исследований обследования популяции молодых мужчин с симптомами, похожими на хронический простатит (chronic prostatitis-like symptoms). На основе обзора имеющихся исследований нами были рассмотрены следующие гипотезы. Первая гипотеза: у пациентов с хроническим простатитом наблюдаются изменения в психическом благополучии в форме смешанных проявлений депрессии и тревоги. Вторая гипотеза: пациенты с хроническим простатитом имеют изменения в гендерной идентичности в форме высоких баллов по феминизации, андрогинности, чем маскулинности. В рамках каждой гипотезы были исследованы взаимосвязи между физическими и психологическими симптомами.

Участники исследования. Обследовано 50 мужчин обратившиеся к клиническому психологу по рекомендации врачей-урологов, нейроурологов с диагнозом рубрики N41.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра для прохождения психологического обследования и психотерапии. Средний возраст мужчин составил  $31,1 \pm 10,2$  года, годы образования -  $12,1 \pm 3,2$  года. Проживающих в г. Москве и Санкт-Петербурге. Большинство участников исследования работали и находились в отношениях. Продолжительность сохранения болезни колеблется от 2 до 5,5 лет. Критерии



отбора для мужчин включали возраст 20-45 лет, хроническую боль в области половых органов, отсутствие в анамнезе рака области половых органов или облучения, отсутствие четких признаков инфекции предстательной железы (отсутствие локализации патогенов в простате по культуре мочи) и отсутствие применения антибиотиков в течение 4 недель.

Методики исследования: шкала оценки симптомов хронического простатита и синдрома тазовых болей у мужчин (NIH-CPSI); опросник наличия и степени выраженности депрессии анкеты состояния здоровья (PHQ-9); шкала наличия и степени выраженности тревоги Спилбергера (STAI); опросник гендерной идентичности С. Бем (Bem Sex-Role Inventory).

Результаты. У пациентов средние баллы по болевым (жжение, дерганье, «печет», ощущение инородного тела, «распирание») симптомам и изменениями в мочеиспускании по шкале NIH-CPSI составили 2,6 и 1,6 балла, что говорит о присутствии дискомфорта, который влияет на качество жизни, сопровождается перестраховочным (самомассаж, ощупывание, надавливание, запись к врачу перед поездками, прогрев сиденья в машине, прием противовоспалительных препаратов, иммуностимуляторов, БАДов, постоянное сканирование ощущений), избегающим (сокращение сексуальных отношений, поездок, посещение спортивного зала, сидеть на мягком, прием острой пищи, алкоголя, вождение автомобиля и др.) поведением и различными ритуалами самоуспокоения (например, много ходить, нагружать себя работой, чрезмерное упорядочивание в форме списков). Средние баллы по выраженности депрессии, тревоги, маскулинности-феминности составили – 15,4, 44,2, 46,8, 4,1 и 4,4 балла, что указывает на изменения в психическом благополучии, гендерной идентичности с чувством уязвленности, неполноценности, неуверенности в собственных силах, ожидание упрека и неудач, страха потери контроля над ситуациями у мужчин с урологическими симптомами. Присутствует негативизм, пессимизм, сосредоточенность на проблемах, неудачах, тенденция обесценивания хорошего в настоящем, застревать на вопросе «а все ли у меня в порядке». Страх за напрасную трату времени со стремлением к самосаботажу. При увеличении баллов по депрессии наблюдался рост тяжести урологических болевых проявлений, симптомов со стороны мочевыводящих путей, что говорит о развитии соматизации. Также следует отметить наличие у пациентов повышенной фобической настороженности («чувство неловкости в толпе», «чувство страха перед поездками в автобусах, метро или поездах»), которые часто связаны с болью и симптомами мочеиспускания (срочностью, частотой), что побуждает пациентов испытывать чрезмерную катастрофизацию, особенно когда им нелегко найти туалет или спонтанно возникает болевое ощущение. Средние баллы по выраженности депрессии у пациентов составили 10,2, 16,4, 17,2 и 26,1 для групп 1-4 у которых были болевые проявления. Показатели депрессии составили 10,7, 12,2, 17,5 и 23,6 для групп 1-4 у которых были симптомы со стороны мочевыводящих путей. Наблюдались значительные различия между группами пациентов с болевыми и мочевыми симптомами ( $p=0,001$ ;  $p=0,028$ ). По мере того, как увеличивались баллы по выраженности боли и симптомам со стороны мочеиспускания, увеличивались баллы и по выраженности симптомов депрессии в форме ощущения безнадежности, чувстве неудовлетворенности собой, подавленность, проблемы со сном (трудности засыпания, ночные пробуждения), наличие тревожных сновидений («конец света», «убивают», «умираю», «кто-то преследует», «падает самолет», «красное, кровавое небо») ощущение усталости, ничего не доставляет удовольствия.

Пациенты, у которых наблюдались значительные урологические симптомы, по данным шкалы NIH-CPSI имели выраженную депрессию и тревогу. Применение статистического теста Кохрана-Армитажа показал, что эти тенденции были значимыми ( $p<0,001$ ). Однако средние показатели по наличию и степени выраженности тревоги по состоянию и признакам не отличались для групп болевых и мочевых симптомов, и там и там наблюдалось присутствие тревожного аффекта. Средние баллы по тревожности состояния были 47,3, 44,5, 46,3 и 45,6 для групп 1-4 у которых присутствовала боль и 47,7, 45,6, 47,0 и 45,8 для групп 1-4 у которых преобладали симптомы со стороны мочеиспускания. Симптомы тревожности выражались в неспособности расслабиться, беспокойстве (катастрофизации) о разных вещах, тревога о здоровье («вдруг рак», «станет плохо», «а если будет простатит, то...», «если посижу на твердом и холодном, то будет...»), раздражительность, трудно спокойно сидеть на месте, чувство страха от того, что может что-то плохое случиться, недовольство собой. Показано, что степень симптомов мочеиспускания, но не боли, была в значительной степени связана со степенью изменения в маскулинности пациентов. Неустойчивость маскулинности у урологических пациентов связана с отношениями к отцовской фигуре («реальный» и «идеальный» отец), конфликтом между собственной внутренней картиной мужественности и навязанным шаблоном, ощущением уязвимости как собственной телесности, так и окружающих вещей. Наблюдаются изменения в уверенности в себе, чувство зависимости, пассивность. Отмечают, что с момента начала болезни не понимают, что с ними

происходит, тело их предает и ничем не могут заниматься. Полученные баллы по шкале гендерной идентичности С. Бен не показывают, что пациенты становятся более женственными, наоборот у них наблюдается сомнения по всем сферам, определяющим мужскую идентичность. Например, «внутреннее ощущение не соответствует внешнему», «не мужественный».

Средние баллы по маскулинности составили 4,3, 3,9, 3,9 и 3,5 для групп 1-4 у которых преобладал болевой синдром в урологической картине, и 4,5, 4,1, 3,8 и 3,3 для групп 1-4 с преобладанием симптомов со стороны мочеиспускания. Средние показатели маскулинности не различались для групп с болевым синдромом, но были значительно различны для групп пациентов с симптомами мочеиспускания ( $p=0,042$ , по критерию Крускала-Уоллиса). Однако не было продемонстрировано никакой существенной взаимосвязи между степенью урологических симптомов и степенью феминности у мужчин. Средние значения по субтесту на оценку феминности составили 4,5, 4,3, 4,4 и 4,2 для групп 1-4 боли и 4,4, 4,5, 4,1 и 4,5 для групп 1-4 симптомов мочеиспускания. Средние баллы по женственности не различались для групп болевых и мочевых симптомов представлены.

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Нартова Т.В., Николаева А.А., Каймакова В.А.**

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

Москва

### *EXPERIENCE OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF ADDICTIVE DISORDERS WITH AUDIO-VISUAL ENTRAINMENT*

*Nartova T.V., Nikolaeva A.A., Kaimakova V.A.*

**Аннотация.** Представлен опыт применения аудиовизуальной стимуляции (АВС) для усиления терапевтического эффекта при лечении аддиктивных расстройств. Рассмотрены основные программы и стратегии психокоррекционного воздействия с помощью аудиовизуального комплекса (АВК) «Диснет» в терапии зависимостей.

**Ключевые слова:** АВС (аудиовизуальная стимуляция), наркология, аудиовизуальный комплекс «Диснет», психокоррекция, биоэлектрическая активность головного мозга.

Вопросы разработки новых методов психокоррекционного и психотерапевтического воздействия в наркологической клинике выступают в наше время весьма актуальными и востребованными. Одним из наиболее эффективных методов лечения наркологических заболеваний является психотерапия, как индивидуальная, так и групповая. С 2021 года наряду с рациональной, когнитивно-поведенческой и НЛП-психотерапией для лечения пациентов в отделении реабилитации Национального Научного Центра Наркологии начали использовать аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет». Комплекс состоит из светозвукового импульсного терминала, монитора и набора видео-, аудио- и аутогенных сеансов. В данной работе нами будут рассмотрены основные стратегии применения аудиовизуального комплекса в практике наркологического стационара, а также наш личный опыт его использования.

Аудиовизуальный комплекс «Диснет» позволяет проводить не только индивидуальные сеансы комплексной аудиовизуальной стимуляции, но и проводить тестирование текущего психологического состояния обследуемого. Процедура АВК является проводником для усвоения пациентом терапевтических внушений и установок. Полностью загружая зрительный и слуховые каналы восприятия, АВК осуществляет переориентацию пациента с окружающего мира на внутренние впечатления и переживания, позволяя ему сконцентрироваться на собственных эмоциях. Поскольку наркологические заболевания характеризуются искажением эмоционально-личностной сферы, постепенной утратой контакта пациента с собственными эмоциями и невозможностью их адекватного переживания и регуляции, мы можем предположить, что именно эмоциональный компонент является ключевым в психокоррекции наркоманий и алкоголизма.

Точкой приложения программ АВК – являются эмоциональные состояния, возникающие на фоне хронической внутренней тревоги и напряжения. Все программы можно разделить на несколько групп, согласно цели воздействия: релаксация, мобилизация, аутогенная тренировка.

Релаксация – это глубокое мышечное расслабление, сопровождающееся снятием психического напряжения. Мобилизация представляет собой активацию внутренних систем организма, способствующих качественному выполнению определенной деятельности.

Важной составляющей комплекса является аутогенная тренировка, основу которой составляют приемы погружения в релаксационное состояние и самовнушение. Овладение сознательным контролем над подобными функциями приводит к нормализации и активации основных психофизических процессов. На принципе аутогенной тренировки основаны сеансы «Х-синх», состоящие из композиций со специально подобранной ритмической и мелодической структурой, что позволяет значительно усилить избирательность и эффективность лечебного воздействия. Звуковые волны с определенной частотой и конфигурацией используются в качестве эталонных задающих сигналов в процессе саморегуляции при восстановлении организма, способствуя отстройке и синхронизации его внутренних ритмов. Данные занятия позволяют пациентам научиться контролировать своё эмоциональное состояние и закреплять навыки, чтобы в дальнейшем использовать их в повседневной жизни.

Использование АВК в наркологической клинике также может способствовать стабилизации и повышению эффективности когнитивного контроля – комплекса исполнительных функций, позволяющего индивиду подстраивать свое текущее поведение под имеющиеся задачи, на основе чего осуществляется процесс саморегуляции. В отношении процесса саморегуляции наиболее значимыми функциями когнитивного контроля являются рабочая память, сдерживание/торможение поведения и способность к переключению задач в зависимости от изменяющихся условий. Наличие аддиктивной патологии приводит к снижению когнитивного контроля, основную причину которого зарубежные исследователи видят в возникновении автоматических реакций на сигналы, связанные с употреблением ПАВ и основанные на наличии у индивида когнитивных искажений.

Коррекция данных реакций оказывается возможной с помощью специальных тренировок, направленных прежде всего на улучшение способности пациента к саморегуляции. Известно, что зависимое поведение характеризуется труднопреодолимым влечением к объекту зависимости (в данном случае – ПАВ) и сниженной способностью индивида ограничить его употребление, несмотря на негативные психологические, физические и социальные последствия. Из-за трудностей саморегуляции употребление происходит «автоматически», возникают рецидивы заболевания. Использование АВК в сочетании с мотивационными вмешательствами и когнитивно-поведенческой терапией способно положительно влиять на регуляторный компонент психики и способствовать изменению аддиктивного поведения в долгосрочной перспективе.

С целью оценки эффективности АВК сеансы психотерапии с использованием различных программ были проведены 61 пациенту (из них 18 женщин и 43 мужчин) в возрасте от 25 до 55 лет. Общий курс психотерапии с АВК составлял 10 сеансов продолжительностью 30 минут ежедневно (5 сеансов в неделю). Предварительно пациентам была разъяснена суть используемого метода. Динамика психического состояния оценивалась с помощью таких методик, как цветовой тест Люшера, шкала эмоциональной реактивности, шкала тревоги Спилбергера-Ханина, опросник Басса-Дарки. Первоначальные результаты исследований свидетельствовали о наличии у пациентов высокого уровня реактивной тревоги и личностной тревожности (высокие показатели стрессового состояния), преобладании возбуждения парасимпатической нервной системы, пассивности, спонтанному поведению, повышенной эмоциональной реактивности и косвенной агрессии, снижении активности, пониженном эмоциональном фоне. Использование АВК у большинства пациентов (46 человек) способствовало снижению уровня тревоги, улучшению субъективной оценки собственного состояния, повышению инициативности и стабилизации настроения, что подтверждалось результатами психологических методик. Большинство пациентов также предоставляло положительную обратную связь по итогам проведенных сеансов, ими было отмечено улучшение эмоционального состояния, снижение напряжения, повышение продуктивности, хорошее самочувствие. В совокупности отмечалось снижение у группы обследуемых анозогнозии и повышение прогностических способностей, преобладание у них адаптивных стратегий совладающего поведения.

Данный опыт свидетельствует о целесообразности проведения психокоррекции аддиктивных расстройств с применением аудиовизуальной стимуляции АВК «Диснет», учитывая позитивные изменения клинического статуса, психологических и психофизиологических показателей пациентов. Способ имеет самые разнообразные сферы использования, в том числе для расслабления, улучшения цикла сна – бодрствования, повышения стрессоустойчивости, усиления мотивации пациентов и их нацеленности на результат.

# ЛИЧНОСТНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ЛИЦ С РАННИМИ СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Пичиков А.А., Баева Ю.А., Попов Ю.В.

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

Санкт-Петербург

*PERSONAL IDENTITY IN INDIVIDUALS WITH EARLY SYMPTOMS OF EATING DISORDERS*

*Pichikov A.A., Baeva Y.A., Popov Y.V.*

Введение. Взгляды на идентичность очень многообразны и различны. Понятие идентичности до сих пор не имеет достаточно точного определения. Однако общим для этих представлений является отнесение к идентичности широкого круга аспектов личности, которые позволяют выделить ее на фоне окружения, а также отношение к собственной личности. Во многих психологических подходах, вне зависимости от взглядов на происхождение нарушений идентичности, общим является утверждение, что они имеют определенную связь с расстройствами пищевого поведения (РПП), которые вероятно являются результатом компенсации нарушенной идентичности и соответственно главным источником самоопределения. Несмотря на то, что многие теоретические воззрения на РПП сходятся в том, что личность и идентичность связаны с формированием данных расстройств, они, как правило, не уделяют достаточного внимания самому конструкту идентичности, акцентируя свое внимание на том, что приводит к нарушениям идентичности, а затем и поведения.

Целью исследования явилось выявление различий в статусе и особенностях эго-идентичности, свойственных людям с различной выраженностью симптомов РПП.

Материалы и методы. Проводилось он-лайн обследование лиц женского пола от 15 до 29 лет, на основе которого было выделено две группы испытуемых. Группы разделялись по выраженности симптомов нарушений пищевого поведения, которые оценивались с помощью пороговых значений опросников пищевого поведения О.А. Скугаревского (2003) и образа собственного тела О.А. Скугаревского (2006). В 1 группе с ранними симптомами РПП было 36 женщин (средний возраст составил 21,7 лет). Во 2 группе без потенциальных нарушений пищевого поведения было 39 женщин (средний возраст составил 22,8 лет). В дальнейшем была проведена оценка статуса и особенностей личностной идентичности в обеих группах при помощи теста структуры эго-идентичности Е.Л. Солдатовой (2007). В основе методики лежит понятие о нормативных кризисах в ходе развития, которые связаны с динамикой эго-идентичности, то есть предполагается, что каждой фазе кризиса соответствует определенный статус эго-идентичности. За основу была принята статусная модель идентичности Дж. Марсиа, где статус идентичности определяется исходя из поиска и принятия обязательств. Таким образом, в данный опросник вошли утверждения, разделенные по тройкам, каждая из которых характеризует определенный статус эго-идентичности (и соответственно фазу нормативного кризиса): предрешенную, которая определяется новой социальной ситуацией, внешними образцами и идеальной формой; размытую или диффузную, наблюдающаяся в апогее кризиса; автономную или достигнутую, формирующаяся в завершении кризиса.

Результаты и их обсуждение. Для испытуемых 1 группы статус автономной личностной идентичности оказался менее выражен по сравнению со 2 группой (средние значения составили 19,81 и 25,51 соответственно). Вместе с этим для испытуемых 1 группы более выраженными оказались статусы диффузной и предрешенной личностной идентичности (средние значения составили 19,22 и 10,97 соответственно) по сравнению с 2 группой (средние значения составили 15,15 и 9,33 соответственно). Значимые различия наблюдались в большей выраженности статуса диффузной идентичности и меньшей выраженности автономной идентичности в 1 группе по сравнению со 2 группой ( $p < 0,05$ ). Вероятно, при большей выраженности симптомов РПП наблюдается статус идентичности, соответствующий кризисному состоянию, связанный с сомнениями в собственной идентичности и активным поиском.

В дальнейшем проводилось сравнение особенностей проявлений статусов автономной и диффузной идентичности между группами. В результате в 1 группе по сравнению со 2 была выявлена достоверно меньшая выраженность таких проявлений автономной идентичности, как ответственность за выбор (средние значения составили 5,22 и 6,97 соответственно,  $p < 0,01$ ), самодостаточность (средние значения составили 3,47 и 5,0 соответственно,  $p < 0,001$ ), принятие настоящего (средние значения составили 1,19 и 2,05 соответственно,  $p < 0,001$ ), осознанность собственных ценностей (средние значения составили 2,31 и 3,10 соответственно,  $p < 0,01$ ) и соответствие себе (средние значения

составили 2,39 и 3,28 соответственно,  $p < 0,05$ ). Таким образом, для лиц с ранними симптомами нарушений пищевого поведения были характерны проявления, соответствующие статусу диффузной идентичности: сложности в принятии ответственности, неуверенность в себе и своих способностях, отрицание значимости настоящего, стагнация системы ценностей и отсутствие ощущения соответствия самому себе. Между группами не было выявлено различий в выраженности таких проявлений идентичности, как осознанность жизненного пути и эмоциональная зрелость. Такой результат можно объяснить тем, что данные аспекты идентичности формируются обычно в старшем возрасте, то есть, вероятно, низкие показатели в обеих группах могли быть связаны отчасти с молодым возрастом испытуемых.

Полученные различия относительно проявлений идентичности соотносятся с положениями, касающимися особенностей личности, связанных с РПП, например, заниженной самооценкой и перфекционизмом, что в некоторой степени объясняет результат, полученный по шкале «самодостаточность». Различия по данной шкале подразумевают, что для группы с выраженными симптомами РПП более характерно неверие в себя, пассивность и отстраненность. Также со сниженной самооценкой могут быть связаны результаты, полученные по шкале «соответствие себе», так как она подразумевает не только возможность сохранения собственной личности, несмотря на способность к изменениям, но и отношение к себе, при этом для 1 группы были не характерны такие проявления, как самоотжественность, ценность и уверенность в себе. Данный результат соотносится также с тем, что отношение к собственной личности в случае с РПП часто формируется на основе конкретных достижений, зачастую связанных с самоконтролем, причем требования к себе имеют завышенный характер.

Различия, связанные с ответственностью за выбор, предполагают в случае с 1 группой склонность к сомнениям при совершении выбора, непринятие ответственности за этот выбор. Различия по шкале «принятие настоящего» указывают на склонность к идеализации прошлого или будущего, к игнорированию значимости настоящего у группы с более выраженными симптомами РПП. Разница в осознанности собственных ценностей указывает на отсутствие сформированной гибкой системы ценностей в 1 группе. В целом данный результат согласуется с общими представлениями и об идентичности, где сформированность ценностной системы является одним из наиболее значимых ее аспектов. Считается, что РПП связано с формированием специфических убеждений, появлением сверхценных идей, связанных с собственным телом и приемом пищи. Тем не менее, данная шкала показывает отношение к системе ценностей, их осознанность, что имеет более низкий уровень в случае наличия потенциальных РПП.

Выводы. В результате исследования была подтверждена гипотеза, связанная с различиями в статусе идентичности в зависимости от выраженности проявлений симптомов нарушений пищевого поведения. Также значимые различия были получены для таких особенностей личностной идентичности, как: ответственность за выбор, самодостаточность, принятие настоящего, осознанность собственных ценностей и соответствие себе. Данные результаты были объяснены тем, что уже в случае доклинического состояния, при наличии некоторых симптомов нарушений пищевого поведения, прослеживаются изменения формирования идентичности. Это отражается в выраженности диффузного статуса идентичности, который соответствует кризисному состоянию и связывается с наличием неопределенности, сомнений в себе и своих ценностях и активным поиском. Дальнейшая научно-исследовательская работа может быть направлена, как на уточнение связи РПП с отдельными проявлениями идентичности, так и на изучение возможности влияния кризисного состояния идентичности на формирование РПП в контексте экспериментального исследования.

## РУМИНАЦИИ КАК МИШЕНЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Пуговкина О.Д., Обернихина А.Ю.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»; ФГБОУ  
ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Москва

*RUMINATION AS A TARGET FOR PSYCHOEDUCATION AND PREVENTING AFFECTIVE DISORDERS IN A  
STUDENT POPULATION*

*Pugovkina O.D., Obernikhina A.Yu.*

В ряде исследований представлены данные о связи руминаций и симптоматики, которую в совокупности можно описать как эмоциональную дезадаптацию [1, 4]. Эти симптомы во многом совпадают с проявлениями тревожных и депрессивных расстройств, например, высокая истощаемость, снижение уровня деятельности психических функций, появление невротической симптоматики, страхов и фобий, хотя и не достигают уровня клинической выраженности [1].

Исследования эмоциональной дезадаптации в группах риска в общей популяции являются большим самостоятельным полем исследований в клинической психологии. По многочисленным эпидемиологическим и клиничко-психологическим данным, студенческая популяция является одной из таких групп [2,7]. Уязвимость этой группы часто обосновывается через данные о распространенности эмоционального неблагополучия, а также через эпидемиологические данные о том, что именно в этом возрасте манифестирует значительная часть клинических форм психических расстройств; по данным различных исследований до 30% студентов имеют диагностированное психическое расстройство [1; 2]. Отмечается, что студенты в значительной степени подвержены стрессу, как экзаменационному и учебному, так и стрессу, связанному с погружением в новую среду университета и возможной потерей привычных защищающих от стресса факторов. Последнее относится преимущественно к студентам-первокурсникам из-за резкой смены привычного окружения, режима и в целом социальной среды. Именно поэтому адаптация первокурсников является одной из основных задач психологической службы университета.

Согласно последним исследованиям, посвященным влиянию коронавирусной эпидемии и последствий самоизоляции, студенты также оказались более подверженной тревожно-депрессивным состояниям группой [5, 6], что говорит о важности профилактической работы, направленной на работу с конкретными факторами – мишенями.

В нашем исследовании мы сфокусировались на руминативном мышлении, как одном из существенных факторов эмоциональной дезадаптации, которая включает в себя тревожные и депрессивные проявления, а также снижение качества уровня жизни в целом. В контексте работы психологической службы университета руминации являются одной из наиболее доступных мишеней для работы: информирование о феномене руминаций, его специфике и метакогнитивных заблуждениях о его природе выступает эффективным способом профилактики. Важно добавить, что формат компактного мишенеориентированного группового тренинга, удобный для психологической службы, подходит для работы с руминациями и их негативными последствиями, а также с другими когнитивными процессами, влияющими на состояние студентов.

В контексте индивидуального консультирования, также предоставляемого психологической службой университета, работу с руминациями оптимально осуществлять как в классическом когнитивно-поведенческом подходе, так и в мета-когнитивных подходах «третьей волны» с акцентом на «mindfulness» [4]. Консультирование в сеттинге этих подходов допускает краткосрочную работу, оптимальную для выработки навыков совладания с руминациями и дезадаптацией, что делает его доступным для психологической службы ВУЗа.

Чтобы подтвердить ведущую роль руминаций в развитии эмоциональной дезадаптации у студентов, мы провели данное эмпирическое исследование, в задачи которого входило установление связи склонности к руминациям и проявлений эмоционального неблагополучия среди выборки студентов.

Выборку исследования составили студенты высших учебных заведений факультетов различной направленности с 1 по 6 курс: 283 человека возрастом от 18 до 26 лет (средний возраст 19.9 лет). Респондентам предлагалось заполнить госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS, Zigmond, Snaith, 1983; адаптация Дробужева, 1993) и сокращенный опросник качества жизни и удовлетворенности (Q-

Les-Q, Ritsner et al., 2005; адаптация Рассказовой, 2012) для выявления выраженности составляющих эмоциональной дезадаптации. Для оценки руминативного мышления использовалась шкала руминаций (RRS, Ruminative Responses Scale, Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003, адаптация Пуговкина, Сыроквашина, Истомин, Холмогорова, 2021) [3].

Статистический анализ, проведенный с помощью критерия Спирмена, показал наличие выраженной связи между проявлениями эмоциональной дезадаптации и склонностью к руминациям. Коэффициенты корреляции руминативного мышления и выраженности симптомов тревоги и депрессии (HADS) составляют 0,59 и 0,54 соответственно ( $p < 0.01$ ). Связь руминаций со снижением удовлетворенности качеством жизни (Q-Les-Q) также существенна: коэффициенты корреляций составляют от 0,32 ( $p < 0.01$ ) в сфере активности в свободное время до 0,53 ( $p < 0.01$ ) в эмоциональной сфере.

Таким образом, студенты, склонные к руминациям, демонстрируют более высокий уровень выраженности симптомов тревоги и депрессии. Руминативное мышление связано и со снижением удовлетворенности жизнью во всех сферах.

Подтверждая эмпирически таким образом роль руминативного мышления как фактора эмоциональной дезадаптации, следует вернуться к идее о том, что руминации – это одна из компактных и доступных мишеней психообразования и психологической профилактики. В контексте современных тенденций повышения доступности психологической помощи можно упомянуть и о ресурсе цифровых технологий, которые широко представлены в открытом доступе, но относительно мало задействованы в текущей работе психологических служб – онлайн приложениях, помогающих контролировать отдельные дисфункциональные паттерны и когнитивные стратегии переработки стресса, к которым относятся и руминации.

Таким образом, подтвержденный тезис о дисфункциональном влиянии руминаций на психологическое состояние студентов и на вероятность развития у них тревожно-депрессивных расстройств может использоваться как основа работы психологической службы университета, где руминации будут рассматриваться как ключевая, первостепенная и вместе с тем наиболее доступная мишень, которая может быть реализована с использованием цифровых технологий.

## **ПРИНЦИПЫ НЕНАПРАВЛЕННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ КОГНИТИВНОЙ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ (CST) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ**

**Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И.**

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»;

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*PRINCIPLES OF NON-DIRECTED LEARNING IN THE COGNITIVE STIMULATION THERAPY (CST) PROGRAM FOR THE PREVENTION OF COGNITIVE DECLINE IN LATER AGE*

*Roshchina I.F., Kalantarova M.V., Shvedovskaya A.A., Khromov A.I.*

Введение. Постоянное увеличение в популяции числа лиц пожилого и старческого возраста положительно связано с ростом распространенности деменции, что ставит перед специалистами проблему разработки программ когнитивной стимуляции в комплексной медико-психологической работе с пациентами при начальных формах деменции [2]. Больших успехов в данной области достигли коллеги из Великобритании, чья программа Когнитивной Стимулирующей Терапии (Cognitive Stimulation Therapy, CST), разработанная профессором А. Spetor, входит в руководство Великобритании по лечению деменции и успешно применяется более, чем в 30 странах [3]. В настоящее время идет культурная адаптация программы Когнитивной стимулирующей терапии в России.

Программа CST направлена на стимуляцию когнитивных функций у пожилых людей с синдромом мягкого когнитивного снижения (MCI) и деменцией. Программа представляет собой систему методов, направленных на актуализацию прошлого опыта и формирование новых когнитивных стратегий. В основе этой системы лежат принципы ненаправленного обучения, что способствует спонтанной актуализации компенсаторного потенциала у людей позднего возраста. Выделяют пять принципов построения программы:

1. Эмпирическое обучение, с опорой на восприятие в разных модальностях для стимулирования когнитивной деятельности и особенно процессов памяти.

2. Целенаправленное психологическое вмешательство, нацеленное на преодоление трудностей повседневной жизни.
3. Учет эмоциональной жизни для улучшения когнитивных навыков людей с деменцией.
4. Использование приема «смещения установки», когда обучение происходит не явно, а исподволь. Наиболее эффективным считается обобщение важной информации о собственной личности и жизненном опыте.
5. Взаимодействие людей с деменцией и тех, кто о них заботится, повышает информированность о сильных сторонах и уязвимости друг друга.

Программа Когнитивной стимулирующей терапии включает в себя 14 сессий продолжительностью по 45-60 мин, 2 раза в неделю, в первой половине дня. Количество участников группы – 5-8 человек. Каждая сессия посвящена определенной тематике и имеет заданную структуру [4]. Однако в ходе проведения занятий все вопросы выносятся на обсуждение и не предполагают верного ответа.

Создание условий с минимально вероятной ситуацией неуспеха способствует более высокой интеллектуальной активности участников группы. С одной стороны, в таких условиях снижается тревога перед неверным ответом и минимизируется риск эмоциональной блокировки познавательной активности. С другой, ответ предполагает субъективное мнение участника группы, а не знание конкретных фактов, возможна значительная вариативность ответов, что побуждает удерживать высокий уровень этой активности. Доброжелательное и уважительное отношение к участникам группы и их выбору, безопасная и веселая обстановка на занятиях сами по себе оказывают стимулирующее воздействие и способствуют мотивации к активному участию в занятии.

Целенаправленное обучение предполагает критичное отношение пожилого человека к снижению параметров его когнитивной деятельности и сформированную мотивацию на преодоление этого дефицита, а также относительную сохранность мышления и произвольной регуляции познавательных процессов. Оно может успешно применяться в работе клинических психологов с людьми пожилого и старческого возраста с минимальными возрастными изменениями когнитивной сферы и самостоятельной мотивацией к активной тренировке и активизации памяти и других высших психических функций, например в работе с пациентами с депрессиями позднего возраста.

Резюме. Принцип ненаправленного обучения в программе CST способствует созданию мотивации (через эмоциональное вовлечение и апелляцию к личности) к интеллектуальной деятельности при мягком когнитивном снижении и деменции. Если обратиться к метафоре Любви Семеновны Цветковой (ученице А.Р. Лурии, сооснователя отечественной школы восстановительного обучения при приобретенном непрогрессирующем нейрокогнитивном дефиците), которую она высказывала в курсе «Нейропсихология реабилитации и восстановления высших психических функций» студентам факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова в 80-е годы XX века, что на занятии «нарушенная функция лежит на столе между нами и пациентом», то можно сказать, что при деменции не только дефицитарные когниции находятся между психологом и пожилым человеком, но и его мотивы к преодолению этого дефицита.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ**

**Руденко С.Л.**

НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Белгород

*THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ATTITUDE TO THE DISEASE AND SOCIAL PERCEPTION IN PATIENTS WITH NEURASTHENIA*

*Rudenko S.L.*

Введение. Роль нарушения социального восприятия в генезе неврозов изучена и проанализирована как в отечественном пространстве, так и за рубежом. Установлено влияние трудностей декодирования эмоций, субъективизма в оценках, фиксации на прошлом опыте [1; 2; 8], а также отсутствие достаточной мотивации к анализу социальных ситуаций [7; 8; 9]. Особенности социального восприятия лиц с неврастениями освещены недостаточно и сводятся к утверждению низкого уровня коммуникативной компетентности [1; 8].



Проблема отношения к болезни лиц с невротами, и в том числе контингента с неврастенией, исследована глубоко. Создана типология реакций личности на болезнь [3], определены компоненты внутренней картины болезни [4; 5]. Установлена связь преморбидных личностных особенностей и отношения к болезни [6; 7].

Несмотря на детальную разработку вопросов отношения к болезни лиц с невротами, в литературе отсутствуют свидетельства взаимосвязи отношения к болезни и социального восприятия больных неврастенией.

В связи с высокими темпами инвалидизации данного контингента сегодня особенно значим поиск специфических критериев, открывающий возможность постановки точного диагноза и оказания своевременной помощи [1; 2; 8]. Настоящее исследование ориентировано на рассмотрение социального восприятия как диагностически значимого параметра, который в условиях болезни имеет нозоспецифические характеристики. Ограничения в сфере общения и рост инвалидизации больных определяют высокую значимость и актуальность проблемы.

Гипотеза исследования: у лиц с неврастенией проявляется отчетливое нарушение социального восприятия, взаимосвязанное с отношением к болезни.

Цель исследования: выявление взаимосвязи отношения к болезни и социального восприятия у лиц с неврастенией.

Задачи исследования:

1. исследовать ведущие типы отношения к болезни у лиц с неврастенией;
2. определить уровень социальной перцепции и характерные особенности анализа ситуаций взаимодействия в обществе;
3. показать взаимосвязь отношения к болезни и социального восприятия.

Материалы и методы исследования.

В исследовании применены следующие методики:

1. выявление ведущих типов отношения к болезни реализовано посредством методики «ТОБОЛ» Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой;
2. изучение социального восприятия состоялось на основе тестов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян, «Поза и жест» Н.С. Курека, а также теста «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan – Е.С. Михайловой.

Обработка данных произведена в программе SPSS Statistics 17.0.1. Реализован корреляционный анализ Спирмена.

Изучение больных проводилось на базе бюро № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области». Обследовано 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 25 до 50 лет. Длительность заболевания в диапазоне от 1 до 25 лет. Группу контраста составили здоровые люди численностью 120 человек. Значимые расхождения с основной группой в половом и возрастном аспектах отсутствуют.

Результаты и их обсуждение. Полученные данные показывают, что в группе лиц с неврастенией доминируют собственно неврастенический и сенситивный типы отношения к болезни. Неврастенический тип задает тон «раздражительной слабости» в ответ на изменения состояния и лечение. Отмечается крайняя нетерпеливость в ходе диагностики, терапии и общения с медицинскими работниками. Неспособность ждать облегчения часто приводит к аффективным вспышкам. Сенситивный тип определяет чувствительность к проявлениям пренебрежения со стороны социума, боязнь оказаться тяжелым бременем для родственников и испытывать на себе их неблагоприятное обращение. Прослеживаются проявления феноменов стигматизации и самостигматизации.

Основной состав обследуемых имеет выраженные трудности идентификации презрения и страха. Фиксируется низкий уровень способности к прочтению страдания и удивления. Определение простой эмоции гнева соответствует средним показателям. Следовательно, нарушения не связаны с широтой набора деталей стимульного материала и уровнем сложности их шифровки. Выявленные дефициты коррелируют со снижением концентрации внимания на деталях мимики, пантомимики и удержания логики развития социальных ситуаций, снижением направленности на другого человека, интереса распознавания и анализа социальной информации. Определяется недостаточная чувствительность к невербальным сигналам социальной стигмы и эмоциям аналогичным испытываемым. Наиболее достоверно распознавание радости. В группе контраста определение всех эмоций оценено высокими баллами. Различия по аспектам распознавания лицевой и пантомимической экспрессии, между показателями сопоставляемых групп обследуемых, значимы.

Больные неврастенией имеют низкие оценки распознавания классов, систем, преобразований и результатов поведения. В группе здоровых обследуемых показатели параметров социального

интеллекта выше средневыборочной нормы. Различия между оценками больных неврастенией и здоровых людей значимы.

Обнаруживается значимая обратная связь композитной оценки социального интеллекта больных с неврастеническим и сенситивным типами отношения к болезни. Чем ниже социальный интеллект, тем в большей мере выражена уязвимость от пребывания в статусе больного. Неверное понимание контекста ситуаций межличностного взаимодействия приводит к неэффективности коммуникаций больных. Возникают депрессия, тревога перед взаимодействием с людьми, нарастает пассивность и социальная отгороженность.

Заключение. Лица с неврастенией имеют неврастенический и сенситивный типы отношения к болезни, определяющие выраженную эмоциональную нестабильность с явлениями раздражительной слабости, феноменами стигматизации и самостигматизации. Обнаружены трудности идентификации вербальных и невербальных сигналов. Обследуемые неспособны к быстрому образованию суждений об эмоциональных состояниях партнеров по общению. Заключением больных не достает точности, выводы лишены глубины, поверхностны. Подтверждена взаимосвязь ведущих типов отношения к болезни и социального восприятия. Больные имеют трудности распознавания тех эмоций, которые в действительности испытывают.

## **МЕТОД КОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА**

**Рыжова И.А.**

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

Москва

*COGNITIVE TRAINING METHOD AS A PROGNOSTIC MARKER IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS*

*Ryzhova I.A.*

Психокоррекционные методы терапии, отвечающие задачам превенции и реабилитации психических расстройств, получили широкое распространение в общемировой практике. К достоинствам когнитивного тренинга можно отнести организацию на основе подхода междисциплинарной интеграции, систематичность применения, доступность реализации, выбор клинически значимых когнитивных нарушений в качестве мишени немедикаментозной интервенции, редукцию когнитивного дефицита посредством увеличения нейронной пластичности и нивелирование поведенческой дисгармонии, формирование ментального резерва, предотвращающего прогрессивное когнитивное снижение. В исследовании оценивалась эффективность применения метода когнитивного тренинга для реабилитации больных с расстройствами аффективного спектра. В выборку вошли 344 пациента, критерием включенности явились нейропсихологически выявленные негрубые когнитивные нарушения и наличие клинически подтвержденного диагноза, относящегося к группе расстройств аффективного спектра. Исследовательским инструментарием служили оригинальные опросники самооценки когнитивных функций и мотивации участия в тренинге. Выбор опросного метода обуславливался его преимуществами для организации эксперимента, обладающего потенциальной возможностью масштабного анкетирования с унифицированными ответами и маркирующего ценность самоотчета испытуемых для понимания лечебно-восстановительной динамики. По результатам исследования, значимо улучшалась самооценка памяти, внимания, речевых навыков, сообразительности и толерантности к когнитивным нагрузкам. Достоверность различий для зрительно-пространственных функций не была подтверждена, вероятно, из-за критичной претенциозности их восприятия или недостаточной чувствительности примененных психокоррекционных методик к процессам пространственной визуализации. Сила и направленность мотивации участия в тренинге смещались в сторону преобладания внутренних мотивов над внешними. Проспективность когнитивных тренингов детерминирована возможностью модификации формы подачи материала, диктуемой технотрендом использования инноваций благодаря развитию мультимедийных технологий. Участие в когнитивном тренинге, проводимом в формате увлекательного познавательного поиска, мобилизует когнитивные ресурсы и стимулирует сохранение структуры личности пациентов к формированию перспективных поведенческих моделей с целью достижения оптимальной социальной адаптации. Катамнестические данные участников тренинга акцентируют доказательность когнитивной тренировки в качестве

предиктора продолжительности ремиссии заболевания и успешности психосоциальной реабилитации в постгоспитальный период.

## СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЙ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПРАВОМ (СУБДОМИНАНТНОМ) ПОЛУШАРИИ

Селькин М.Д., Исаева Е.Р., Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А., Голиков К.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России; СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2»; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
Санкт-Петербург

*SPECIFICITY OF MEMORY DISORDERS IN PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT IN THE RIGHT (SUBDOMINANT) HEMISPHERE*

*Selkin M.D., Isaeva E.R., Gureeva I.L., Gomzyakova N.A., Golikov K.V.*

Заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), в частности инфарктом мозга (ИМ) остается одной из важных медико-социальных проблем современности. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у 70-80% пациентов с инфарктом мозга в остром периоде помимо неврологического дефицита диагностируются когнитивные нарушения, которые также неблагоприятно отражаются на повседневном функционировании человека. В структуре когнитивного дефекта особую роль играют мнестические расстройства, они ощутимо сказываются на качестве жизни пациента и исходе реабилитационных мероприятий. Поэтому своевременная оценка состояния мнестических функций пациентов с ОНМК в контексте постановки реабилитационных целей и задач очень важна. Выявлению особенностей постинсультных мнестических нарушений с локализацией очага поражения в правом или левом полушарии и межполушарной асимметрией уделяется мало внимания.

Цель исследования: определение нарушенных и сохраненных видов мнестической деятельности при поражении правого (субдоминантного) полушария.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 72 пациента с инфарктом мозга (I63 по МКБ-10), проходивших лечение в СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2». В качестве методов исследования применялись: 1. Клинико-психологический метод – наблюдение, беседа, изучение и анализ медицинской документации и протоколов исследований; 2. Экспериментально-психологический метод: «Запоминание 10 слов»; «Запоминание рассказов»; «Повторение цифр в прямом и обратном порядке»; «Проба на ассоциативную память»; «Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву»; «Пиктограммы», «Тест зрительной ретенции Бентона»; «Монреальская шкала оценки когнитивных функций» (МОСА). Тип межполушарной асимметрии у пациентов определялся с помощью комплексной методики определения доминантного полушария. Методы математико-статистической обработки включали методы описательной статистики, непараметрический U-критерий Манна-Уитни и сравнение средних и медианных значений.

Результаты. Средний возраст пациентов составил  $46,11 \pm 0,9$  лет ( $M \pm \sigma$ ) и варьировал от 35 до 60 лет. В группу 1 вошли 40 человек с инфарктом мозга в левом (доминантном) полушарии головного мозга, 32 – в правом полушарии, с локализацией очага поражения в височных, теменных и затылочных долях определены в группу 2.

Мнестические расстройства были обнаружены в обеих группах, однако отличались по выраженности проявлений. Посредством сравнительного анализа двух групп было обнаружено, что у пациентов с ОНМК и поражением левого полушария (ЛП) статистически значимо проявляется снижение: словесно-логической («Рассказы» ЛП:  $me$  (IQR)=5,5(2,8) и ПП:  $me$  (IQR)=7,5(3,5),  $p=0,001$ ), оперативной («Цифры в обратном порядке» ЛП:  $me$  (IQR)=4(1) и ПП:  $me$  (IQR)=6(1),  $p=0,01$ ), ассоциативной памяти («Парные ассоциации» ЛП:  $me$  (IQR)=6(5,4) и ПП:  $me$  (IQR)=11(8),  $p=0,001$ ) и опосредованного запоминания (ЛП:  $me$  (IQR)=52,7(41,8) и ПП:  $me$  (IQR)=76,5(35,5),  $p=0,001$ ), чем у пациентов с локализацией очага в правом полушарии (ПП) соответственно.

Сравнительный анализ зрительной памяти обеих групп показал более значимые различия в группе у пациентов с инфарктом мозга в правом полушарии в сравнении с левым ( $p < 0,001$ ) по методикам

«Запоминание лиц» (ЛП:  $me (IQR)=6(2)$  и ПП:  $me (IQR)=4(2)$ ) и запоминание фигур (тест «5 фигур») (ЛП:  $me (IQR)=7,5(3)$  и ПП:  $me (IQR)=3(6)$ ).

Для описания особенностей нарушений памяти в группе пациентов с инфарктом мозга в правом полушарии был проведен анализ нарушений разных видов памяти в зависимости от локализации поражения. При сравнении средних значений ( $M \pm \sigma$ ) с нормативными показателями по методикам наблюдается, что у пациентов с локализацией очага в затылочной доле правого полушария отмечается низкий уровень способности к образованию смысловых связей по методике «Воспроизведение рассказов» составило  $6,5 \pm 0,9$ , при максимуме 23 балла, 30% при нормативе 80-100% (синдром поражения затылочной доли правого полушария). При поражении затылочной доли правого полушария, в том числе, обнаруживаются низкие показатели зрительной (методика «Зрительная ретенция» -  $2,6 \pm 1,3$ , при нормативе 7-10 баллов) и ассоциативной памяти («Парные ассоциации» -  $10,1 \pm 0,8$ , при максимуме 21 балл, 52% при нормативе 80-100%). В методике «Заучивание 10 слов» по сравнению с нормой наблюдаются низкие показатели воспроизведения материала после первого предъявления ( $3,9 \pm 1,6$ , при норме  $7 \pm 2$  слов), что указывает на нарушении кратковременной памяти и может быть обусловлено спонтанностью когнитивной деятельности и состоянием общей астенизации. Дальнейшее отсроченное воспроизведение данного материала («Заучивание 10 слов, ретенция» -  $3 \pm 1,3$ , при норме  $7 \pm 2$  слов) указывает на нарушение долговременной (фиксационной) памяти, что преимущественно страдает при поражении височной доли (синдром поражения височной доли правого полушария). Снижение процесса опосредованного (логического) запоминания («Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву» -  $63,4 \pm 19,3$  и  $67,7 \pm 26,2$ , при максимуме 90-100%), памяти на лица (методика «Запоминание лиц» -  $3,0 \pm 0,8$  и  $3,4 \pm 0,7$ , при нормативе 8-10 стимулов) и геометрические фигуры («Запоминание фигур (тест «5 фигур»)» -  $2,1 \pm 0,6$  и  $3,1 \pm 1,3$ , при нормативе 7-10 баллов) преимущественно страдают при вовлечении теменной доли правого полушария совместно с дисфункцией затылочной доли (синдром поражения теменно-затылочной доли правого полушария). В то же время опосредованное запоминание методом визуального подкрепления с помощью рисунков по методике «Пиктограммы» связано с неполноценностью функционирования височной и затылочной долей правого полушария:  $53,4 \pm 23,4$  и  $55,2 \pm 6,7$  соответственно, при нормативе от 75% (синдром поражения височно-затылочной доли правого полушария).

Выводы. Характер мнестических нарушений значимо различается у пациентов с инфарктом мозга в левом и правом полушарии. Так на первый план, при поражении правого полушария, выступают нарушения динамического компонента мнестической деятельности в виде ригидности запоминания, нарушения зрительной (образной) памяти в виде трудностей в припоминания лиц и фигур, в то время как при поражении левого полушария наиболее выраженные нарушения отмечались в словесно-логической, оперативной, ассоциативной памяти.

В структуре нейропсихологического синдрома с локализацией поражения в затылочной доле правого (субдоминантного) полушария со стороны мнестической деятельности выявляются нарушения зрительной памяти (память на лица и геометрические фигуры), в то время как сохранным видом памяти остается оперативная (фиксационная) память. Для синдрома поражения височно-затылочной доли характерно нарушение ассоциативной памяти.

При нейропсихологическом синдроме поражения теменно-затылочной доли правого полушария наблюдается нарушение логической памяти. При поражении теменной доли правого полушария сохранными остаются оперативная (фиксационная), зрительная и ассоциативная память. Снижение оперативной (фиксационной) памяти укладывается в синдром поражения височной доли правого (субдоминантного) полушария, одновременно с этим обнаруживается наиболее сохранные зрительная и логическая память. Для поражения зоны ТРО (синдром поражения височно-теменно-затылочной доли правого полушария) свойственно нарушение непосредственной (механическое заучивание) и семантической памяти.

Полученные данные позволяют выявить слабые стороны и компенсаторные возможности пациентов, что особенно важно для разработки индивидуально-ориентированных реабилитационных программ и прогнозирования процесса восстановления пациентов после инсульта.

# ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ «ОПРОСНИК ВНУТРЕННЕЙ МОТИВАЦИИ – ИССЛЕДОВАНИЕ ШИЗОФРЕНИИ» (IMI-SR) ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Семенова Н.Д.

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

*EXPERIENCE IN USING THE INTRINSIC MOTIVATION INVENTORY FOR SCHIZOPHRENIA RESEARCH (IMI-SR) TO ASSESS THE PROCESS OF PSYCHOSOCIAL THERAPY*

*Semenova N.D.*

Мотивационные явления при шизофрении, рассматриваемые в качестве объекта психодиагностики, – всегда привлекали внимание исследователей [1–4]. Актуальными остаются методологические проблемы конструирования и использования психодиагностических средств исследования мотивационной сферы пациентов в контексте психосоциальной терапии.

К оценке внутренней мотивации пациентов с шизофренией исследователи подходили с разных сторон, пытаясь ответить на запросы со стороны клиники – о возможности ее измерения и о способах проследить ее динамику. Видные исследователи, составляющие пул «мотивация при шизофрении», для оценки внутренней мотивации пациентов привлекают разные диагностические инструменты. Особо следует выделить методику IMI-SR (опросник внутренней мотивации – для исследования шизофрении), в основе которой лежит теория самодетерминации [5]. Методика разработана Alice Medalia и др. [6, 7], и базируется на шкале Intrinsic Motivation Inventory (IMI), предложенной в 80-х годах Richard Ryan [5]. Шкала IMI использовалась медиками, психологами и педагогами при изучении внутренней мотивации, когнитивной сферы и мотивации к лечению при болезнях зависимости. Шкала включала 54 вопроса. В 2009 году она была привлечена в психиатрию – для оценки внутренней мотивации больных шизофренией. Адаптированная версия получила название Intrinsic Motivation Inventory for Schizophrenia Research (IMI-SR) [7], количество вопросов сократилось до 21 – за счет факторного анализа и анализа достоверности (был исключен ряд субшкал, удалены сложные по грамматической структуре и перекрывающиеся вопросы и т.п.). Это позволило сделать анкету простой и понятной пациентам. В IMI-SR выделено три интегральных конструкта (три ключевых мотивационных структуры) – «интерес/удовольствие», «возможность выбора», «ценность/полезность». Данная методика применялась для оценки эффективности обучающих программ [9]. Программы (10 занятий, рассчитанных на 4 недели) сопровождалась или не сопровождалась прицельным воздействием на внутреннюю мотивацию пациентов. Тестирование осуществлялось дважды: в конце первого занятия и спустя 2 дня после окончания курса. Попутно оценивался и ряд других параметров. Показатели IMI-SR значимо коррелировали с воспринимаемой пациентом компетентностью и автономией. Результаты показали, что ни гендерная принадлежность, ни уровень образования, диагноз, длительность заболевания и характер терапии антипсихотиками, – все эти переменные не были связаны с итоговым значением IMI-SR. Пациенты, продемонстрировавшие более высокие показатели внутренней мотивации при начальном тестировании, в дальнейшем лучше посещали занятия (в 5 раз), лучше усваивали материал (в 2 раза) и показали лучшую распределяемость внимания (способность одновременно выполнять несколько самостоятельных видов деятельности) (в 3 раза) [9]. Безусловно, необходимы дополнительные и более масштабные исследования с соответствующими объемами выборки, с гомогенностью симптоматики и демографических показателей, с подключением дополнительных шкал, например, шкалы SANS для предварительной оценки негативных симптомов пациентов и т.п. Тем не менее, шкала IMI-SR продемонстрировала чувствительность к изменениям мотивации, связанным с конкретным вмешательством, и была рекомендована в качестве части протокола реализации программ психосоциальной реабилитации (когнитивный тренинг, тренинг навыков, психообразование по модулю «комплаенс», программы личностно-социального восстановления). Методика переведена нами на русский язык и привлечена (в согласовании с ее создателями – [7]) специально для данного исследования.

Исследование посвящено оценке процесса [8] мотивирующего психосоциального вмешательства с использованием следующих методик: 1. Опросник внутренней мотивации (IMI-SR). 2. Невербальная методика отношения к занятию (Методика Smile – «Какое лицо на картинке лучше всего отражает Ваше

отношение к занятию?» – представляющая 5 лиц с ситуативными эмоциями, от положительных до отрицательных).

В данном пилотном исследовании обе методики использовались в качестве экспресс-инструментов анализа группового процесса в ходе мотивирующей психосоциальной терапии. Исследование проводилось на материале пяти циклов психосоциальной терапии (каждый – по 10 занятий), охвативших 47 пациентов. Пациенты заполняли экспресс-тесты сразу после окончания каждого занятия. Цикл занятий и стадии групповой динамики, трехчленная структура отдельного занятия, а также динамика показателей методик IMI-SR и Smile в ходе цикла занятий, – все эти результаты, представленные графически, мы опускаем. На соответствующем графике, построенном на основе диаграммы рассеяния, отражены общие тенденции. Внутренняя мотивация пациентов поступательно нарастает (по методике IMI-SR), и виден также так называемый «мотивационный вакуум» середины цикла занятий (U-образное «западение» показателей по методике Smile – приблизительно, между третьим и восьмым занятиями), что соответствует второй фазе групповой динамики [10]. Здесь особенно важны специфические, отвечающие именно данной фазе, мотивирующие техники и приемы.

Эмпирические факты, зафиксированные с помощью экспресс-инструментов анализа группового процесса (опросник IMI-SR и тест Smile), по своему психологическому содержанию многозначны. Мы не только фиксируем определенный аспект изучаемого предмета, но получаем возможность последующей реконструкции целого. Не следует упускать из виду клинических реалий. После завершения цикла психосоциальной терапии пациент не всегда собственными силами способен удержать достигнутый в оптимальных условиях уровень функционирования, и нуждается во внешней поддерживающей системе (как необходимом элементе благоприятной реабилитационной среды).

Таким образом, показана эффективность мотивирующего психосоциального вмешательства, отраженная в экспресс-показателях группового процесса. Изучая групповой процесс и связанные с ним мотивационные явления, важно учитывать системные качества этих явлений, связи с другими явлениями жизни и деятельности пациента, целостный характер их развертывания во времени.

## ПСИХОЛОГИЯ АСТЕНИИ

Соловьева С. Л.

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Санкт-Петербург

*PSYCHOLOGY OF ASTHENIA*

*Solovieva S.L.*

Астения (от др.-греч. «бессилие»), астеническое состояние, астенический синдром, астеническая реакция, синдром хронической усталости - болезненное состояние, проявляющееся повышенной утомляемостью с крайней неустойчивостью настроения, ослаблением самообладания, нетерпеливостью, неусидчивостью, нарушением сна, утратой способности к длительному умственному и физическому напряжению, непереносимостью громких звуков, яркого света, резких запахов.

На психологическом уровне в структуре астении выявляется психическая слабость, которая проявляется не только высокой утомляемостью, но также утратой контроля над своими эмоциональными реакциями: в состоянии астении пациент не имеет сил, прежде всего, волевых качеств для того, чтобы удерживаться от нежелательных реакций, соблюдая социальные нормы и правила в данном конкретном месте, с данными конкретными людьми. На фоне астении появляется эмоциональная лабильность с быстрой сменой одних эмоций другими, с ослаблением торможения, когда подвижные эмоции, в обход контролирующей функции сознания, минуя когнитивную переработку и волевою регуляцию, непосредственно проявляются в поведении. Астенизированный клиент обнаруживает вспыльчивость, раздражительность, плаксивость, слезливость; в поведении становятся возможны спонтанность, импульсивность. В спонтанных эмоциональных реакциях реализуются прежде всего эмоционально-негативные переживания: недовольство, дискомфорт, неудовлетворенность, враждебность.

Импульсивные эмоционально-негативные реакции, несущие в себе разрушительную силу, становятся психологической предпосылкой межличностных конфликтов и коммуникативных барьеров. Нарушенные таким образом межличностные взаимоотношения неизбежно снижают продуктивность общения и совместной деятельности. Поскольку продуктивность астенизированной личности невысока

вследствие истощаемости как облигатного признака астении, на фоне повышенной конфликтности эффективная совместная деятельность становится маловероятной.

Невысокая продуктивность, неизбежные помарки, недочеты, ошибки в работе, – все это понижает уровень самоуважения пациента, снижает его самооценку. Пониженная самооценка реализуется в переживании собственной неумелости, неловкости, недостаточной компетентности. Возникает ощущение, что окружающие люди неодобрительно относятся к личности пациента, осуждая его за недочеты и ошибки. Это ощущение, еще больше снижая самооценку, может стать психологической основой формирования депрессивных переживаний, связанных с неблагоприятным отношением к собственной личности, к своему актуальному статусу, к своему будущему. Формируются соответствующие ожидания и установки; человек ведет себя в соответствии со своими ожиданиями и тем самым навлекает на себя именно то, что он бессознательно прогнозирует. Будущая перспектива окрашивается безнадежностью, возникает ощущение тупика, что еще больше снижает настроение. Таким образом в недрах астении может формироваться депрессия. В этом случае психическое состояние квалифицируется в терминах астено-депрессивного синдрома.

Бессознательное прогнозирование неудач на фоне низкой самооценки у астенизированной личности может обернуться тревогой как эмоцией, направленной в будущее, связанной с бессознательным программированием на самопоражение в условиях неопределенности. Появляется хроническое беспокойство, суетливость, неуверенность, тревожность с постоянным ожиданием неблагоприятного развития событий. Подобные негативные ожидания еще более понижают продуктивность и эффективность деятельности. Переживание собственной неуспешности в сочетании с хронической тревогой могут формировать психический статус, объективизируемый в понятии тревожно-депрессивной симптоматики.

Таким образом, на фоне астении актуализируется весь комплекс «негативной аффективности» в виде тревоги, депрессии и враждебности. Эмоциональные переживания могут достигать такой степени интенсивности, когда речь идет о феномене «аффективной дезорганизации интеллектуальной деятельности», а в отношении пациента возникает вопрос о его интеллектуальной состоятельности. В этой связи астения в соматической клинике становится своеобразной «почвой» для возникновения самой разнообразной патопсихологической и психопатологической симптоматики.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ**

**Сирота Н.А., Копылова О.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова» Минздрава России  
Москва**

***MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL COUNSELING USING REMOTE TECHNOLOGIES IN PREVENTIVE  
CARDIOLOGY***

***Sirota N.A., Kopylova O.V., Yaltonsky V.M., Yaltonskaya A.V.***

**Введение.** Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются ведущей причиной преждевременной смертности в России и мире – ежегодно в мире по этой причине умирает более 17,5 млн. человек, что составляет почти половину из всех случаев смертности от неинфекционных заболеваний. Исследования показывают, что большую часть данной группы заболеваний можно предотвратить путем контроля факторов риска (ФР) ССЗ. Основная часть ФР ССЗ связана с поведенческими привычками, в связи с чем применение достижений медицинской психологии является особенно актуальным.

**Цель.** Изучить возможности использования медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий при коррекции ФР ССЗ.

**Материалы и методы.** В экспериментальное клинико-психологическое проспективное сравнительное исследование длительностью 12 месяцев включено 140 пациентов 18 лет и старше, имеющих ФР ССЗ и не имеющих тяжелых декомпенсированных заболеваний, которые составили две сравнимые между собой группы: группу медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий (экспериментальная, группа 1, n=70) и группу стандартного наблюдения (группа сравнения, группа 2, n=70).

**Результаты.** Сравнительный анализ динамики ФР ССЗ показал, что медико-психологическое

консультирование с применением дистанционных технологий в течение 12 месяцев привело к достоверному улучшению профиля ФР ССЗ : достижению целевых уровней АД ( $p=0,002$ ), ФА ( $p=0,003$ ), увеличение доли пациентов, употребляющих  $\geq 400$  г/день овощей и фруктов ( $p=0,006$ ), уменьшению индекса массы тела (ИМТ) ( $p=0,0003$ ) и окружности талии (ОТ) ( $p=0,002$ ), снижению уровня общего холестерина (ОХС) ( $p=0,004$ ), в подгруппе курящих пациентов – уменьшению количества выкуриваемых в день сигарет ( $p=0,04$ ). Между группами через 12 месяцев не было статистически значимых различий по уровню глюкозы крови и объему употребляемых алкогольных напитков. Подобные эффекты сохранялись и через 2 года наблюдения.

Заключение. Медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий может служить эффективным инструментом контроля ФР ССЗ и рекомендуется к применению в профилактической кардиологии.

## **ЗНАЧЕНИЕ ДЕФЕКТА В ДИНАМИКЕ КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ЭСТ**

**Твердохлебова А.М., Бочаров В.В., Масловский С.Ю., Иванов М.В., Козловский С.Л.**

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

Санкт-Петербург

*MEANING OF SCHIZOPHRENIC DEFECT STATE IN COGNITIVE DYNAMICS PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING EST*

*Tverdokhlebova A.M., Bocharov V.V., Maslovsky S.Yu., Ivanov M.V., Kozlovsky S.L.*

Проблема терапевтической резистентности при шизофрении сохраняет свою остроту и актуальность. Среди способов преодоления резистентности электросудорожная терапия является одним из важнейших. Предложенный ещё в 1938 году метод претерпел множество технических изменений и усовершенствований, и сохраняет своё значение в настоящее время. ЭСТ широко применяется по всему миру, хотя его использование в России не столь велико. (Нельсон А.И., 2005, Воронцов О.В., Оськина Ю.А., 2013).

По мнению большинства исследователей, этот вид терапии не имеет абсолютных противопоказаний и является хорошо зарекомендовавшим себя методом лечения резистентных состояний при депрессии и шизофрении. Отмечается успешность использования метода и его уместность для широкого круга пациентов, включая подростков и пожилых людей (Негода А.С., Рябинина А.С., Орлов Ф.В., 2019; Сизов С.В., 2016; Рачкаускас Г.С., Радионова С.И., 2017; Дубатова И.В., Соловьева С.А с соавт., 2017).

Возникающие при проведении электросудорожной терапии нарушения когнитивного функционирования не исследованы системно. В значительной части опубликованных работ вопрос когнитивного функционирования пациентов не рассматривается (Григорян А.З. , 2015; Сизов С.В. , 2016; Рачкаускас Г.С., Радионова С.И. , 2017; Сизов С.В., Барыльник Ю.Б., 2017). В части работ есть неконкретизированные указания на те или иные сопутствующие когнитивные нарушения без описания процедуры регистрации этих явлений (Доненко В.Е., Кузнецов А.В., Райгородский Ю.М., 2014). Коллектив авторов, рассматривающий сравнительную эффективность ЭСТ и ТМС, провёл исследование с подробным изучением внимания и памяти. Было установлено наличие снижения (по отношению к норме) этих показателей на этапе до начала электросудорожной терапии, однако статистически достоверной динамики показателей выявить не удалось. Авторы работы сообщают, что более детальный анализ позволил им установить ухудшение когнитивного функционирования (Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Цукарзи Э.Э., Ильин С.А., Мосолов С.Н., 2006). В другой работе, направленной на анализ динамики нейромаркеров и когнитивных функций у терапевтически резистентных больных шизофренией, были исследованы зрительно-моторная и слухо-речевая память, исполнительские функции и внимание. Выявлено снижение большинства исследованных функций у респондентов (Зубов Д.С., Дорофейкова М.В., Петрова Н.Н., Дорофейков В.В., Иванов М.В., 2016)

Полученная информация, однако, по-прежнему не является достаточной и оставляет открытым вопрос прогноза благоприятного прохождения курса электросудорожной терапии. Разнонаправленная динамика, отмечающаяся в работах (Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б., Цукарзи Э.Э., Ильин С.А., Мосолов С.Н., 2006; Пуговкина О.Д., 2009) по всей видимости указывает на многофакторную природу изменений когнитивного функционирования, происходящего в ходе лечения.



В рамках нашего исследования 24 пациента, которым по медицинским показаниям был назначен курс ЭСТ, прошли серию когнитивных тестов до, во время и после окончания курса процедур. Средний возраст пациентов  $30,67 \pm 11$  лет, для мужчин –  $30 \pm 9$ , для женщин –  $31,3 \pm 12,9$ . В группу вошли пациенты с диагнозами F20 (18 человек), F25 (2 человека) и F23 (1 человек).

Для более полного анализа все обследованные были подвергнуты экспертной врачебной оценке для установления наличия шизофренического дефекта и выявления его типа. По результатам респонденты были разделены на три группы: сборную группу различных подтипов тонического типа дефекта, сборную группу различных подтипов органического типа дефекта и группу без дефекта. В основу данного разделения была положена классификация типов дефектов, предложенная Р.Я. Вовиным в 1991 году.

В ходе работы сопоставлялись две группы – с тоническим типом дефекта и с органическим типом.

Группы с тоническим и органическим типом дефекта были сопоставлены между собой по показателям CGI, однако достоверных различий выявлено не было. На момент фиксации состояния после последней процедуры курса в группе тонического дефекта выше максимальное число удержанных слов в пробе «заучивание 10 слов» ( $p=0,055$  и  $p=0,003$  для середины и конца курса ЭСТ). В момент последнего обследования длина верно воспроизведённого в прямом порядке ряда чисел больше в группе тонического дефекта ( $p=0,016$ ). Полученные данные свидетельствуют в пользу большего объёма кратковременной памяти обследуемых с тоническим дефектом по сравнению с обследуемыми с органическим дефектом в конце курса процедур электросудорожной терапии.

Показатель скорости работы в методике «шифровка» на момент первого обследования выше в группе тонического дефекта ( $p=0,022$ ). Полученные данные говорят о более высоком психомоторном темпе обследуемых с тоническим типом дефекта перед проведением курса ЭСТ.

Для каждой из двух групп также был произведён анализ динамики исследуемых показателей от первого к последнему обследованию. И в той, и в другой группе созрелась статистически достоверная редукция психопатологической симптоматики, оцениваемой шкалой CGI).

В группе с органическим типом дефекта не выявлено никаких статистически достоверных изменений показателей памяти, однако установлена динамика процессов внимания. Выросло количество сложенных пар чисел в пробе «счёт по Крепелину» ( $p=0,046$ ), уменьшилось среднее время, затрачиваемое на поиск чисел в таблицах Шульте ( $p=0,043$ ). Это говорит об увеличении скорости работы обследуемых с пробами на внимание. В тоже время изменений когнитивных функций в группе с тоническим типом дефекта установлено не было. Фактически, хотя обе группы имели улучшение показателей психопатологической симптоматики (врачи оценивали их состояние как постепенно улучшающееся по мере прохождения курса), однако динамика когнитивных функций была характерна лишь для тех пациентов, кто имел органический тип дефекта, в то время как когнитивные функции пациентов с тоническим типом дефекта не имели однозначной динамики.

Обобщая описанные выше результаты необходимо отметить, что не было получено однозначной динамики. Не выявлено однозначного ухудшения когнитивных функций, в частности, памяти. Изменение уровня когнитивного функционирования находится в тесной взаимосвязи с динамикой клинической картины, в частности, тяжести и глубины имеющихся психических расстройств.

Полученная динамика когнитивного функционирования обследуемых имеет неравномерный характер в исследованной выборке. Пациенты с тоническим типом дефекта, изначально имевшие более высокие показатели когнитивного функционирования, не продемонстрировали достоверного улучшения (как и ухудшения) по этим параметрам, в то время как изначально имевшая более низкие показатели группа пациентов с органическим типом дефекта напротив в ходе получения курса ЭСТ продемонстрировала явное улучшение параметров внимания.

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ

Тихонова А.С., Котельникова А.В., Кукшина А.А.

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины  
Департамента здравоохранения города Москвы»

Москва

*PSYCHOLOGICAL FACTORS OF ADHERENCE TO TREATMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC BACK PAIN*

*Tihonova A.S., Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A.*

Актуальность исследования соотносится с тем, что в клинической картине двигательных расстройств первостепенной жалобой зачастую является боль: на сегодняшний день в Российской Федерации 65–69% случаев всех обращений за медицинской помощью по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата – это обращения, связанные с острой или хронической болью. На этом фоне существенно снижается мотивация к продолжению лечения, формируется и закрепляется паттерн так называемого болевого поведения, основанного на страхе перед возникновением боли, сокращении двигательной активности, детренированности, снижении способности справляться с малейшими физическими нагрузками. В условиях хронического болевого синдрома наблюдаются различные вегетативные изменения, нарушения засыпания и ночного сна, расстройства внимания, со временем трансформируется и личность пациента, снижается общий фон настроения и самооценка, обедняются смысловая и мотивационные сферы, в сознании зачастую начинают доминировать ипохондрические идеи – таким образом формируется замкнутый круг из соматических проявлений заболевания и эмоционально-личностного ответа на них, существенно снижающий качество жизни и приверженность пациентов лечению и реабилитации.

К настоящему моменту роль психологических факторов в хронизации дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата большинством исследователей признается настолько высокой, что зачастую реабилитацию этих больных предлагается рассматривать в качестве более психосоциальной, нежели медицинской проблемы. При обсуждении психологических аспектов возможных механизмов взаимосвязи личностных особенностей и хронизации болевого синдрома у обсуждаемого нозологического контингента в фокусе внимания исследователей оказывается, прежде всего, такой феномен, как внутренняя картина болезни (ВКБ) – совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающая в себя несколько уровней психического отражения.

Цель работы: исследовать вклад внутренней картины болезни в формирование приверженности лечению у пациентов с хронической болью в спине.

Материалы и методы исследования: было обследовано 84 пациента, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации в условиях филиала № 3 ГАУЗ МНПЦ МР ВСМ ДЗМ по поводу нарушения двигательных функций, возникших на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата. Среди них было 52 (61,9 %) женщины и 32 (38,1 %) мужчины в возрасте  $54,5 \pm 14,4$  года, продолжительность боли составила  $12,9 \pm 13,4$  лет. В исследование вошли пациенты, описывающие интенсивность испытываемой боли в рамках низких и средних значений по визуальной аналоговой шкале.

Предметом настоящего исследования явились сенсорный и мотивационный уровни ВКБ, исследуемые посредством «Опросника боли Мак-Гилла» и опросника «Восстановление локуса контроля»; приверженность к лечению измерялась с помощью экспертной оценки по шкале школьных оценок, в роли экспертов выступали лечащий врач и инструктор по лечебной физкультуре.

Результаты. Исследование мотивационного уровня ВКБ выявило, что абсолютное большинство (100 %) пациентов обследованной выборки являются высоко мотивированными на продолжение лечения и реабилитацию.

С учетом верифицируемого типа боли, с использованием кластерного анализа пометоду К-средних было выделено две группы: в группу пациентов со смешанной болью, имеющей психологическую составляющую, вошли 29 человек (34,5 % случаев), описывающих свою боль достоверно большим количеством слов-дескрипторов ( $p \leq 0,05$ ) и более экспрессивно, вторую группу составили пациенты с ноцицептивной болью – 55 человек (65,5 % случаев), описавших свое состояние коротко и ясно. Анализ

значимости различий в интенсивности субъективного восприятия боли выявил, что пациенты со смешанной болью воспринимают свою боль как более сильную:  $2,6 \pm 0,63$  баллов по 5-бальной шкале в сопоставлении с  $2,2 \pm 0,81$  баллами у пациентов с ноцицептивной болью, что может свидетельствовать о преобладании психологического механизма катастрофизации мышления в интрапсихической переработке субъективных переживаний пациентами со смешанными (нейропатическими и дисфункциональными) характеристиками боли.

Анализ мотивационного уровня ВКБ выявил, что у пациентов с ноцицептивной болью итоговый показатель уровня мотивации на уровне статистической тенденции выше, чем у пациентов со смешанной болью ( $p = 0,09$ ), при этом оказалось, что в группе пациентов с ноцицептивной болью приверженность к лечению и показатели, отражающие мотивационный уровень ВКБ, положительно связаны между собой ( $R = 0,43$ ,  $p = 0,0004$ ), а в группе пациентов со смешанной болью данная связь не зафиксирована ( $R = 0,28$ ,  $p = 0,14$ ). Описанные результаты свидетельствуют о недостаточной степени активности пациентов со смешанной болью в реализации внутренних побудительных мотивов в отношении исполнения предписаний врачей и участия в лечебно-реабилитационных мероприятиях ввиду субъективно воспринимаемой тяжести переживаемого состояния.

Выводы. Результаты проведенного исследования демонстрируют различия в отношении интрапсихической обработки информации у пациентов с различным типом хронической боли в спине. Показано, что для больных с ноцицептивным типом боль является основным фактором, определяющим мотивированность и приверженность лечению, тогда как для пациентов со смешанным типом боли, включающим психологическую составляющую, характерны, вероятно, иные механизмы.

## **ОСОБЕННОСТИ «Я-КОНЦЕПЦИИ», КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У НАРКОЗАВИСИМЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Ткачева Д.Е., Васильева Т.М., Савченко Л.А.**

ООО «Родник-Городня», ФГБОУ ВО «Тверской государственный университет»  
Тверь

*FEATURES OF THE «I-CONCEPT», COPING STRATEGIES AND MECHANISMS OF PSYCHOLOGICAL PROTECTION IN DRUG ADDICTS AT DIFFERENT STAGES OF REHABILITATION*

*Tkacheva D.E., Vasilyeva T.M., Savchenko L.A.*

Аддиктивное поведение представляет собой непрерывный процесс формирования и развития аддикции. В возникновении зависимого поведения, большое значение имеют психологические особенности личности, которые способствуют развитию и формированию данного типа поведения. Существует необходимость исследования динамики изменений личностных особенностей людей с наркотической зависимостью, поскольку данная аддикция носит крайне деструктивный характер. Нет полного понимания того, какие неосознаваемые явления психики могут лежать в основе формирования мотивов, способов реагирования, скрытой проблематики в личности. Несформированность «Я-концепции» может являться причиной наркотизации, вместе с тем, неадекватность «Я-концепции» может быть следствием изменений личности в процессе наркотизации (П.Д. Шабанов и О.Ю. Штакельберг, М.С. Радионова). Поэтому исследование «Я-концепции» позволяет глубже проникнуть в личностные механизмы заболевания. Установлено, что сформированная в процессе наркотизации система механизмов психологической защиты будет препятствовать процессу реабилитации, потому что она обеспечивают легкий, но разрушительный способ совладания с негативным аффектом - снижение критики к себе и своему состоянию, к пагубности наркотика (О.Б. Поляк, Е.Р. Пилюгина).

Существующие исследования дают возможность увидеть многоаспектность проблемы и роль психического фактора в динамике развития и формирования зависимости, но не дают решения проблемы. Эффективное лечение наркотической зависимости возможно при условии, что оно строится как системное воздействие, способное повысить возможности личности самореализоваться в динамичной социальной среде.

Цель работы: исследовать особенности «Я-концепции», копинг-стратегий и механизмов психологической защиты у лиц с наркозависимостью, находящихся на разных этапах реабилитации.

Методы и методики исследования: клинико-биографический метод, клинико-психологическая беседа. Использовались психодиагностические методики: Измерение психологических защит (Пилюгина Е.Р.,

Сулейманов Р.Ф.), тест «Кто Я?» (М. Кун, Т. Макпартленд, модификация Т.В. Румянцевой), «Индикатор копинг-стратегий» (Д. Амирхан, адаптация Н.А. Сирота и В.М. Ялтонский), проективный рисунок «Автопортрет». Полученные данные были обработаны с помощью методов математико-статистической обработки: критерий Т-Вилкоксона и критерий U-Манна Уитни, с использованием статистического пакета SPSS.

Выборка исследования: Основную группу составили 10 человек, мужчины и женщины от 22 до 44 лет. Пациенты наркологического реабилитационного центра «Родник» (с. Городня), страдающие наркоманией (F11), имеющие стаж употребления: 3 и более лет – 40%; 15 лет – 20%; 20 и более лет 40%. Уровень образования: 10% – высшее образование; 20% – неполное высшее; 20% – среднеспециальное; 50% – среднее образование. Прошли реабилитацию по программе 12 шагов. Участвовали в трехобследованиях: на этапе адаптационном, лечебном и постреабилитационном. В период с января 2021 года по ноябрь 2021 года. В течение всего курса лечения с респондентами проводились психотерапевтические работы, как индивидуальные, так и групповые. Контрольная группа: 10 человек, мужчины и женщины от 21 до 44 лет, с единичным употреблением ПАВ, не вызвавшим зависимость. Уровень образования: 40% имеют незаконченное высшее; 60% – высшее образование. Добровольцы, найденные по сети «Instagram», прошедшие исследование дистанционно.

Результаты исследования и обсуждения: На основе эмпирических данных нашего исследования, было выявлено, что в процессе реабилитации личность наркозависимого подвергается изменениям: уровень критичности растет, изменяются показатели самооценки. Если в начале реабилитационных мероприятий у наркозависимых доминировала заниженная и высокая самооценка, то к концу реабилитации, стала преобладать низкая и адекватная. Несмотря на то, что механизмы психологической защиты являются одной из глубинных структур, защищающих сферу сознания от дискомфорта и негативных переживаний, создавая «стену» в личности наркозависимого, даже они подвергаются изменениям. В целом, количество используемых механизмов защиты в группе наркозависимых, уменьшилось, снизилась их интенсивность. Доминирующими явились такие механизмы защиты, как: проекция, пассивная агрессия и компенсация, сублимация, альтруизм, подавление, предвосхищение и юмор. Незначительным изменениям подверглись уровень дифференцированности идентичности и копинг-стратегии, это объясняется тем, что еще в начале реабилитационных мероприятий их показатели были на нормативном уровне.

Выводы. Сравнивая показатели результатов респондентов основной группы (наркозависимые), прошедших реабилитационные мероприятия, с результатами группы лиц без зависимости, можно сделать вывод о том, что у наркозависимых наблюдается положительная динамика личностных показателей, говорящая о том, что они смогли приблизиться к «условной норме». Не выявлено достоверно значимых различий у выздоравливающих наркозависимых на постреабилитационном этапе и лиц без зависимости в показателях Я-концепции «уровень дифференцированности идентичности», «самооценка» и использовании следующих копинг- стратегий: разрешение проблем, поиск социальной поддержки и избегания.

## **ДИСТРЕСС И ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Фадеева Е.В. (1), Вышинский К.В. (1), Зелтынь Т.В. (1), Асанкина А.С. (2),  
Долгушин М.В. (2), Усачева Н.М. (3)**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
(1); Дзержинский наркологический диспансер – филиал ГБУЗ НО «НОНД» (2);  
ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена (3)

Москва

### ***DISTRESS AND MANIFESTATIONS OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AMONG PREGNANT WOMEN DURING THE BEGINNING OF THE COVID-19 PANDEMIC***

***Fadeeva E.V. (1), Vyshinskiy K.V. (1), Zeltyn' T.V. (1), Asankina A.S. (2), Dolgushin M.V. (2),  
Usacheva N.M. (3)***

Введение. Начальный период пандемии COVID-19 характеризовался высоким уровнем психоэмоциональной напряженности у населения. Связанные с пандемией проявления

посттравматического стрессового расстройства, дистресс, тревога и депрессия могут быть особенно выражены среди женского населения (Kshirsagar M.M., et al., 2021; Kunzler A.M., et al., 2021; Shah S.M.A., et al., 2021). Одной из уязвимых групп женского населения являются беременные женщины, которые, согласно ряду проведенных в начальные периоды пандемии исследований, могут быть больше подвержены развитию психоэмоциональных нарушений, что может негативно влиять на их физическое и психическое здоровье и приводить к неблагоприятному исходу беременности (Farrell T., et al., 2020; Kar P., et al., 2021; Nwafor J.I., et al., 2021; Taubman-Ben-Ari O., et al., 2021; Xu K., et al., 2021; Yang X., et al., 2021).

Цель. Изучение проявлений дистресса и посттравматического стрессового расстройства у беременных женщин в начальный период пандемии COVID-19.

Материалы и методы. Опрос осуществлялся клиническими психологами в формате анонимного интервью. В исследовании приняли участие 204 женщины - пациентки перинатального центра одного из областных центров. Средний возраст обследованных женщин составил  $30,7 \pm 7$  лет ( $M \pm SD$ ), медиана - 31 год. Большинство беременных женщин (84,2%) были замужем, не замужем - 13,4%, разведены - 2%, вдовы - 0,5%. Большинство женщин (39,6%) были беременны первым ребенком, у 37% был 1 ребенок, у 19,8% - два ребенка, у 3,6% - три и более. Полное высшее профессиональное образование имели 40,9% опрошенных беременных женщин, среднее профессиональное образование - 41,4%, общее среднее образование - у 9,9%, 4,4% беременных женщин сообщили о незаконченном высшем образовании, а 3,4% - о незаконченном среднем профессиональном образовании. Большинство опрошенных беременных женщин (64,2%) сообщили о полной занятости, не работали - 12,7%, занимались домашним хозяйством - 10,3%, имели частичную занятость - 7,4%, работали на дому - 2%, а 3,4% были учащимися.

В основную анкету исследования, содержащую вопросы о влиянии пандемии COVID-19 на психическое и физическое здоровье, были включены шкала психологического дистресса Кесслера (Kessler R.C., et al., 2002) и шкала влияния события пересмотренная (Horowitz M.J., et al., 1979; Weiss D.S., et al., 1997). Вопросы шкалы психологического дистресса Кесслера (англ. 10-item Kessler Psychological Distress Scale, сокр. K-10) задавались в отношении последних 4-х недель, а также в отношении наиболее тяжелого периода пандемии. Вопросы шкалы влияния события (англ. Impact of Event Scale - Revised, сокр. IES-R) задавались в отношении последних 7-ми дней, а также в отношении наиболее тяжелого периода пандемии. Проведение исследования было одобрено Независимым этическим комитетом при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России.

Результаты. Проявления дистресса у беременных женщин. На основании полученных ответов на вопросы шкалы психологического дистресса K-10 для периода последних 4-х недель, о низком уровне психологического дистресса свидетельствовали ответы 74,6% опрошенных беременных женщин, о среднем уровне 16,6%, о высоком 7,8% и о крайне высоком - 1%. Для наиболее тяжелого периода пандемии COVID-19 низкий уровень психологического дистресса можно было констатировать у 71,2%, средний - у 16,6%, высокий - у 8,3% и крайне высокий - у 3,9% беременных женщин, ответивших на все вопросы шкалы.

Для 27% опрошенных беременных женщин был характерен неизменный уровень дистресса в последние 4 недели и в наиболее тяжелый период пандемии. О более высоком уровне дистресса в последние 4 недели по сравнению с пандемией свидетельствовали ответы 37,3% беременных женщин. В 15,2% случаев отличие было небольшим и составляло 1-2 балла. Более значительное увеличение уровня дистресса, на 3 балла и более, наблюдалось в 22,1% случаев. О более высоком уровне дистресса в период пандемии COVID-19 по сравнению с последним месяцем свидетельствовали ответы 36,3% беременных женщин. Отличие величиной в 1-2 балла наблюдалось у 15,7% случаев, а в 3 балла и более - у 20,6% беременных женщин, давших ответы на вопросы шкалы K-10 в отношении двух исследуемых периодов.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие достоверной прямой связи между уровнем дистресса в течение последних 4-х недель и в наиболее тяжелый период пандемии ( $r=0,417$ ,  $p<0,001$ ).

Проявления посттравматического стрессового расстройства у беременных женщин. Изучение ответов беременных женщин на вопросы шкалы влияния событий IES-R показало, что в среднем суммарный балл составлял 8,9 - для последней недели (стандартное отклонение 14,9) и 9 - для наиболее тяжелого периода пандемии COVID-19 (стандартное отклонение 12,7) при том, что в качестве порогового значения, говорящего об отсутствии признаков посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), обычно принимается результат ниже 24 баллов. Результаты теста в диапазоне значений 24-32 балла свидетельствует о наличии отдельных признаков ПТСР, в диапазоне значений от 33-36 баллов - о вероятном наличии ПТСР и в диапазоне от 37 и выше - о тяжелых проявлениях ПТСР. В оба исследуемых периода у беременных женщин наблюдались существенные отклонения индивидуальных результатов от среднего значения, в ряде случаев превышавшие нормальные.

На основании полученных ответов на вопросы IES-R для периода последних 7-ми дней, об отсутствии признаков ПТСР свидетельствовали результаты 94% опрошенных беременных женщин, о наличии его отдельных признаков – 3,5%, о вероятном наличии ПТСР – 1% и о его тяжелых проявлениях – 1,5%. Для наиболее тяжелого периода пандемии COVID-19 отсутствие признаков ПТСР показали ответы 89,6% опрошенных беременных женщин, наличие его отдельных признаков – 2,0%, вероятного наличия ПТСР – 2,0% и его тяжелых проявлений – 6,4%, принявших участие в исследовании и давших ответы на вопросы. В 68,6% случаев у опрошенных женщин были выявлены близкие значения шкалы IES-R в последние 7 дней и в наиболее тяжелый период пандемии. О более высоком уровне признаков ПТСР в последнюю неделю по сравнению с пандемией свидетельствовали ответы 13,7% беременных женщин. В 11,8% случаев отличие было небольшим и составляло не более одного пункта. Более значительное нарастание признаков ПТСР, на 2 пункта и более, наблюдалось у 2% беременных женщин. Более низкий уровень проявлений ПТСР в начальный период пандемии COVID-19 по сравнению с последними 7-ю днями был обнаружен у 16,2% беременных женщин. Снижение суммы на 1 балл наблюдалось у 8,3% беременных женщин, на 2-3 балла – у 4,9% беременных женщин, на 4 балла и более – у 3%.

Проведенный корреляционный анализ показал наличие достоверной прямой двусторонней связи между проявлениями посттравматического стрессового расстройства в течение последних 7-ми дней и в наиболее тяжелый период пандемии ( $r=0,549$ ,  $p<0,001$ ).

Также прямые корреляционные связи на высоком уровне значимости были выявлены для показателей дистресса и посттравматического стрессового расстройства в течение недавнего времени ( $r=0,346$ ,  $p<0,001$ ) и в наиболее тяжелые периоды пандемии ( $r=0,536$ ,  $p<0,001$ ).

Выводы. Для большинства беременных женщин, принявших участие в исследовании, были характерны адаптивные реакции на стресс, связанный как с начальным периодом пандемии COVID-19, так в недавнее время в течение беременности, при отсутствии признаков посттравматического стрессового расстройства. Однако у небольшой группы женщин наблюдалось состояние дистресса: около 12% в начальный период пандемии и около 9% в последний месяц. Признаки посттравматического стрессового расстройства отмечались у около 10% в начальный период пандемии и около 6% – в последние 7 дней. Данная группа женщин нуждается в более пристальном внимании врачей-акушеров-гинекологов и медицинских психологов, которые могли бы оказывать им дополнительную поддержку в течение беременности и в послеродовом периоде.

Финансовая поддержка: грант РФФИ №20-04-60222/21.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ АРТ-ТЕРАПИИ**

**Фролова А.Ю., Васильева Т.М., Петрова Г.В.**

ГБУЗ Тверской области «Областной Клинический психоневрологический диспансер»  
Тверь

*PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VALUE-SEMANTIC ORIENTATIONS IN PERSONS UNDER ACTIVE DISPENSARY SUPERVISION USING ART THERAPY METHODS*

*Frolova A.Yu., Vasilyeva T.M., Petrova G.V.*

Достаточно большое количество лиц, страдающих психическими расстройствами, совершают правонарушения, в том числе и повторно, что требует особого подхода к их лечению. На сегодняшний день лица, состоящие под активным диспансерным наблюдением (АДН), входят в «группу риска» по вероятности совершения повторных общественно опасных деяний (ООД). Ценностно-смысловые ориентации, являясь главными составляющими ценностно-смысловой сферы, оказывают влияние на направленность личности, отношение к окружающему миру и к себе, определяют поведение, поступки и деятельность человека, придавая им значимость и смысл (Брагина Ю. В., Шостакович Б. В.). Согласно исследованиям, направленным на изучение ценностно-смысловых ориентаций при различных психических расстройствах, было выявлено, что лица, страдающие психическими расстройствами, имеют искажения ценностно-смысловых ориентаций (Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б.). В связи с этим именно ценностно-смысловые ориентации являются важной мишенью для психологической коррекции у пациентов, состоящих под АДН.

Одним из методов психокоррекционной работы, подходящих для лиц, страдающих психическими расстройствами, является арт-терапия и, в частности, такие направления, как мульт-терапия и сказкотерапия, наглядны и просты в понимании для пациентами, благодаря ярким и доступным образам, в которых находят свое отражение различные социально-одобряемые и неодобряемые поведенческие стереотипы.

Цель: исследование особенностей ценностно-смысловых ориентаций и разработка программы их психологической коррекции с применением методов арт-терапии у лиц, состоящих под активным диспансерным наблюдением.

Методы и методики исследования: клинико-психологическая беседа, изучение медицинской документации, сбор анамнестических сведений; психодиагностические методики: «Тест смысловых ориентаций» Д.А. Леонтьева; «Опросник терминальных ценностей» И.Г.Сенина; «Уровень субъективного контроля» Дж. Роттера (в адаптации Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкиной, Л. М. Эткинды); «Опросник временной перспективы» Ф. Зимбардо (в адаптации А. Сырцовой, Е.Т Соколовой и О.В. Митиной); методика «Цветовой тест отношений» Е.Ф. Бажина, А.М. Эткинды; методы математико-статистической обработки (U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона,  $\chi^2$  Пирсона (таблицы сопряженности)).

Основным инструментом группового психологического воздействия явилась составленная нами программа психологической коррекции ценностно-смысловых ориентаций у лиц, состоящих под АДН.

В качестве теоретико-методологической основы использовались фундаментальные общепсихологические исследования ценностно-смысловых ориентаций К.А. Абульхановой-Славской, Л.С. Выготского, Б.В. Зейгарник, А.Н. Леонтьева, Д.А. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Г. Олпорта, М. Рокича, В. Франкла и др.; современные разработки О.Е. Головиной, Е.М. Леонтьевой, Т.Н. Матанцевой, Ф.С. Сафуанова, М.С. Яницкого и др., описывающие особенности ценностно-смысловых ориентаций у лиц, страдающих психическими расстройствами и состоящих под АДН, а также данные Т.Д.Зинкевич-Евстигнеевой, А.И. Копытина, Р.А. Самофал, И.И. Юдиной относительно применения арт-терапевтических методов (в частности мульт-терапии и сказкотерапии) в работе с указанным контингентом.

В качестве участников исследования выступили пациенты ГБУЗ Тверской области «Областного клинического психоневрологического диспансера» (ГБУЗ ОКПНД): мужчины и женщины в возрасте от 25 до 59 лет, совершившие ООД и состоящие под АДН. Всего в исследовании приняли участие 24 человека. Участниками экспериментальной группы были пациенты, прошедшие психологическую коррекцию (12 человек: из них 5 страдают шизофренией (F20), 4 – расстройством личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга (F07), 2 имеют умственную отсталость легкой степени (F70), 1 имеет диагноз «другие психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью» (F06)). Среди пациентов данной группы 9 человек совершили правонарушения против личности, 3 – против имущества. Также была выделена контрольная группа – статистически достоверно не различающийся по полу и возрасту контингент больных, не прошедших психологическую коррекцию (12 человек).

Результаты исследования и обсуждение. Диагностика указанными методами и методиками позволила составить следующее описание особенностей ценностно-смысловых ориентаций лиц, страдающих психическими расстройствами и состоящих под АДН: несформированность ценностных ориентаций, подразумевающая несформированную личностную направленность на те или иные ценности; наличие недостаточно сформированных жизненных целей и противоречивых представлений о смысле своей жизни, а также противоречивых взглядов на свою жизнь в прошлом, настоящем и будущем.

Нами была разработана и апробирована программа психологической коррекции ценностно-смысловых ориентаций у лиц, состоящих под активным диспансерным наблюдением, с применением методов арт-терапии (мульт-терапии и сказкотерапии). Программа предполагает проведение 20-ти занятий по 1 часу каждое. Регулярность встреч – 1 раз в неделю. Длительность курса – 20 недель. Занятия проводились в одно и то же время и имели одинаковую структуру, что позволило снизить тревожность участников группы за счет формирования ощущения стабильности и предсказуемости. Занятия имели следующую структуру: начало занятия (приветствие, обсуждение эмоционального состояния пациентов и событий, произошедших за неделю); вводная часть (повтор содержания прошлых занятий, постановка проблемы, подведение участников к теме занятия в формате лекции/беседы); психокоррекционный этап (просмотр мультфильма/чтение басни по теме занятия и обсуждение поставленной проблемы с использованием образов из мультфильма/басни); окончание занятия (подведение итогов, завершение).

Механизм влияния мульт-терапии и сказкотерапии на ценностно-смысловые ориентации лиц, состоящих под АДН, определяется тем, что пациенты, страдающие психическими расстройствами и состоящие под АДН, имеют относительно невысокий уровень развития символического мышления, испытывают трудности с восприятием абстрактной информации, и поэтому преподносимая информация должна быть проста и наглядна для понимания. Мультфильмы и басни в достаточно простой и наглядной форме могут показать к чему приведут те или иные поступки окружающих людей, а также они дают возможность за короткий промежуток времени идентифицировать себя с героями.

После направленной психологической коррекции у лиц, состоящих под АДН, улучшилось восприятие настоящего, что выразилось в уменьшении фаталистического отношения к повседневной жизни. Также у них увеличилась выраженность целей в жизни и повысилась решительность к хорошим поступкам, к активности в лечении и самосовершенствовании.

Для коррекции нарушений ценностно-смысловых ориентаций у лиц, состоящих под АДН, могут успешно применяться методы арт-терапии, а именно: мульт-терапия и сказкотерапия (чтение басен). Для наиболее стойких результатов необходимо оказывать длительное воздействие на мишени психокоррекционной работы по причине стабильности и устойчивости ценностей и смыслов во временной перспективе.

Выводы. Исследование подтверждает, что разработанная нами программа является эффективным средством психологической коррекции ценностно-смысловых ориентаций лиц, страдающих психическими расстройствами и состоящих под АДН, при условии ее длительного применения.

Включение разработанной нами программы психологической коррекции ценностно-смысловых ориентаций для лиц, страдающих психическими расстройствами и состоящих под АДН, в план работы психосоциальной службы ГБУЗ ОКПНД, направлено на оказание им комплексной помощи по адаптации к жизни в обществе и превенцию рецидива ООД после применения принудительных мер медицинского характера.

## **ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ГНОЗИС И ВОСПРИЯТИЕ РИТМОВ ЛЕВОРУКИМИ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Шалина О.С., Савчук М.М.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова» Минздрава России**

**Москва**

***SPATIAL GNOSIS AND PERCEPTION OF RHYTHMS BY LEFT-HANDED CHILDREN OF PRIMARY SCHOOL  
AGE***

***Shalina O.S., Savchuk M.M.***

В настоящее время практически в каждой московской школе внедрена система психологического сопровождения учащихся. Проводятся коррекционные занятия с детьми с ОВЗ и детьми из «групп риска», ведётся регулярный психологический мониторинг. Но до сих пор не разработаны ни стандартные, ни индивидуальные рекомендации по организации учебного процесса леворуких детей.

У каждой группы леворуких детей есть свои психологические и физиологические особенности, которые необходимо учитывать для организации среды, оптимальной для их адаптации к условиям школьного образования.

Организация исследования. В 2019-2021 гг. было проведено нейропсихологическое обследование 78 учеников первых и четвёртых классов в ГБОУ г. Москвы «Школа №2107» и в ГБОУ г. Москвы «Школа «Покровский квартал». Были сформировано 3 группы: экспериментальная группа (24 человека) – леворукие учащиеся первых классов; контрольная группа (36 человек) – праворукие учащиеся первых классов; группа сравнения (18 человек) – леворукие учащиеся четвёртого класса.

Методики:

1. Графическая проба на динамический праксис
2. Праксис позы пальцев
3. Копирование стола и куба
4. Понимание логико-грамматических конструкций
5. Воспроизведение и оценка ритмов
6. Запоминание 2 групп по три слова (Ахутина, 2017).



Определены 5 комплексных параметров, учитывающие 18 функциональных показателей:

1. Общий индекс функций I блока мозга: темп, утомляемость, инертность, гиперактивность, импульсивность.
2. Показатель зрительно-пространственных функций: метрические ошибки, ошибки перспективы, ошибки трехмерного изображения, пространственные ошибки, несоблюдение строки.
3. Восприятие ритмов: продуктивность воспроизведения по образцу и по инструкции, продуктивность оценки, персеверации.
4. Квази-пространственный фактор: продуктивность понимания пассивных, активных, предложных конструкций.
5. Слухоречевая память: продуктивность запоминания при первом, втором, третьем и отсроченном воспроизведении.

Результаты. Сравнительный анализ пространственного гнозиса и восприятия ритма леворукими и праворукими первоклассниками

Общий индекс функций I блока мозга: признаки недостаточной сформированности I блока мозга обнаруживаются у обеих групп, однако у леворуких трудности более выражены ( $p=0,049$ ). Статистически значимо различаются показатели истощения у леворуких и праворуких учащихся ( $p=0,031$ ): у леворуких истощение наблюдается чаще по сравнению с праворукими сверстниками. При этом импульсивность наблюдается у 24% леворуких и 15,2% праворуких в разной степени выраженности. Истощаемость наблюдается у 48% леворуких и 22% праворуких. Гиперактивность выражена у 31,2% праворуких и 33% леворуких учащихся.

Показатель зрительно-пространственных функций: значимые различия между группами отсутствуют. При этом леворукие значимо чаще совершают ошибки трехмерного изображения и рисуют стол распластано ( $p=0,023$ ). Метрические ошибки совершают 66% леворуких и 46,9% праворуких. Ошибки трехмерного изображения при рисовании стола и куба совершают 71% леворуких и 56,2% праворуких учащихся соответственно.

Квази-пространственный фактор: выявлены значимые различия между группами ( $p=0,003$ ). У леворуких квази-пространственный фактор развит слабее, чем у праворуких. При этом у леворуких слабее сформировано понимание пассивных конструкций ( $p=0,02$ ). Значимых различий в группах по пониманию активных конструкций и падежных конструкций не обнаружено (Рис. 3).

Восприятие ритма: значимые различия между группами отсутствуют. Леворукие и праворукие примерно одинаково успешны при выполнении проб на оценку ритма по образцу, на воспроизведение ритма по образцу, и по инструкции.

Сравнительный анализ пространственного гнозиса у леворуких учащихся 1 и 4 классов (возрастные различия)

Общий индекс функций I блока мозга: были обнаружены значимые различия между группами. У леворуких учащихся 1 классов выражена слабость нейродинамических показателей в отличие от учащихся 4 классов ( $p=0,016$ ). Явления истощаемости у первоклассников обнаруживаются чаще, чем у четвероклассников ( $p=0,027$ ).

Показатель зрительно-пространственных функций: значимых различий между группами не обнаружено ( $p=0,32$ ). И у леворуких учащихся 1 классов, и у четвероклассников присутствуют пространственные ошибки.

Обсуждение результатов. У леворуких детей в отличие от праворуких выражены трудности, связанные с недостаточной сформированностью первого функционального блока мозга. У леворуких детей выявлена истощаемость и гиперактивность, что может влиять на протекание всех психических процессов и проявляться в повышенной утомляемости, рассеянности, трудностях сосредоточения на уроках. К окончанию средней младшей школы у леворуких детей улучшаются нейродинамические показатели – стабилизируется тонус, снижается импульсивность, выравнивается темп деятельности. Явления истощаемости обнаруживаются у четвероклассников реже, чем у первоклассников.

Так же у леворуких учащихся наблюдаются метрические ошибки и ошибки перспективы, несоблюдение строки и неполное трехмерное изображение, что может свидетельствовать о слабости сформированности зрительно-пространственных функций. При отсутствии связи показателя зрительно-пространственных функций с общим индексом развития первого блока мозга можем предположить, что формирование пространственного гнозиса затрудняется не нейродинамической слабостью, а особенностью развития функций у леворуких детей. К окончанию начальной школы мы не наблюдаем значительных улучшений, дети также совершают пространственные ошибки. При улучшении нейродинамики не происходит улучшения пространственного гнозиса, что свидетельствует о важности

своевременной коррекции пространственного восприятия у леворуких детей, даже при их высоких компенсаторных возможностях.

О слабости квази-пространственного фактора свидетельствует большое количество ошибок при показывании изображений на пассивные и активные конструкции. Лучше всего леворукие дети понимают падежные конструкции. Так как развитие слухоречевой памяти соответствует нормативным показателям, трудности понимания логико-грамматических конструкций связаны не с низким объемом памяти, а с особенностью протекания психических процессов у леворуких детей. Словесное обозначение пространственных представлений у леворуких развито слабее, чем у праворуких сверстников. Это может осложнять понимание содержательной стороны речи леворукими детьми. Так же у леворуких детей в отличие от праворуких есть связь между истощением и квази-пространственным фактором. Это может означать, что слабость развития первого блока мозга у леворуких детей оказывает определенное влияние на качество словесного обозначения пространственных представлений, а именно – затрудняет развитие речевого опосредствования пространственных представлений.

У многих леворуких учащихся наблюдались персеверации в пробах на воспроизведение ритмов. Лучше дети выполняли пробу по воспроизведению ритма по инструкции, а хуже всего справлялись с оценкой ритмов по образцу. Это может быть связано с ошибками восприятия или трудностью понимания инструкции. Была выявлена связь между показателями истощения и продуктивностью выполнения проб «воспроизведение ритмов по образцу» и «воспроизведение ритма по инструкции». Вероятно, слабость нейродинамических показателей оказывает некоторое влияние на продуктивность восприятия и воспроизведения ритмов. В отличие от леворуких сверстников, праворукие учащиеся лучше справлялись с воспроизведением ритмов по образцу. Также у праворуких наблюдалось меньше персевераций в пробе, что может говорить о развитых процессах торможения в отличие от леворуких сверстников.

При этом, в результате кластеризации данных леворукие и праворукие объединялись в общие группы, несмотря на значимые различия по ряду переменным. Это может свидетельствовать о возможности отнесения леворуких к условной норме формирования высших психологических функций. При наличии высоких компенсаторных способностей у леворуких детей и адекватной коррекции можно достичь эффективной компенсации дефицита пространственного гнозиса и сопутствующих трудностей в обучении, связанных с атипичным протеканием психических процессов.

## **ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ В РАЗНОЙ МОДАЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИЗОЛЯЦИИ (НА МОДЕЛЯХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РАБОТЫ В ДЛИТЕЛЬНЫХ ИЗОЛЯЦИОННЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ)**

**Шалина О.С., Скрипник К.Д.**

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

*PERCEPTION OF TIME INTERVALS IN DIFFERENT MODALITY IN ISOLATION CONDITIONS (GAMING ADDICTION AND WORK IN LONG-TERM ISOLATION EXPERIMENTS)*

*Shalina O.S., Skripnik K.D.*

Понятия времени играет особую роль в человеческой жизни. Все объекты, которые изучает психология, – это динамические, развивающиеся во времени образования.

Восприятие времени играет одну из главных ролей при ориентации индивида в окружающем его мире, способствуя его адаптации в разных ситуациях. В этой связи особенности и нарушения восприятия времени и временных интервалов может служить значимым показателем адаптации человека к новым, особым или экстремальным условиям жизнедеятельности.

Представляем данные исследования особенности восприятия времени при стимуляции в разной модальности у людей, находящихся в особых условиях – в условиях изоляции. Моделями изоляции послужили две ситуации, в которых люди оказывались более или менее осознанно, целенаправленно, принимая риски этих ситуаций. Первая группа – участники наземных изоляционных экспериментов, моделирующие межпланетарные полёты (10 человек, эксперимент «Sirius 21/22», проходящий в научно-экспериментальном комплексе ГНЦ РФ «Институт медико-биологических проблем» РАН). Вторая группа

– добровольцы, увлечённые компьютерными играми и проявляющие признаки игровой и компьютерной зависимости (10 человек).

В ходе исследования апробирована компьютерная методика диагностики точности восприятия временных интервалов различной длительности при стимуляции разной модальности. Рабочее название методики – «Восприятие времени», регистрируемое название – «Интервальная диагностика». Методика написана на языке программирования Python в оболочке PsychoPy©.

Испытуемым предлагались типовые задания: оценить длительность экспозиции в секундах, подобрать длительность экспозиции, равную эталонной, отмерить заданный в инструкции интервал, варьируя длительность экспозиции. Все задания относились к визуальным стимулам (геометрические фигуры на экране) и аудиальным стимулам (звучание метронома). Кроме этих проб, предлагалось отмерить минуту (проба «Индивидуальная минута»).

Результаты. Сравнение групп отдельно по каждой из проб не обнаруживает значимых различий; обращает на себя внимание только субзначимое расхождение в задаче подбора короткого интервала к зрительно заданному эталону: в группе Sirius 21/22 эталон недооценивается, а в группе игроков – переоценивается. Результаты критериев Манна-Уитни и t-Стьюдента для этой пробы расходятся ( $U=31$ ,  $p=0.059$  и  $t(20)=2.66$ ,  $p=0.015$ ).

Для сопоставления точности оценки и подбора интервалов разной длительности был выбран критерий  $\chi^2$  Фридмана, который обнаружил различия между замерами в тесте «Индивидуальная минута» ( $\chi^2(3)=9.180$ ,  $p=0.027$ ) и не нашел значимых различий ни в одном из пяти других параметров. Попарное сравнение замеров в тесте «Индивидуальная минута» с помощью критерия Дарбина-Коновера позволяет сказать, что интервал при первом замере оказывается короче, чем во втором ( $F=2.335$ ,  $p=0.023$ ) и четвертом ( $F=2.724$ ,  $p=0.009$ ), третий замер также отличается от четвертого ( $F=2.075$ ,  $p=0.042$ ), однако ценность этих различий спорна, поскольку средняя погрешность для одной минуты составляет всего 2-7 секунд при стандартном отклонении в 20-25 секунд.

Для предварительной оценки возможных эффектов взаимодействия факторов был использован дисперсионный анализ с повторными измерениями. Значимый эффект взаимодействия получен только в задаче подбора длительности интервала, равного эталонному: соотношение точности подобранных интервалов разной длительности при предъявлении эталонов в разных модальностях не одинаково в двух группах. В группе Sirius 21/22 при предъявлении эталона на слух с увеличением длительности происходит переход от переоценки к более точной или недооценке эталона, а при зрительном предъявлении эталона – наоборот; в группе игроков обратная закономерность, однако апостериорные сравнения с поправкой Тьюки не обнаруживает ни одного значимого различия условий.

Обсуждение результатов. При оценке временных интервалов выборка лиц с игровой зависимостью существенно более гомогенная, имеет меньший уровень дисперсии. Так как эффекта изоляции и депривации у выборки Sirius 21/22 (условно здоровых) не было, то мы рассматриваем сравнения групп в обычных условиях, не подверженных экстремальным, т.е. измененным условиям окружающей среды. Можно сделать вывод о том, что люди с признаками игровой зависимости, имеют более точное отмеривание временных интервалов, относительно здоровой выборки. Это опровергает предположение о том, что люди, имеющие техническую профессию и подготовленные к отмериванию временных интервалов в экстремальных условиях, покажут лучшие результаты.

Можно отметить следующую тенденцию: с постепенным увеличением оцениваемого интервала происходит переоценка аудиально заданных образцов-экспозиций по сравнению со зрительными.

Важно, что более 80% добровольцев с признаками игровой зависимости играют в игры жанра МОВА, которая представляет собой стратегию в реальном времени. В данных жанрах превалирует матч между двумя командами, каждая из которых стремится победить другую. Во время процесса игры вырабатываются новые навыки и способности каждого героя, часть матча идёт при обратном отсчёте времени (короткие интервалы – около 10 сек). Предварительно формулируем вывод, что игроки нарабатывают навыки быстрого и точного выполнения различных действий, которые развертываются именно в коротких временных промежутках. В подобных играх на счету каждая секунда, которая может стать решающей в борьбе команд.

Можно предположить, что результаты оценки восприятия более длинных интервалов (больше одного часа) могут показать обратную картину, где игроки все-таки будут терять счет прошедших часов, находясь в виртуальном мире, однако, относительно точности коротких интервалов выигрывают люди, связанные с компьютерной, игровой деятельностью.

# ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ СТРАТЕГИЙ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Шамирзаева Х.Б., Матвеева А.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт  
Ташкент

*RESEARCH OF COPING STRATEGIES IN ADOLESCENTS WITH EATING DISORDERS*

*Shamirzaeva H.B., Matveeva A.A.*

Актуальность: Расстройства пищевого поведения становятся все более распространенной проблемой. Дигестивные расстройства поведения при психических расстройствах у детей и подростков относятся по МКБ-10к «расстройствам приема пищи». К сожалению, распространенность РПП отмечается повсеместно, в РФ заболеваемость составляет 3,7%, в других европейских странах до 4%, в США – 3,2%, в Австралии и Африке – до 2%. Разнообразные диеты в 12 раз увеличивают риск заболевания, 42% дошкольников хотят стать стройнее, 81% десятилетних детей боится поправиться, 52% студенток и 25% студентов пропускают обеды в вузах, 45% лиц женского пола и 18% лиц мужского пола ограничивают себя в еде (Балакирева Е.Е., 2020). Актуальность изучения проблемы вызвана трудностями диагностики данной патологии, стигматизацией психиатрической помощи, сложностями психофармакотерапии нарушений пищевого поведения на поздних стадиях их формирования. Нейрофизиологическое исследование, проведенное совместно с лабораторией нейрофизиологии к.м.н. Л.П. Якуповой позволило показать отчетливую зависимость нарушений ЭЭГ от тяжести психопатологической картины. Клиническими психологами также было показано своеобразие когнитивного развития и эмоционально-личностных особенностей пациентов с РПП, снижение их качества жизни, связанного со здоровьем (Балакирева Е.Е., Зверева Н.В., Якупова Л.П., 2014). Дети и подростки выбирают различные пути разрешения стрессовых ситуаций, в числе наиболее встречаемых выступает и еда. Пища все чаще и чаще выступает для человека регулятором эмоциональной сферы.

Цель и задачи исследования: изучение копинг-стратегий у подростков с нарушениями пищевого поведения.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали подростки средних общеобразовательных учебных заведений в возрасте от 14 до 17 лет, в количестве 42 человек, из них 52.4% – мальчики, 47.6% – девочки. Исследование проводилось при помощи следующих методик: «Голландский опросник пищевого поведения» («DEBQ»), опросник «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус).

Результаты исследования: На инициальном этапе исследования все подростки были обследованы клинико-психологическим методом, выявлены различные виды нарушений пищевого поведения, стремление соответствовать идеалам совершенства в восприятии своего тела, определены психологические особенности личностей подростков в виде демонстративности, перфекционизма, завышенной самооценки, высокого уровня притязаний. С помощью психометрического исследования получены результаты теста «Голландского опросника пищевого поведения», которые позволили выделить группу риска, в которую вошли 76% выборки (33,3% мальчики, 66,7% девочки). Из них – у 21,9% подростков наблюдался ограничительный тип пищевого поведения, у 15,6% обследуемых – эмоциогенный, у 21,9% - экстернальный тип, у 40,6% регистрировались смешанные типы. Только 24% обследуемых имели результаты в пределах нормы. Исходя из полученных результатов, можно сделать вывод о преобладании двух типов пищевого поведения: ограничительного и экстернального. Для 43,75% учащихся с превышающими одним показателем по типу пищевого поведения характерны неадаптивные варианты копинг-поведения; 31,25% испытуемых прибегают к относительно адаптивным вариантам копинг-поведения; и только 25% респондента характеризуются применением адаптивных копинг-стратегий. У учащихся с превышающими несколькими показателями по типу пищевого поведения установлены копинг-стратегии в виде конфронтации в 23% случаев, положительная переоценка - 23%, бегство-избегание – 23%, дистанцирование – 15% случаев наблюдения. В отличие от данных групп, для 50% испытуемых характерны относительно адаптивные варианты совладающего поведения; 30% респондентов имеют адаптивные копинг-стратегии; неадаптивные варианты копинг-поведения присущи лишь 20% респондентам, которые не имеют склонность к нарушению пищевого поведения.

Вывод: таким образом, выделяется группа подростков с превышающими показателями по ограничительному и экстернальному типу пищевого поведения. Данные типы коррелируют с такими

копинг-стратегиями, как положительная переоценка, бегство-избегание, планирование, конфронтация, дистанцирование. Полученные данные указывают на то, что нарушения пищевого поведения связаны с применением дезадаптивных копинг-стратегий в стрессовых ситуациях. Следует отметить, что у девочек в 3 раза чаще встречаются превышающие показатели по типу пищевого поведения. Полученные данные позволяют нам предполагать, что эффективность психологической коррекции склонности к нарушению пищевого поведения возможно повысить, учитывая неадаптивные копинг-стратегии, обучая новым адаптивным способам поведения в стрессовых ситуациях.

## **ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА НА ВЕКТОР СЛУХОРЕЧЕВОЙ ЛАТЕРАЛЬНОСТИ ПРИ АФАЗИИ В ЗАДАЧЕ ДИХОТИЧЕСКОГО ПРОСЛУШИВАНИЯ ОДНОСЛОЖНЫХ СЛОВ**

**Шипкова К.М.**

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

Москва

*THE INFLUENCE OF THE LESION SIZE ON THE SHIFT OF SPEECH ASYMMETRY  
IN DICHOTIC LISTENING OF C-V-C WORDS IN APHASIA*

*Shipkova K.M.*

**Введение.** Афазия является одним из частых последствий сосудистых и травматических поражений мозга. Длительность реабилитации афазии занимает от нескольких месяцев до нескольких лет. В ряде случаев реабилитационный потенциал ограничен и не позволяет восстановить речь до достаточного коммуникативного уровня. Это приводит к вынужденному ограничению круга социальных контактов и личностной деградации субъекта. Знание нейропсихологических и физиологических закономерностей внутри- и межполушарных перестроек при очаговых поражениях мозга помогает разработке методологии нейрокогнитивных реабилитационных программ в афазиологии и повышению их эффективности.

**Цель исследования.** Оценка влияния объема очагового поражения мозга на вектор речевой асимметрии при разных типах афазии.

**Методы.** Методика дихотического прослушивания слов D. Kimura (1961) в модификации Б.С. Котик (1988). Исследуемые показатели: количество слов, воспроизведенных правого (Кп) и левого уха (Кл), коэффициент правого уха ( $K_{пу} = \frac{Кп-Кл}{Кп+Кл}$ ), частота встречаемости «эффекта очага» (эффект левого уха («-Кпу»)) и эффекта полного «игнорирования» правого уха ( $K_{пу} = 1$ ).

**Выборка.** 110 пациентов с разными типами афазий: 57 исп. эфферентная моторная (ЭФ), 53 исп. акустико-мнестическая (АМ) афазия. Степень афазии – легкая. Медиана возраста: гр. ЭФ 50,7 (10); гр. АМ 54,4 (8). Объем поражения мозга: малый очаг ( $\leq 20 \text{ см}^3$ ) и большой очаг ( $> 20 \text{ см}^3$ ). Распределение в гр. по размеру очага (малый/большой очаг): ЭФ 14/43; АМ 18/35.

**Статистический анализ.** Описательная статистика, непараметрические и параметрические критерии:  $\chi^2$ -критерий Фишера,  $t$ -критерий Спирмена, ANOVA.

**Результаты.** «Эффект очага» чаще регистрируется в гр. АМ, чем в гр. ЭФ (72% vs 46%  $p = 0,001$ ). В гр. АМ часто встречается «-Кпу» независимо от объема очага ( $p > 0,05$ ). Соотношение Кл/Кп в гр. АМ более выражено, чем в гр. ЭФ, (4:1 vs 1:1,  $p = 0,002$ ). Между группами отмечаются выраженные различия в частоте встречаемости эффекта полного «игнорирования» правого уха, с более высокой частотой при АМ (41% vs 13%,  $p = 0,000$ ). Эффект «игнорирования» левого уха встречается редко в обеих группах ( $p > 0,05$ ). **Обсуждение.** Преимущество левого уха в дихотическом прослушивании при АМ имеет высокую частоту встречаемости независимо от объема поражения мозга. При ЭФ хотя и встречается правый вектор слухоречевой асимметрии он не носит абсолютно доминирующего характера. Наличие правого профиля слухоречевой асимметрии у пациентов с легкой степенью афазии согласуются с данными (Moulton et al., 2019), что активизация правой нижней лобной и средневисочной области при афазии являются биомаркерами положительного прогноза восстановления речи. Повышение активности правого полушария при афазии объясняется наличием морфологического сходства связей между нижней лобной и височной корой как в левом, так и в правом полушарии, а также функциональной архитектурой их паттернов активации и коннективности (Kaplan et al, 2010). Проявление эффекта «левого сдвига» при разных исходных объемах поражения мозга можно рассматривать как спонтанную межполушарную перестройку речевой функции (Kourtidou et al., 2021). Учитывая, что все пациенты имели легкую степень

афазических расстройств, то это подтверждает представления (Lukic et al., 2017; Hartwigsen et al., 2019), что правополушарная активация формирует положительный прогноз исхода афазии

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ «БРЕМЕНИ СЕМЬИ» И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО КРУГА**

**Шишкова А.М. (1), Бочаров В.В. (1,2), Твердохлебова А.М. (1,2), Брылев М.А. (1)**  
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (1); ФГБОУ ВО СПбГПМУ  
Минздрава России (2)  
Санкт-Петербург

*RELATIONSHIP OF «FAMILY BURDEN» AND PERSONAL CHARACTERISTICS IN RELATIVES CARING FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER*

*Shishkova A.M. (1), Bocharov V.V. (1,2), Tverdokhlebova A.M. (1,2), Brylev M.A. (1)*

Появление хронически больного в семье часто становится трудным испытанием для его родственников. Психологические и физические перегрузки, обусловленные необходимостью опекать больного, постоянные материальные затраты, нарушение привычного ритма жизни и другие трудности, возникающие у родственников в процессе ухода за хронически больным, в последние годы концептуализируются как «бремя семьи».

За рубежом конструкт бремени болезни представляет собой один из важных объяснительных принципов в исследовании психологии родственников, опекающих хронически больных, и широко применяется в области исследования детско-родительских, а также в широком смысле родственных отношениях, связанных с потребностью в опеке какого-либо члена семьи [2; 3]. Анализ исследований по проблеме бремени семьи у родственников хронически больного отражает наличие выраженных проблем и негативных переживаний, часто требующих специализированной помощи. К субъективным компонентам бремени чаще всего относят негативные эмоциональные переживания родственника, связанные с болезнью близкого.

Раздражение, гнев, депрессивные и тревожные переживания, восприятие болезни близкого и его поведения как препятствия в жизни, сопровождающиеся чувством вины и стыда, эмоциональным напряжением или даже истощением, характеризуют выраженное эмоциональное неблагополучие у родственников больного.

В этой связи ощущается острый дефицит эмпирических данных об особенностях бремени болезни у родственников, опекающих больных с различной нозологией, а также о взаимосвязи «бремени» с другими психологическими феноменами, в частности, личностными особенностями близких, опекающих хронически больных.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи бремени болезни и особенностей личностного функционирования у родственников, опекающих пациентов с расстройством личности тревожно-депрессивного круга.

В качестве объекта исследования выступали 35 родственников (родители и супруги) пациентов с расстройством личности тревожно-депрессивного круга (F41.1; F41.2), находившихся на лечении в отделении клиники неврозов и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева». Средний возраст обследованных родственников составил 45,34 лет (SD=10,35). Средний возраст больных составил 29,17 лет (SD=5,17), возраст начала заболевания в среднем – 21,35 год (SD=7,06). На момент обследования совместно с пациентом проживали 26 человек (74,3%) родственников.

Для изучения характера субъективного переживания болезни близкого у родственников, опекающих больных с расстройством личности тревожно-депрессивного круга, применялась специально модифицированная для исследования методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого (ОНПБ)». В ее основу легла методика «Оценка Негативных Последствий Болезни Близкого у Родственников Больных с Аддиктивными Расстройствами», показавшая хорошие психометрические характеристики в предыдущих исследованиях ( $\alpha$  Кронбаха шкал колеблется от 0,7 до 0,93) [2].

Психодиагностическая методика состоит из 42 пунктов, объединенных в 2 блока: первый блок отражает непосредственно показатели бремени болезни, второй – аспекты функционирования родственников, ассоциированные с болезнью близкого. Первый блок включает шкалы: «Объективное бремя» и «Субъективное бремя», а также общий показатель бремени, являющийся их арифметической суммой.

Второй блок включает шкалы: «Беспокойство», «Стигматизация», «Позитивные чувства по отношению к больному», «Негативные чувства по отношению к больному», «Ощущение утраты», «Удовлетворенность родственников взаимодействием со специалистами», а также дополнительный вопрос, направленный на оценку финансового бремени.

Для исследования личностных особенностей родственников, опекающих больных с расстройством личности тревожно-депрессивного круга, применялся Фрайбургский личностный опросник – FPI, в адаптация А.А. Крылова и Т.И. Ронгинской [1].

Обработка исходной информации проводилась с использованием статистического пакета SPSS v. 23, в качестве меры связи использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Анализ корреляционных связей показателей, отражающих характер переживания болезни близкого (методика ОНПБ) и особенностей личностного функционирования опекающих родственников (показатели методики FPI), позволил выявить наличие положительных взаимосвязей как объективных, так и субъективных компонентов переживания бремени со спонтанной и реактивной агрессивностью, а также раздражительностью ( $p < 0,01$ ). Кроме того, обнаружены положительные корреляционные связи показателя субъективного бремени со шкалами «Открытость» ( $p < 0,01$ ) и «Эмоциональная лабильность» ( $p < 0,05$ ).

Полученные данные говорят о том, что родственники больных с расстройством личности тревожно-депрессивного круга, характеризующиеся импульсивностью поведения, проявляющейся в выраженных аффективных реакциях, трудностях контроля над волевыми усилиями, неумении и нежелании сдерживать или отсрочивать удовлетворение своих желаний, острее ощущают негативные последствия хронической болезни близкого. Недостаточная социализация влечений и отсутствие интериоризованной приверженности обязанностям и морально-этическим нормам, предписывающим обязательность ухода за болеющим родственником, взаимосвязаны со значительной выраженностью субъективной оценки трудности выполняемой родственником деятельности по опеке больного, значительным психологическим стрессом, переживаемым родственниками в связи с болезнью близкого. Ситуация хронической болезни характеризуется высокой степенью неопределенности. Слабая саморегуляция психических состояний у родственников, опекающих хронически больных, связана с субъективным ощущением непреодолимости наличных жизненных обстоятельств, ощущением безнадежности и тщетности собственных усилий.

Показатель «Позитивные чувства по отношению к больному» (методика ОНПБ) имеет отрицательную корреляционную взаимосвязь со шкалой «Депрессивность» (методика FPI) ( $p < 0,05$ ). Можно предположить, что качество отношений опекаемого и опекающего опосредует характер их переживаний в ситуации болезни. В частности, недостаток положительных эмоций в отношении хронически больного сочетается с выраженностью депрессивных переживаний у опекающего родственника.

Особого внимания заслуживает выявленная отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателем шкалы «Эмоциональная лабильность» (FPI) и «Удовлетворенность родственников взаимодействием со специалистами» (ОНПБ) ( $p < 0,05$ ). Неустойчивость эмоционального состояния родственников, проявляющаяся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости и раздражительности, сочетается с неудовлетворенностью взаимодействием со специалистами и потенциально низкой комплаентностью. В связи с этим, эмоциональное состояние родственников, опекающих больных с расстройством личности тревожно-депрессивного круга, требует пристального внимания специалистов и, в случае необходимости, нуждается в коррекции.

В качестве ограничений исследования следует отметить, что представленные данные, получены на относительно небольшой выборке, включающей 35 близких родственников пациентов, находящихся на лечении в отделении клиники неврозов и психотерапии ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», и требуют уточнения на выборке большего объема.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА КОСТЯХ ТАЗА

Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И.

СПбГУ; ФГБУ «НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина» Минздрава России

Санкт-Петербург, Москва

### *DYNAMICS OF INDICATORS OF QUALITY OF LIFE OF CANCER PATIENTS WHO UNDERWENT SURGERY ON PELVIC BONES*

*Shchelkova O.Y., Isurina G.L., Usmanova E.B., Sushentsov E.A., Sofronov D.I.*

Злокачественные опухоли костей тазового кольца являются сложной клинической проблемой современной онкологии. Пациенты, у которых опухолевый процесс локализован в костях таза, обладают худшим онкологическим и функциональным прогнозом, чем пациенты с локализацией опухоли в длинных костях. Это объясняется, прежде всего, сложной анатомической зоной, близким расположением органов малого таза и крупных сосудисто-нервных пучков, что существенно затрудняет выполнение радикальных операций и проведение адекватных реконструкций. Социальный аспект этой проблемы связан с тем, что часто данной патологией страдают люди молодого и трудоспособного возраста. До недавнего времени основным методом лечения при опухолевых поражениях костей таза являлись калечащие операции в объеме межподвздошно-брюшной ампутации, которые приводили к глубокой инвалидизации пациентов, что определило необходимость поиска новых вариантов решения этой проблемы.

С внедрением инновационных хирургических техник, развитием анестезиологии и реанимации стало возможным проведение органосохраняющего лечения пациентов с опухолями костей таза и достижение более высоких показателей выживаемости. В этих условиях актуальным для клинической медицины становится вопрос всесторонней оценки результатов лечения и, в первую очередь, функциональных возможностей и качества жизни (КЖ) пациентов после высокотехнологичного лечения. В то же время в современной литературе представлены лишь отдельные исследования, посвященные проблеме КЖ пациентов, оперированных в связи с опухолевым поражением костей таза (Haidukewych, 2012; Salunke, Shah, Warikoo, 2017). Это определило цель исследования – изучение динамики основных параметров качества жизни больных с опухолями костей таза после высокотехнологичной операции эндопротезирования индивидуальными имплантатами, а также изучение взаимосвязи показателей КЖ после операции с рядом клинических и психосоциальных характеристик.

Метод. Исследованы 24 пациента (средний возраст 44,42±3,13 лет; 14 (58,3%) мужчин) с опухолевым поражением костей таза, которым в НМИЦ онкологии им Н.Н. Блохина выполнялось органосохраняющее лечение в объеме удаления опухоли с реконструкцией дефекта индивидуальными имплантатами, созданными посредством 3-D печати. Использованы: клинические диагностические шкалы VAS Pain (Visual Analogue Scale; 10-градусная визуально-аналоговая шкала интенсивности боли), Watkins (5-балльная шкала объективной врачебной оценки выраженности болевого синдрома), шкала MSTs для оценки функционального результата лечения, «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), «Опросник качества жизни при опухолях костей» «Bone Metastases» (BM22); использовался также с целью апробации авторский «Опросник качества жизни больных, перенесших хирургическое лечение на костях таза».

Результаты. В отличие от пациентов с опухолями позвоночника, демонстрирующими значительное улучшение функциональных возможностей, связанных с перемещением (Щелкова, Исурина, Усманова, 2021) вскоре после операции, пациенты, оперированные по поводу опухолей костей таза с использованием аддитивных технологий, восстанавливаются после операции гораздо дольше. Поэтому повторное психологическое исследование проводилось не в раннем восстановительном периоде, а спустя не менее полугодия после операции. Результаты динамического исследования показали, что, в отличие от пациентов с опухолями позвоночника, у пациентов с опухолями костей таза не выявлено существенной положительной динамики общего показателя КЖ, напротив, выявлено снижение удовлетворенности физической и социальной активностью через 6-12 месяцев после операции, что связано с неоправданно высокими ожиданиями пациентов в отношении жизненной успешности после органосохраняющей операции и соответствует ряду современных концепций, в которых уровень КЖ, связанного со здоровьем, оценивается как степень соответствия между ожиданиями или надеждами человека и его настоящим опытом; отмечено клинически оправданное усиление неврологической



симптоматики. Проведен корреляционный анализ показателей качества жизни с другими характеристиками больных. Оказалось, что выраженность болевого синдрома после эндопротезирования отрицательно взаимосвязана с общим физическим состоянием пациента и функциональным результатом эндопротезирования (ходьба, походка, использование дополнительных средств, эмоциональное восприятие ситуации), положительно – с возрастом и комплаентностью: чем старше пациент и чем интенсивнее болевые ощущения, тем больше он привержен лечению и реабилитационным мероприятиям.

Заключение. Полученные результаты еще раз убеждают в необходимости психологического сопровождения онкоортопедических больных на всех этапах лечебно-реабилитационного процесса, в том числе в период подготовки пациента к эндопротезированию.

## **РАЗРАБОТКА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «УТОМЛЕНИЕ» ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

**Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Яковлева М.В., Софронов Д.И.**

**СПбГУ**

**Санкт-Петербург**

### *DEVELOPMENT OF THE RUSSIAN-LANGUAGE VERSION OF THE QUESTIONNAIRE «FATIGUE» FOR CANCER PATIENTS*

*Shchelkova O.Yu., Usmanova E.B., Iakovleva M.V., Sofronov D.I.*

В настоящее время в клинических и эпидемиологических исследованиях качество жизни (КЖ) при онкологических заболеваниях рассматривается как мера эффективности проведенного лечения (Семиглазова с соавт., 2017), а также как фактор прогноза заболевания, включая прогноз выживаемости пациентов (Усманова с соавт., 2019). В связи с этим во всем мире создаются инструменты изучения КЖ, отражающие объективные ограничения жизни пациентов, а также субъективную удовлетворенность пациентов своим состоянием и жизненным функционированием в условиях болезни и лечения. Универсальным инструментом изучения КЖ является «Опросник качества жизни при онкологической патологии» («Quality of Life Questionnaire-Core 30» – EORTC QLQ-C30) (Aaronson et al., 1993; Fayers et al., 1995), разработанный Европейской организацией по исследованию и лечению рака (European Organization for Research and Treatment Cancer – EORTC) и широко применяющийся в научных исследованиях (Белозер с соавт., 2019; McKenzie, van der Pol, 2009). В силу многомерности концепта КЖ (Вассерман, Трифонова, 2014) базовый опросник QLQ-C30 постоянно прирастает новыми модулями, имеющими более узкую нозоспецифическую направленность или нацеленность на углубленное изучение отдельных сфер КЖ. Примерами могут служить валидизированный нами модуль «Bone Metastases» (BM22) – «Опросник качества жизни при опухолях костей» (Усманова, Щелкова, 2019), а также находящийся в процессе валидизации модуль «Spiritual Wellbeing» (SWB32) – «Духовное благополучие». Цель настоящего исследования: разработка, апробация и психометрическая проверка русскоязычной версии модуля FA12 («Fatigue» – «Утомление») опросника QLQ-C30.

Метод. В основу разработки опросника «Утомление» положены рекомендации по разработке подобных опросников Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC) (Aaronson, 1993). Для разработки и валидизации русскоязычной версии модуля FA12 коллективом авторов были предприняты следующие шаги. 1. После получения разрешения от EORTC был сделан перевод модуля FA12 на русский язык, который представлял собой пошаговый процесс, описанный в руководстве по переводу англоязычных модулей на другие языки (EORTC quality of life group translation procedure, 2017). 2. Пилотная русскоязычная версия модуля была апробирована на выборке из 55 пациентов с верифицированным онкологическим заболеванием, находящихся на лечении в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. Средний возраст пациентов составил 53,23±2,01 лет; среди них 29 мужчин (52,7%) и 26 (47,3%) женщин. 3. Результаты пилотного исследования в форме отчета были направлены в EORTC, которой была опубликована русскоязычная версия модуля FA12. 4. Была проведена психометрическая проверка модуля FA12.

Результаты. Для проверки конвергентной валидности модуля FA12 был проведен корреляционный анализ показателей пяти шкал этого опросника с показателями 5 функциональных шкал (физическое, ролевое, когнитивное, эмоциональное и социальное благополучие), 3 симптоматических шкал (слабость, тошнота/рвота и боль) и 6 одиночных пунктов (одышка, нарушение сна, анорексия, констипация,

диарея, финансовые затруднения) опросника QLQ-C30 (Ионова, Новик, Сухонос, 1998). Выявлено, что все показатели модуля FA12 имеют многочисленные высоко статистически значимые взаимосвязи с показателями основного опросника КЖ онкологических больных QLQ-C30. Это доказывает тесную связь хронического состояния утомления с различными аспектами КЖ при онкологической патологии. Так, выявлена отрицательная взаимосвязь общего показателя КЖ QL-2 (опросник QLQ-C30) с показателями 4 из 5 шкал модуля FA12: шкала PFA «Физическое утомление» ( $\rho = -0,406$ ,  $p < 0,05$ ), шкала EFA «Эмоциональное утомление» ( $\rho = -0,487$ ,  $p < 0,01$ ), шкала IDL «Влияние на повседневную жизнь» ( $\rho = -0,601$ ,  $p < 0,01$ ), шкала SOC «Влияние на социальную жизнь» ( $\rho = -0,476$ ,  $p < 0,01$ ): чем больше в актуальном состоянии пациентов представлены симптомы, субъективно переживаемые как физическое и эмоциональное утомление, изможденность, чем больше пациенты ощущают его влияние на повседневную бытовую жизнь, социальное взаимодействие и активность, тем хуже они оценивают КЖ в целом. То же можно сказать про взаимосвязь всех шкальных показателей модуля FA12 со всеми функциональными шкалами опросника QLQ-C30. Таким образом, астения, проявляющаяся в сферах физического самочувствия, эмоциональности, когнитивной деятельности, а также в повседневной и социальной жизни, отрицательно взаимосвязана с субъективной удовлетворенностью пациентов КЖ в таких ее значимых сферах, как физическая, ролевая, эмоциональная, когнитивная и социальная активность.

Одновременно показатели шкал модуля FA12 положительно коррелируют с оценками симптоматических шкал опросника QLQ-C30, имеющих с ними одинаковую направленность. Наиболее насыщенной статистически значимыми положительными связями с симптоматическими шкалами QLQ-C30 является вторая шкала модуля FA12 – «Эмоциональное утомление»: снижение способности к яркому эмоциональному реагированию, «сглаженность» эмоций, утрату прежних интересов (апатию) пациенты связывают с симптомами и нарушениями, отраженными в шкалах опросника QLQ-C30: общая слабость ( $\rho = 0,548$ ,  $p < 0,01$ ), боль ( $\rho = 0,437$ ,  $p < 0,01$ ), одышка ( $\rho = 0,457$ ,  $p < 0,01$ ), нарушения сна ( $\rho = 0,483$ ,  $p < 0,01$ ), аппетита ( $\rho = 0,402$ ,  $p < 0,05$ ) и деятельности желудочно-кишечного тракта ( $\rho = 0,595$ ,  $p < 0,01$ ). Не меньшее количество положительных высоко статистически значимых корреляционных связей выявлено между показателями шкал модуля FA12 PFA «Физическое утомление», IDL «Влияние на повседневную жизнь», SOC «Влияние на социальную жизнь» и выраженностью полиморфной соматической симптоматики, отраженной в симптоматических шкалах опросника QLQ-C30. В целом, результаты корреляционного анализа подтверждают конвергентную валидность модуля «Утомление» (FA12).

Проверка надежности модуля «Утомление» (FA12) проводилась с помощью подсчета критерия  $\alpha$ -Кронбаха. Показан достаточно высокий уровень надежности, отражающийся в согласованности пунктов шкал ( $\alpha$ -Кронбаха = 0,768). Также были посчитаны показатели согласованности шкал модуля FA12 при удалении из них каждого из вопросов. По шкале PFA «Физическое утомление» критерий  $\alpha$ -Кронбаха составил 0,654; по шкале EFA «Эмоциональное утомление» – 0,681; по шкале CFA «Когнитивное утомление» – 0,780; по шкале IDL «Влияние на повседневную жизнь» – 0,742; по шкале SOC «Влияние на социальную жизнь» – 0,762. Как можно видеть, вклад каждого пункта в общую надежность шкалы достаточно велик, и необходимость удалять пункты отсутствует.

Для проверки структуры опросника был проведен факторный анализ методом главных компонент с варимакс-вращением (с нормализацией Кайзера). После варимакс-вращения Компонент 1 включает следующие шкалы и коэффициенты: «Физическое утомление» (0,790), «Эмоциональное утомление» (0,726), «Когнитивное утомление» (0,853). Компонент 2 включает шкалы с максимальными коэффициентами: «Влияние на повседневную жизнь» (0,832), «Влияние на социальную жизнь» (0,831). Таким образом, результаты эксплораторного факторного анализа подтвердили адекватность структуры опросника и ее соответствие базовой двухфакторной модели: первый фактор – «Физическое и психическое утомление», второй фактор – «Влияние утомления на сферы жизни».

Заключение. По результатам настоящего исследования, опросник FA12 «Утомление» после опубликования может быть использован как дополнение (модуль) к «Опроснику качества жизни при онкологической патологии» (EORTC QLQ-C30). Кроме того, опросник FA12 может использоваться как самостоятельный инструмент клинико-психологической диагностики.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 20-013-00573.

# ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: XIX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ

Якунина О.Н., Михайлов В.А.

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

Санкт-Петербург

*PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF EPILEPSY: XIX CENTURY AND MODERNITY*

*Yakunina O.N., Mikhailov V.A.*

Рассмотрение периода становления, этапов развития и современное состояние психологической диагностики больных эпилепсией позволяет проследить путь ее формирования от применения отдельных методов диагностики в XIX веке до комплексного многомерного исследования.

В настоящее время психологическая диагностика особенностей личности больных эпилепсией прочно заняла свое место в общем диагностическом процессе. Вопрос о структуре и степени изменения психики больных эпилепсией, об их типичности сложен. Он включает клинические, психологические и социальные аспекты (Казаковцев Б.А., 1999; Калинин В.В., 2004; Незнанов Н.Г., Киссин М.Я., 2010). Для его решения необходимо объединение усилий специалистов различного профиля. Первые работы по психодиагностике при эпилепсии выполнялись врачами. С появлением специальности – медицинская психология команда исследователей пополнилась профессиональными психологами.

Комплексное экспериментально-психологическое исследование позволяет обнаружить нарушения различных сфер психической деятельности – когнитивной, эмоциональной и поведенческой. Оно обеспечивает качественную и количественную оценку от характеристик сенсомоторной деятельности, памяти, внимания, мышления, особенностей эмоционального реагирования до интегральных характеристик интеллекта, системы отношений, механизмов психологической защиты, стратегий совладающего поведения.

Психологическая диагностика существенно дополняет клиническую, а на ранних стадиях заболевания по объективности даже превосходит ее. Вероятностная природа психологических феноменов, количественная оценка результатов исследования позволяют применять методы математикой статистики: сравнительный, корреляционный, факторный и другие виды анализа. С их помощью сопоставляются данные, полученные в группах больных и здоровых испытуемых, у больных с различными социально-демографическими, возрастными и гендерными характеристиками, клиническими проявлениями заболевания, в процессе восстановительного лечения в стационаре, в динамике лечебного процесса и реабилитации, при становлении и стойкой ремиссии припадков. В связи с полифакторной обусловленностью психических проявлений при эпилепсии лишь комплексное психологическое и клиничко-психологическое исследование с учетом структурно-морфологических, психофизиологических, клинических, психологических и социальных факторов может дать целостную характеристику личности больных эпилепсией (Громов С.А., Киссин М.Я., Якунина О.Н., Ерошина Е.С., 2006).

Экспериментально-психологическое обследование больных эпилепсией началось в конце XIX века и имело два направления: изучение влияния отдельного припадка на изменения психики больного; исследование стойких нарушений психики. В рамках первого направления изучались особенности речевой деятельности, восприятия, внимания, умственной работоспособности непосредственно перед приступом и после него. Анализировалось влияние интервалов времени и последовательность дезорганизации и восстановления психической деятельности, нейрофизиологические механизмы ее нарушений. Первые экспериментальные работы касались в основном изучения познавательных функций. По мере развития методов психологической диагностики, стало возможным экспериментальное изучение всей совокупности личностных проявлений. Изучению внимания, памяти, мышления, умственной работоспособности посвящены работы ряда авторов (Анфимов В.Я., 1908; Чертков И.Ф., 1910; Бернштейн А.Н., 1912, 1922 и др.). Первое комплексное изучение познавательной деятельности (восприятия, памяти, внимания, мышления) больных эпилепсией проведено А.Е. Петровой в 1937 году, обнаружены особенности этих процессов, обусловленных клинической картиной заболевания. Начиная с конца 30-х годов прошлого столетия, наряду с патопсихологическими исследованиями внедряются и нейропсихологические методы. Благодаря этому появилась возможность более тонкой диагностики локальных поражений головного мозга при эпилепсии. Современными исследователями проведена большая работа по стандартизации нейропсихологических методик (Лурия А.Р., 1969; Вассерман Л.И. с соавторами, 1978, 1997 и др.). В классических патопсихологических исследованиях Б.В. Зейгарник (1962, 1976) и С.Я. Рубинштейн (1970) прекрасно описаны особенности

познавательной деятельности больных эпилепсией. В работах ряда зарубежных исследователей в 60-х годах стала применяться многопрофильная личностная методика ММРІ, проективная методика Роршаха, для оценки интеллекта широко применяется методика Векслера. Экспериментальное изучение особенностей эмоциональных состояний через восприятие цветовых оттенков теста Люшера проведено В.М. Блейхером (1976). В 70-х годах появляются экспериментальные работы по изучению системы отношений больных эпилепсией. С помощью методики «Незаконченные предложения» изучались взаимоотношения в семье (Хижняков В.И., 1971). Исследование самооценки больных эпилепсией методикой Т.Лири предпринято Л.И.Вассерманом с соавторами (1985). В 1989 году опубликована работа по изучению типов отношения к болезни отечественной методикой «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И., 1989). Более полному пониманию субъективного мира больного, его «внутренней картины болезни» способствует изучение качества жизни больных эпилепсией методикой ВОЗ КЖ-100. Полученные с её помощью результаты дополняют изучение когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы традиционными методиками (Незнанов Н.Г., Громов С.А., Михайлов В.А. и др., 2005). Изучаются проблемы стигматизации и самостигматизации больных (Михайлов В.А., 2008). Функцию совладания со стрессом выполняют две психологические системы: механизмы психологической защиты и копинг-стратегии. Изучению этих механизмов и их связи с уровнем агрессивности больных эпилепсией посвящена работа О.Н. Якуниной (2019).

Современное психологическое исследование не только констатирует наличие тех или иных личностных нарушений и степень их выраженности, но показывает соотношение различных свойств в целостной структуре личности, выявляет закономерности формирования психологического статуса больных эпилепсией. Интракорреляционный анализ показателей когнитивных функций и эмоционального реагирования показал, что между ними имеются значимые связи. Например, снижение уровня интеллекта у больных эпилепсией соотносится с повышением уровня враждебности ( $r = -0,28$ ;  $P < 0,05$ ), повышенной импульсивностью ( $r = -0,25$ ;  $P < 0,05$ ), снижением уровня фрустрационной толерантности и адаптации к жизненным трудностям ( $r = 0,50$ ;  $P < 0,01$ ). Неблагоприятное воздействие на процессы запоминания и воспроизведения оказывают не только клинические факторы (частота припадков, длительность заболевания, раннее его начало и др.), но и такие качества, как неуравновешенность, импульсивность, несдержанность, чувство неуверенности в себе, тревожность (Якунина О.Н., 1980). Выявляются связи копинг-стратегий с особенностями личности больных эпилепсией (Липатова Л.В., Якунина О.Н., 2019). Изучение системы отношений больных эпилепсией, помогает поиску мишеней психотерапевтической работы. В связи с заболеванием у пациентов нарушается система семейных отношений, поэтому актуальным становится изучение особенностей семейной адаптации больных эпилепсией с суицидальными мыслями (Якунина О.Н., Шова Н.И., Михайлов В.А., 2021). Прикладное значение полученных результатов состоит в том, что лишь на основе целостного изучения личности больного можно правильно организовать психокоррекционную работу. Психотерапевтическое воздействие на группу свойств будет способствовать изменению и других психологических характеристик, всей личности в целом.

Таким образом, из приведенного обзора видно, как расширяется область изучения психологических характеристик больных эпилепсией по мере создания и апробации методик, позволяющих объективно оценить особенности их психической деятельности. Результаты психодиагностики используются для решения жизненных проблем больных в структуре психологического консультирования и коррекции.

## **АДДИКТИВНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОГО РЕГИОНА**

**Ян Е.Р., Гуткевич Е.В.**

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН; ФГАОУ ВО «Национальный  
исследовательский Томский государственный университет»;

Городской Центр Психического здоровья

Томск, Нур-Султан

*ADDICTIVE BELIEFS IN PEOPLE WITH DRUG ADDICTION IN THE NORTH KAZAKHSTAN REGION*

*Jan E.R., Gutkevich E.V.*

Проблема зависимого поведения рассматривается как один из наиболее глобальных вызовов современности. Число наркозависимых в последние 15 лет превышает количество зарегистрированных

в 3-10 раз (Вязовиченко Ю.Е., 2011; Иванец Н.Н., 2008; Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2009). Согласно когнитивной теории, зависимость – сложный процесс, который характеризуется глубоко расположенными и стойкими малоадаптивными убеждениями. Они образуются в раннем детстве, посредством воздействия критического опыта и событий, и с самого начала никак не связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. А. Бек, Фр. Райт, К. Ньюман и др. в своих исследованиях выявили схожие убеждения у людей с разными типами зависимостей. Исследователи определили аддиктивные убеждения как «кластер идей, сконцентрированных вокруг поиска удовольствия, решения проблем, облегчения или избегания». На основе вышеперечисленных форм, авторы разработали классификацию, в которой аддиктивные убеждения разделяются на три типа: а) предвосхищающие убеждения (anticipatory beliefs): позитивные ожидания, относительно употребления ПАВ, «Употреблять весело», «вечеринка без наркотиков – время впустую»; б) ориентированные на облегчение убеждения (relieving/relief-oriented), ожидание снижения дистресса или дискомфорта. «наркотики помогают успокоиться», «выпить для меня – перезагрузка после рабочей недели»; в) разрешающие убеждения – мысли, которые позволяют или оправдывают употребление ПАВ «если ты приносишь в дом деньги, значит имеешь право немного расслабиться, употребив ПАВ», «раз в месяц можно себе позволить», «если ты не пьешь дома – это дозволительно». Диагностика и реструктуризация данных убеждений, которые способствуют укреплению зависимости и создают основу для срывов и рецидивов, составляет одну из целей психотерапевтических программ лечения зависимого поведения. Синонимично термину «убеждение» («belief») в отечественных работах часто используется термин «установка» («attitude»). В связи с недостаточной изученностью данной темы, было проведено пилотное исследование аддиктивных убеждений наркозависимых молодого возраста.

Цель исследования: выявление характерных аддиктивных убеждений наркозависимых, употребляющих психостимуляторы и опиоиды. База исследования: Городской Центр Психического здоровья акимата г. Нур-Султан, отделение платной реабилитации. Выборка: 17 пациентов мужского пола с наркотической зависимостью в возрасте 20-35 лет (средний возраст 25.17). Из них 8 человек с зависимостью от опиоидов (трамадол) и 9 человек с зависимостью от синтетических катинонов (дизайнерские наркотики, имеющие название «соли», «соли для ванн» и т.д.). Стаж употребления от полугода до 12 лет. 15 пациентов проходили лечение впервые, один пациент проходил реабилитацию второй раз и один пациент – в четвертый раз. Методы исследования: опросник аддиктивных убеждений А. Бека, опросник убеждений о тяге А. Бека и Ф. Райта, клиническое интервью. Подсчет баллов производился в программе SPSS 20.0 с применением методов описательной статистики и критерия Хи- квадрат.

Результаты исследования. Были выявлены некоторые дисфункциональные аддиктивные убеждения, свойственные зависимым данной выборки. 82,3% (14 человек из 17) респондентов выражают разную степень согласия с тем, что употребить психоактивные вещества их заставляет крейвинг; 29,4% респондентов в разной степени согласны с тем, что не смогут сделать жизнь приятной и веселой без употребления; 29,4% в той или иной степени считают, что они недостаточно сильные личности для того, чтобы прекратить употребление; 76,4% респондентов выражают разную степень согласия с тем, что крейвинг – это физическая реакция, поэтому с ней ничего нельзя сделать; 76,4% респондентов убеждены в том, что если не останавливать крейвинг, он будет становиться сильнее; 64,7% респондентов выражают разную степень согласия с тем, что когда человек действительно испытывает крейвинг, он не может нормально функционировать.

На следующем этапе исследования выявлены различия между некоторыми аддиктивными убеждениями у зависимых, употребляющих трамадол и зависимых, употребляющих «дизайнерские наркотики». 75% испытуемых из группы наркозависимых, принимающих опиоиды, выразили среднюю и высокую степень согласия с убеждением о том, что их жизнь станет депрессивной, если они прекратят употреблять психоактивные вещества. В то же самое время, в группе испытуемых, употребляющих синтетические катиноны, с данным убеждением согласилось только 22,2% испытуемых ( $p=0.0347$ ). 62,5% употребляющих опиоиды в средней и высокой степени, убеждены в том, что не смогут контролировать тревогу без употребления. В группе употребляющих «соли» с данным убеждением согласны только 11,1% ( $p=0.009$ ). 75% испытуемых из группы наркозависимых, принимающих опиоиды, выразили среднюю и высокую степень согласия с убеждением о том, что их жизнь станет депрессивной, если они прекратят употреблять психоактивные вещества. При этом, в группе испытуемых, употребляющих психостимуляторы, с данным убеждением согласилось только 22,2% испытуемых ( $p=0.0347$ ). 77,5% респондентов, употребляющих синтетические психостимуляторы, в средней и высокой степени убеждены в том, что наркотик для них не проблема. В выборке пациентов, употребляющих опиоиды, в этом убеждены 25% ( $p=0.0358$ ). Следует отметить, что данные, полученные на этой выборке

респондентов, могут не отражать тенденций генеральной совокупности, так как на них могут влиять разные факторы: срок трезвости, степень выраженности анозогнозии, физическое состояние, мотивация на выздоровление, количество госпитализаций и т.д., что необходимо учитывать при дальнейшем анализе.

Полученные данные можно объяснить несколькими факторами: первый заключается в возможно большем количестве пациентов с анозогнозией в выборке лиц, употребляющих психостимуляторы. Вторым объяснением могут послужить данные, полученные в ходе клинического интервью. Так, употребляющие опиоиды чаще говорили о мыслях о самостоятельном прекращении употребления и самостоятельных попытках прекратить употребление. Как правило, данные мысли посещают пациентов данной группы в периоды абстиненции «так плохо становится, что жить не хочется». Пациенты, употребляющие синтетические психостимуляторы, чаще отмечали, что в периоды употребления мысли о прекращении не возникают, а в периоды абстиненции мысли заняты поиском новой дозы вещества «бегаешь, ищешь, как собака, и ни о чем больше не думаешь». Предполагаем, что для лиц, употребляющих опиаты, более характерны «облегчающие состояние убеждения» или «relief-oriented beliefs», т.е. мотивом употребления чаще выступает желание облегчить негативное эмоциональное или физическое состояние. Для пациентов, употребляющих психостимуляторы «соли», более характерны предвосхищающие убеждения «anticipatory beliefs» – желание испытать эйфорию и приятные переживания.

Выявление и дифференцированная диагностика аддиктивных убеждений у лиц, употребляющих различные виды наркотических веществ, позволяет оказывать персонализированную психолого-психотерапевтическую помощь.

## НАРКОЛОГИЯ

### ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ

Абдрахманова А.Е., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*SOCIAL MEDIA ADDICTION AND PERSONAL ANXIETY*

*Abdrakhmanova A.E., Efremov I.S., Asadullin A.R.*

Актуальность и новизна. Социальные сети захватывают внимание и время пользователей по всему миру, проникая в самые разнообразные сферы повседневной жизни людей. По данным Digital 2021 October Global Statshot Report 4,55 миллиарда человек являются активными пользователями социальных сетей – это составляет 93,2% всех пользователей сети Интернет и 57,6% населения планеты. Показатели имеют тенденцию к непрерывному росту, что не может не вызывать обеспокоенность в научном сообществе.

На сегодняшний день существуют исследования, доказывающие связь между субъективным благополучием пользователей и различными типами поведения в социальных сетях (Lei Zhao, 2021). Проблемное использование социальных сетей имеет ряд признаков (заметность, изменение настроения, толерантность, симптом отмены, конфликт и рецидив), являющихся общими для всех видов зависимости. Предполагается, что оно формируется несколькими факторами, включая диспозиционное, социокультурное и поведенческое подкрепление (Andreassen C.S., 2015).

После включения в МКБ-11 диагноза «Игровое расстройство», споры о возможности выделения других видов нехимических зависимостей (в том числе Интернет-зависимости и зависимости от социальных сетей) в самостоятельные нозологические единицы приобрели новый виток развития. Одни авторы предупреждают об опасности причисления таких поведенческих расстройств к числу болезненных патологий ввиду риска применения необоснованной психофармакотерапии и электросудорожной терапии с целью их купирования (Менделевич В.Д., 2018). Другие считают: все аддиктивные расстройства имеют общие генетические и нейробиологические закономерности и, соответственно, все они могут быть признаны расстройствами (Егоров А.Ю., 2019).

Склонность к тревожности является характерной чертой лиц с зависимым поведением. У лиц, злоупотребляющих алкоголем, она может быть, как признаком алкогольной абстиненции, так и коморбидным расстройством (Сиволап Ю.П., 2018). Активно изучается роль тревожности и в развитии

нехимических зависимостей – однако, большая часть исследований сконцентрирована на изучении взаимосвязи тревожности и проблемным использованием смартфонов или Интернета. Социальные сети, ввиду тесного соприкосновения с разными аспектами жизни пользователей, затрагивающего механизмы социального одобрения и поведенческого подкрепления, требуют отдельного рассмотрения во взаимосвязи с аффективными расстройствами, что объясняет актуальность и новизну данного исследования.

Цель и задачи. Целью данного пилотного исследования было определить распространенность зависимости от социальных сетей среди респондентов, её взаимосвязь с полом, типом активности респондентов в социальных сетях и их уровнем личностной тревожности.

Материалы и методы исследования. Участниками исследования были 771 русскоязычных Интернет-пользователя, среди которых, 65,6% (506/771) женщин, 34,4% (265/771) мужчин, приглашенных к участию в исследовании путём рассылки приглашений на электронную почту и размещением объявлений в социальных сетях. Респондентам предлагалось заполнить специально созданный опрос на платформе forms.google.com.

Возраст респондентов находился в пределах от 18 до 68 лет, средний возраст составил =  $23,61 \pm 7,54$  лет. Распределение семейного положения было следующим: замужем/женат – 16,21% (125/771), состоят в отношениях, не зарегистрированных официально - 35,67% (275/771), не состоят в официальном браке и отношениях – 48,11% (371/771). Род занятий у респондентов: военнослужащий, работник правоохранительных органов – 1,04% (8/771), пенсионер – 0,4% (3/771), предприниматель/самозанятый – 5,58% (43/771), рабочий (в том числе сельскохозяйственного предприятия) – 6,87% (53/771), руководитель, управленческий работник – 6,1% (47/771), специалист без руководящих функций – 19,07% (147/771), студент ВУЗа – 52,8% (407/771), студент СУЗа - 3,11% (24/771), безработный/временно не работающий – 5,06% (39/771). Уровень дохода участников исследования распределялся следующим образом: до 10 000 рублей – 16,99% (131/771), 11 000 – 20 000 рублей – 20,88% (161/771), 21 000 – 40 000 рублей - 28,92% (223/771), 41 000 – 60 000 рублей – 12,84 % (99/771), 61 000 – 80 000 рублей – 7,26% (56/771), 81 000 – 100 000 рублей – 6,22% (48/771), 101 000 – 149 000 рублей – 3,11% (24/771), свыше 150 000 рублей – 3,76% (29/771).

Заполняемая респондентами анкета включала в себя три раздела. Первый раздел позволял узнать пол и возраст участника исследования, семейное положение, род занятий, средний доход, предпочитаемую социальную сеть и тип пользовательской активности участника исследования в социальной сети (последний пункт определялся через вопросы «Какой социальной сетью вы пользуетесь чаще всего?» и «Как часто Вы выкладываете контент, созданный самостоятельно? с предлагаемыми вариантами ответов»). Второй раздел включал Бергенскую шкалу зависимости от социальных сетей (BSMAS, 2016). Третий раздел позволял оценить уровень личностной тревожности с помощью шкалы оценки уровня личностной тревожности Ч. Спилбергера – Ю. Ханина (1976).

Статистическая обработка проводилась с применением программных пакетов STATISTICA 10, Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 26. Различия признавали статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. При анализе результатов, полученных с применением шкалы BSMAS, было выявлено следующее. В исследуемой выборке 15,3% (118/771) респондентов имели признаки зависимости от социальных сетей. Респонденты с признаками зависимости от социальных сетей чаще встречалось среди лиц женского пола (95/118; 80%), по сравнению с мужчинами (23/118; 20%) (Хи-квадрат = 13,674;  $p = 0,000$ ). Эти респонденты составили основную группу. У большинства испытуемых (653/771; 84,7%) признаков зависимости обнаружено не было, они составили контрольную группу. Преобладание лиц женского пола среди лиц с признаками зависимости от социальных сетей может быть связано с их преобладанием в выборке. Возрастных отличий в группах с признаками зависимости и без таковых обнаружено не было.

При проведении анализа результатов по шкале BSMAS и типа пользовательской активности в социальных сетях было произведено сравнение с применением критерия Краскела-Уоллиса. Было выявлено, что наибольшие баллы набрали пользователи, которые самостоятельно выкладывают контент в сеть, наименьший балл – пользователи, которые используют социальные сети только для общения ( $N = 60,8$ ;  $p = 0,0000$ ).

При анализе результатов, полученных с применением шкалы личностной тревожности Ч. Спилбергера – Ю.Ханина было выявлено следующее. В исследуемой группе у 10,1% (78/771) респондентов уровень личностной тревожности соответствует низкому, 46,9% (362/771) - среднему, 42,9% (331/771) – высокому. Выраженность личностной тревожности преобладала среди лиц женского пола ( $U = 43691,5$ ;

$p=0,000$ ).

При сравнении выраженности личностной тревожности у респондентов основной и контрольной группы с применением U-критерия Манна-Уитни были обнаружены статистически значимые различия. В группе респондентов с признаками зависимости от социальных сетей личностная тревожность выражена в большей степени ( $U=19760,5$ ;  $p=0,000$ ). При применении метода ранговой корреляции Спирмена была обнаружена статистически значимая положительная корреляционная связь между результатом по шкале BSMAS и результатами по шкале личностной тревожности Спилбергера-Ханина ( $R=0,47$ ;  $p=0,000$ ). Выводы. Таким образом, по результатам пилотного исследования можно сделать выводы. Признаки зависимости от социальных сетей встречались у 16% респондентов в пилотном исследовании. Признаки зависимости от социальных сетей характерны для лиц женского пола, а также для тех, кто использует социальные сети для выкладывания контента. Также мы определили, что наличие признаков зависимости от социальных сетей связано прямой корреляционной связью с личностной тревожностью. Планируется продолжить исследование с расширением выборки и проведением более глубокого анализа.

## **ДИНАМИКА ДЕТЕКЦИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЗА 2013 – 2021 ГГ. НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН**

**Асадуллин А.Р., Ефремов И.С., Галеева Е.Х., Николаев И.В.**

Республиканский клинический психотерапевтический центр Минздрава РБ  
Уфа

*DYNAMICS OF DETECTION OF NARCOTIC SUBSTANCES FOR 2013-2021 ON THE EXAMPLE OF THE  
REPUBLIC OF BASHKORTOSTAN*

*Asadullin A.R., Efremov I.S., Galeeva E.H., Nikolaev I.V.*

Потребление наркотиков остается крайне актуальной проблемой для современного общества (Кошкина Е.А., 2020; Брюн Е.А., 2021). Одним из спорных аспектов является трудность оценки объема и разнообразия групп потребляемых наркотических средств в популяции. Для этого может быть использовано множество методов, среди которых самыми популярными являются анкетирование, исследование биологических жидкостей (Kinyua J et al., 2015; Castiglioni S. et al., 2021). На настоящий момент не так много работ изучали наркотизацию населения по прямым признакам – количеству обнаруженных веществ в пробах, взятых от лиц, проходивших наркологическую экспертизу. В работе крупными мазками будет показана картина наркотизации населения в Республике Башкортостан и её динамика в 2013-2021 годах.

Цель. Оценить динамику потребления групп психоактивных веществ среди населения Республики Башкортостан за 2013-2021 года по данным лабораторных исследований.

Материалы и методы. Материалом стали образцы мочи, собранные у лиц, направленных на наркологическую экспертизу с 2013 по 2021 год. Материалы собирались со всей территории Республики Башкортостан. Исследование проводилось на базе единой химико-токсикологической лаборатории ГБУЗ РНД№1 МинЗдрава РБ. В исследование было включено 27022 человек. Средний возраст обследуемых составил  $33,35 \pm 9,149$ . В исследуемой выборке 2971 – женского пола, 24051 – мужского. Можно сделать вывод, что среди потребителей значительно больше мужчин, нежели женщин (Хи-квадрат = 669,183;  $p=0,000$ ). В качестве предварительного метода обнаружения веществ использовали иммунохроматографический анализ. В качестве подтверждающего метода применялась газовая хроматография с масс-селективной детекцией. Критериями включения в окончательную выборку стало: обнаружение в образце мочи одного и более психоактивного вещества: бензодиазепинов, барбитуратов, опиатов, каннабиноидов, психостимуляторов (за исключением кофеина); возраст старше 18 лет. Критериями невключения стали: возраст меньше 18 лет; отсутствие в образце вышеуказанных веществ. Систематизация исходных данных проводилась в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы IBM SPSS Statistics v.26 (разработчик - IBM Corporation). В качестве метода оценки нормальности распределения количественных величин использовался критерий Шапиро-Уилка. При оценке частот был использован критерий Хи-квадрат Пирсона. При сравнении количественных переменных в нескольких группах был использован однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA).



Результаты и обсуждение. Потребление ПАВ распределилось следующим образом. У 9,2% (2479) респондентов выявили употребление более чем одной группы веществ, у остальных 90,8% обнаружилось употребление только одной группы. Больше всего было потребителей стимуляторов, 40,5% (10932/27022), среди них было 13,6% (1488/10932) лиц женского пола и 86,4% (9444/10932) мужского пола. Каннабиноиды были обнаружены у 23,8% (6442/27022) испытуемых, среди них 3,2% (210/6442) женского пола, 96,8% (6232/6442) мужского. Опиаты обнаружены у 14,6% потребителей (3943/27022), среди них 12,6% (500/3943) женского пола, 87,4% (3443/3943) мужского пола. Лиц, потреблявших седативные вещества (барбитураты и бензодиазепины) было 11,9% (3223/27022), среди них 18% (580/3223) женского пола, 82% (2643/3223) мужского пола. В группу лиц, у кого было выявлено потребление более чем одного вещества, было включено 2482 человек (9,2%), среди них 7,7% (193/2482) женского пола и 92,3% (2286/2482) мужского пола. Потребление седативных средств (барбитураты, бензодиазепины) совместно с другими ПАВ не учитывалась как полиупотребление.

При сравнении возраста потребителей различных веществ был применен однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), обнаружены статистически значимые отличия ( $F(4, 24597)=718,09$ ,  $p=0,0000$ ). Наиболее молодые потребители предпочитали каннабиноиды ( $29,96\pm 8,22$ ). Самые старшие отдавали предпочтение группам опиатов ( $37,79\pm 8,87$ ) и седативных веществ ( $38\pm 12,26$ ). Средний возраст потребителей психостимуляторов и полипотребителей был  $32,14\pm 7,73$  и  $33,33\pm 7,64$  соответственно.

Распределение выявленных потребителей по годам было следующее: 2013 г. – 3003; 2014 г. – 3849; 2015 – 2721; 2016 – 3580; 2017 – 3806; 2018 – 3104; 2019 – 2375; 2020 – 1943; 2021 – 2641. По приведенным цифрам можно увидеть, что в период начала пандемии новой коронавирусной инфекции (2020) произошло снижение потребления, тогда как в 2021 году потребление ПАВ снова возросло.

Опиаты. К сожалению, количество потребителей опиатов не уменьшается в последние годы, не смотря на некоторое снижение в 2015 и 2016 года (в 2013 – 622 человека; 2014 – 534; 2015 – 310; 2016 – 310). В 2017 и 2018 года снова отмечался рост (598 и 484 соответственно). В 2019 году число потребителей составило 363, 2020 – 326 и 2021 – 393. При этом изменился спектр потребляемых веществ. С 2015 года отмечается резкое снижение дезоморфина («крокодил») с 129 в 2013 и 125 в 2014 до 11 в 2016 и 32 в 2016. В дальнейшем не встречалось более 30 случаев обнаружения дезоморфина в год, в 2021 году их было 3. Обратная ситуация касается героина, потребление которого выросло с 7 человек в 2013 до 114 в 2017. Далее следовало падение в 2019 году, с последующим ростом до 121 случая в 2021. Прочие опиаты (морфин, промедол, метадон и др.) остаются на уровне выше 300 случаев в год с повышением в 2017, 2018 и 2021 годах. 11% (440/3943) потребителей опиатов также использовали седативные вещества (бензодиазепины или барбитураты).

Каннабиноиды. Пик потребления каннабиноидов был в 2014 году (950) с дальнейшим постепенным снижением к 2020 (490) и повторным повышением до 634 в 2021 году. Пик синтетических каннабиноидов приходится на 2016 год (498), с резким снижением до 26 в 2019 году и небольшим повышением до 65 и 61 в 2020 и 2021 году соответственно. Во все годы кроме 2016 преобладает потребление естественных каннабиноидов, постепенно увеличиваясь к 2019 году до 724 и снижаясь в 2020 году до 425 (вероятно, это связано с пандемией). В 2021 году было выявлено 573 случая потребления естественных каннабиноидов в качестве моновещества.

Седативные препараты. В этой группе рассматривалось потребление бензодиазепинов и барбитуратов, для которых характерны схожие тенденции, поэтому мы рассмотрим их вместе. Постепенный рост от 268 в 2013 до 730 в 2017 году с последующим снижением до 125 в 2020 и 123 в 2021 году. Особенностью потребителей седативных веществ можно назвать большее количество женщин по сравнению с другими группами (относительно мужчин), процентные соотношения приводились выше.

Психостимуляторы. Стимуляторы самая многочисленная группа потребляемых веществ. В группу стимуляторов входит широкий спектр веществ, которые мы разделили на синтетические катиноны (мефедрон, альфа-ПВП и др.) и все прочие (амфетамин, первитин и др.). Львиную долю рынка занимают катиноны (97%). Общее количество стимуляторов снижалось с 2016 года (1478) до 2020 года (711) с дальнейшим повышением в 2021 году до 985. Для катинонов характерна указанная тенденция. Потребление прочих стимуляторов сохраняется в диапазоне от 21 до 50 ежегодно, за исключением роста в 2020 году до 86.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что потребление наркотиков на территории Республики Башкортостан не уменьшается, меняется лишь его структура. Также мы выявили возрастные и половые отличия в потреблении ПАВ. Представленные данные носят обзорный характер и требуют дальнейшего глубокого изучения.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОГИ И НАРУШЕНИЯ СНА В ОТСУТСТВИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Астапович Е.О., Березина А.А., Рыбакова К.В., Гончаров О.В., Крупицкий Е.М.

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

Санкт-Петербург

*THE RELATIONSHIP OF ANXIETY AND SLEEP DISORDERS IN THE ABSENCE OF THERAPY AMONG PATIENTS WITH ALCOHOL ADDICTION*

*Astapovich E.O., Berezina A.A., Rybakova K.V., Goncharov O.V., Krupitsky E.M.*

Наличие тревожных расстройств и нарушений сна у пациентов с алкогольной зависимостью выступает фактором рецидива аддиктивного заболевания.

Цель исследования изучение выраженности уровня тревоги и нарушений сна, а также их взаимосвязь у детоксцированных пациентов с алкогольной зависимостью, не получающих психофармакотерапию.

Процедуры исследования. Проведено сравнительное исследование состояния больных с алкогольной зависимостью на первой и третьей неделе после завершения детоксикации, не получающих психофармакотерапию. Выборку исследования составили 60 человек, 13 (21,67%) женщин и 47 мужчин (78,33%). Неполное среднее образование имели 3 человека (5%), среднее – 18 (30%), незаконченное высшее – 2 (3,3%), высшее – 37 (61,7%). Работали 45 человек (75%), не работали 15 человек (25%). Характер потребления алкоголя: постоянная форма – 16 человек (26,7%), запойная форма – 42 (70%), перемежающаяся форма – 2 (3,2%) Виды нарушений сна: трудности засыпания - 29 человек (48,3%), поверхностный сон с частыми пробуждениями ночью – 22 (36,7%), раннее пробуждение – 9 (15%). Средний возраст участников составил  $42,52 \pm 9,45 (M \pm \sigma)$ . Основными методами исследования выступили: полуструктурированное интервью (социально-демографические характеристики), шкала тревоги Гамильтона для оценки уровня тревоги; Питтсбургская шкала качества сна и опросник Индекс тяжести инсомнии для оценки нарушений сна. Основными методами математико-статистической обработки выступили критерий корреляций r-Спирмена и критерий t-Вилкоксона для сравнения двух зависимых групп.

Результаты. Для первого визита медиана по шкале тревоги Гамильтона составила 20 [16,00; 34,00; 25,00], что соответствует высокому уровню тревоги, для второго визита – 20 [16,00; 34,00]. Медиана по показателю качества сна в первом визите составила 30 [27,00; 34,00], для второго визита - 30 [27,00; 34,00], что в обоих случаях соответствует плохому качеству сна; по показателю тяжести инсомнии в первый визит – 18 [14,25; 21,00], во втором визите – 18 [14,25; 21,00], что характеризует умеренно выраженные нарушения сна. Показатели уровня тревоги по шкале Гамильтона ( $p=1,00$ ), показатели сна по Питтсбургской шкале качества сна ( $p=0,67$ ) и данные опросника Индекса тяжести инсомнии ( $p=0,20$ ) значимо не различались на 1 и 3 неделе. Высокие показатели уровня тревоги в первом визите коррелировали с плохим качеством сна ( $p=0,03$ ), тяжестью инсомнии ( $p=0,02$ ). Такой же характер связей наблюдался во втором визите ( $p=0,023$  и  $p=0,016$  соответственно).

Заключение. Различий в показателях тревоги и нарушений сна в динамике наблюдения выявлено не было, обнаружена значимая связь между показателями тревоги и нарушений сна при отсутствии психофармакотерапии.

# ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ С СИМПТОМАМИ СДВГ

Ахметова Э.А.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»  
Минздрава России

Уфа

*A STUDY OF THE PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT USERS OF SYNTHETIC CANNABINOIDS WITH SYMPTOMS OF ADHD*

*Akhmetova E.A.*

Наряду с активным ростом употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) среди молодой части населения, в том числе и подростков, одним из грозных явлений остается развитие различных расстройств поведения в детском возрасте. Одним из таких расстройств является синдром дефицита внимания с гиперактивностью (далее – СДВГ). СДВГ является наиболее распространенным расстройством поведения, развивающееся в детском возрасте с приблизительной распространенностью 5% среди детей во всем мире и 2,5% среди взрослых. Зачастую, дети с СДВГ испытывают трудности в социальном функционировании в школе, с друзьями и прочее. При этом, зачастую СДВГ и расстройства, связанные с употреблением ПАВ достаточно часто коморбидными состояниями и взаимно утяжеляют течение друг друга.

Целью данного исследования являлось изучение психосоциальных особенностей подростков-потребителей синтетических каннабиноидов (далее – СКБ) с симптомами СДВГ.

Материалы и методы исследования.

Объектом исследования являются результаты социально-психологического тестирования 8859 респондентов-учащихся среднеобразовательных учреждений РБ 13–18 лет.

Было проведено социально-психологическое тестирование 8859 учащихся в возрасте 13–18 лет из 131 общеобразовательной организации десяти муниципальных районов (согласно основным законодательствам РФ в сфере защиты прав детей, а также, проведения тестирования обучающихся в школах). Концепция и алгоритм социально-психологического тестирования утвержден в приказе Министерства образования и науки Российской Федерации от 16 июня 2014 г. № 658 «Об утверждении порядка проведения социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования».

В соответствии с приказом Министерства образования РБ (от 07.09.2015; № 1755) по данной методике с 7 сентября по 10 сентября 2015 года в РБ в онлайн-режиме было проведено социально-психологическое тестирование в 131 общеобразовательных организациях 8-и муниципальных районов и 3-х городских округах Республики Башкортостан. (Согласно ФЗ от 27.07.2006 № 149-ФЗ (ред. от 25.11.2017) «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» и ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 29.07.2017) «О персональных данных»).

Социально-психологическое тестирование. Методика представляет собой опросник, состоящий из 159 утверждений, последовательно выводимых на экран монитора, на которые испытуемый должен дать утвердительный или отрицательный ответ. После завершения тестирования каждого школьника, информация автоматически передавалась на защищенные серверы министерства образования РБ. В основу социально-психологического тестирования учащихся положены опросник Кеттелла, рекомендованный Министерством образования и науки РФ, авторские вопросы, разработанные для анализа социо-психологических особенностей потребителей ПАВ, а также, вопросы, характеризующие диагностические критерии СДВГ, согласно МКБ-10.

Специальные критерии включения и исключения респондентов не разрабатывались. Использовался метод сплошной выборки. Объем выборки был рассчитан по формуле, предложенной экспертами Всемирной организации здравоохранения для исследований по созданию программ развития здоровья (The STEPS Sample Size Calculator).

Методы статистической обработки данных. Обработка полученных данных проведена с помощью программы Statistica ver. 6.1 (Stat. Soft, США, Serial number AXXR902E261711FAN4).

- Достоверность различий измерений факторов, выявленных с помощью факторного анализа, в группах обследуемых, выбиравших различные варианты ответа на вопросы анкеты, оценивали с помощью F-критерия Р. Фишера.
- Взаимосвязь ответов на вопросы анкеты оценивали с использованием непараметрического критерия Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования. Из исследования были исключены 872 анкеты в связи с нарушением методики тестирования. Оставшиеся анкеты (7987 шт.) разделены на две группы: подростки, отрицающие факт употребления любых ПАВ (кроме алкоголя) – 7581 шт.; из них 4173 анкеты девочек (52,3%) и 3408 анкет (42,7%) – мальчиков; подростки, утверждающие, что употребляли наркотические вещества один и/или более раз – 406 шт.; из них, 162 анкеты (2%) девочек и 244 (3%) – мальчиков.

Далее, было получено, что симптомы СДВГ, согласно тестированию, обнаружены у 367 (4,6 %) респондентов – потребителей СКБ. При этом, достоверных значений не выявлено. Однако, при распределении данной выборки, согласно половой принадлежности, получили следующее. Подростки мужского пола, с наличием симптомов СДВГ, согласно опросу и потребители СКБ достоверно чаще выявлены по сравнению с девочками из аналогичной группы – 21 человек (0,28%) напротив 14 человек (0,2%), соответственно ( $\chi^2=34,65$ ;  $p=0,0001$ ;  $df=4$ ).

При попытке анализа ответов респондентов об опыте употребления алкоголя, также не было получено статистически значимых данных. Однако, картина вновь поменялась при распределении выборки по признаку полу. Получено, что подростки мужского пола потребители СКБ, при этом с симптомами СДВГ, ответили, что употребляют алкоголь 3-4 и более раз в месяц в 0,4% случаев – 29 человек, по сравнению с девочками из аналогичной группы – 16 человек (0,2%) ( $\chi^2=70,85$ ;  $p=0,0000$ ;  $df=10$ ).

Анализируя ответы на вопрос, возникали ли мысли или попытки суицида, получено следующее. Подростки-потребители СКБ с наличием симптомов СДВГ, согласно опросу, достоверно чаще отметили, что у них возникали мысли о суициде, по сравнению с подростками-потребителями, но без симптомов СДВГ – 91 человек (1,2%), по сравнению с 7 респондентами (0,1%). В то же время, непосредственно попытка суицида достоверно реже встречалась среди подростков – потребителей СКБ с наличием симптомов СДВГ, согласно опросу, по сравнению с подростками-потребителями СКБ без симптомов СДВГ – 34 человека (0,5%), по сравнению с 4 респондентами (0,05%) ( $\chi^2=586,48$ ;  $p=0,0000$ ;  $df=10$ ).

Таким образом, получено, что подростки, проявляющие симптомы СДВГ даже по результатам онлайн-опроса, находятся в группе риска по развитию и формированию различных расстройств поведения, таких как, употребление психоактивных веществ, а также наличие суицидальных тенденций.

## **ПОДРОСТКОВАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АЛКОГОЛЮ: ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ**

**Бабушкина Е.И., Сиденкова А.П.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*ADOLESCENT ADDICTION TO ALCOHOL: FEATURES AND TRENDS IN YEKATERINBURG*

*Babushkina E.I., Sidenkova A.P.*

Алкоголизация подростков является социальным индикатором общества. Раннее употребление алкоголя пагубно влияет на физическое и психическое здоровье подростков, способствуя формированию алкогольной зависимости и повышению риска развития хронических заболеваний.

На протяжении последних 14 лет в Российской Федерации, так и в Свердловской области прослеживается тенденция снижения уровня заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя среди подростков.

Так за период 2005-2019гг. в РФ подростковая заболеваемость данной патологией снизилась в 17 раз и составила 1,08 чел. на 100 тыс. подросткового населения, в Свердловской области – снизилась в 8 раз и составила 3,97 пациента на 100 тыс. подросткового населения области. При этом необходимо отметить, что подростковая заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя в области на протяжении этих лет превышает среднероссийский показатель в 1,7-3,7 раза.

Значимость проблемы алкоголизации подростков сохраняется в связи с тем, что среди подростков, наблюдающихся в амбулаторной наркологической службе, преобладают пациенты, с несформированной зависимостью от алкоголя (вредные последствия употребления алкоголя). Так, в 2019 году в

Свердловской области удельный вес этих пациентов составил 43% от общего числа подростков, зарегистрированных наркологической службой.

Таким образом, Свердловская область относится к территориям с уровнем подросткового потребления алкогольных напитков выше среднего российского показателя.

В 2019-2020 гг. в г. Екатеринбурге проводилось исследование частоты распространённости потребления психоактивных веществ среди учащихся 9-11 классов образовательных школ, в котором участвовало 1016 подростков: девушек 42,8% и юношей 57,2%.

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

**Результаты и обсуждение**

В своей статье мы остановимся на результатах, касающихся употребления алкогольных напитков. Большинство подростков, участвующих в исследовании, проживают в полных семьях (девушки – 75,4%; юноши – 80,5%), в которых оба родителя принимают участие в воспитании своих детей (девушки – 51,5%; юноши – 64,1%).

Возраст приобщения подростков начинается в 10 лет и ранее. Причем в этом возрастном интервале «до 10 лет и ранее» девушки приобщаются к спиртным напиткам в 1,8 раза чаще (6,7%), чем юноши (3,7%), что является одним из показателей неблагоприятной алкогольной ситуации. Наиболее интенсивное приобщение к алкоголю школьников начинается с 11-12 лет, достигая пика у девушек в 13-14 лет (17,7%).

Чаще мотивом употребления алкоголя у подростков выступают семейные традиции – семейные торжества и праздники.

В связи с этой традицией, впервые попробовали алкоголь 36,1% девушек и 23,9% юношей, тогда как в компании друзей – 9,4% юношей и 4,5% девушек.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о необходимости более раннего включения подростков и членов их семей в психообразовательные программы с целью восполнения информационного (медицинского) дефицита знаний; обучения подростков и членов их семей умению распознавать первые признаки заболевания.

При исследовании авторами были обнаружены некоторые гендерные отличия в структуре алкогольной социализации подростков.

Первой пробой у юношей чаще является пиво (17,2%) и вино (14,5%). У девушек выявлены следующие отличия – шампанское (25,3%) и вино (16,1%). Преобладание в алкогольной социализации девушек-респондентов шампанского объясняется тем, что оно является «праздничным» напитком, присутствующим практически всегда на семейных праздниках. Преобладание у юношей пива и вина, связано с тем, что эти напитки являются недорогими и легкодоступными в приобретении. Необходимо отметить, что в структуре алкогольной социализации подростков, водка и крепкие спиртные напитки занимают достаточно не высокий уровень: у 5,8% юношей и 4,5% девушек. Но тем не менее, наличие в структуре алкогольной социализации подростков крепких алкогольных напитков указывает на неблагоприятную алкогольную ситуацию.

При анкетировании было выявлено и различное отношение подростков к употреблению алкогольных напитков. Так 59% девушек и 65% юношей (от общего числа респондентов) отрицательно относятся к алкоголю и считают его вредным для здоровья. Тогда как 26% девушек и 17% юношей считают, что употребление качественных алкогольных напитков в умеренных объемах не приносит вреда человеку, а 11% подростков – «точно не уверены во вреде алкоголя». Причем около 3% девушек и 6% юношей считают алкоголь безвредным для здоровья.

Таким образом подростки, не отрицающие вредное действие алкоголя на организм, нуждаются как можно в более раннем включении их в программы по алкогольному просвещению.

Большое значение для подростков имеет отношение их друзей к употреблению алкоголя. Было выявлено, что 10,3% девушек и 8,1% юношей одобряют употребление алкоголя и считают это нормальным, а 1/3 подростков безразлично относится к употреблению друзьями алкогольных напитков. Только четвертая часть подростков, участвующих в исследовании (юноши – 28,7%, девушки – 19,5%) с осуждением относятся к лицам, употребляющим алкогольные напитки.

Таким образом, результаты, полученные при исследовании подростков, возможно использовать при разработке программ по антиалкогольному просвещению и при разработке программах по первичной профилактике алкогольной зависимости в подростковой среде.

## ПРИМЕНЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ НИКОТИНОВЫХ АГОНИСТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ВИЧ

Блохина Е.А., Ярославцева Т.С., Ветрова М.В., Бушара Н.М., Палаткин В.Я.,  
Васильева Ж.В., Ченг Д.М., Тиндл Х., Фрайберг М., Крупицкий Е.М.  
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Санкт-Петербург

*USE OF PARTIAL NICOTINE AGONISTS TO REDUCE ALCOHOL CONSUMPTION AND TOBACCO USE IN PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER AND HIV*

*Blokhina E.A., Yaroslavtseva T.S., Vetrova M.V., Bushara N.M., Palatkin V.Y., Vasilieva J.V., Cheng D.M., Tindle H., Freiberg M., Krupitsky E.M.*

Злоупотребление алкоголем и курение сигарет широко распространено в России и в мире и связано с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертности. В основе патогенеза сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с алкогольной зависимостью лежит процесс воспаления, который особенно быстро развивается при сопутствующей ВИЧ-инфекции и курении. Коморбидность алкогольной зависимости, никотиновой зависимости и ВИЧ-инфекции повышает риск развития летального исхода. Для лечения табачной зависимости широко применяются парциальные агонисты никотиновых рецепторов, в частности варениклин и цитизин. В нескольких клинических исследованиях было показано, что варениклин эффективен не только в отношении курения, но и позволяет снизить количество употребляемого алкоголя, сократить количество дней тяжелого пьянства, а также уменьшить влечение к употреблению алкоголя. В доклинических исследованиях было продемонстрировано, что введение цитизина также приводит к сокращению количества употребляемого алкоголя у крыс. Целью исследования была сравнительная оценка эффективности парциальных никотиновых агонистов варениклина и цитизина в отношении употребления алкоголя, табака у курильщиков с алкогольной зависимостью и ВИЧ.

В двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование было включено 400 курильщиков с синдромом зависимости от алкоголя и ВИЧ. Пациенты были рандомизированы в 4 исследуемые группы для получения фармакотерапии: 1) варениклин + плацебо никотин-заместительная терапия (НЗТ); 2) плацебо варениклин + НЗТ; 3) цитизин + плацебо НЗТ; 4) плацебо цитизин + НЗТ. НЗТ была выбрана в качестве контроля как средство, не оказывающее прямого влияния на употребление алкоголя. Продолжительность фармакотерапии составила 12 недель в группах варениклина и 25 дней в группах цитизина. Межгрупповые сравнения были проведены между группами 1 и 2; 3 и 4; и 1 и 3. В качестве основного показателя эффективности терапии было выбрано количество дней тяжелого пьянства (для мужчин  $\geq 5$  стандартных порций алкоголя; для женщин  $\geq 4$  стандартных порции алкоголя в день) за последние 30 дней через 3 месяца лечения. Вторичные показатели включали воздержание от употребления алкоголя (подтвержденное биохимическим методом, уровень фосфатидилэтанола  $< 8$  нг/мл) через 3 месяца лечения и воздержание от курения (подтвержденное биохимическим методом, уровень СО  $< 10$  ppm) через 6 месяцев лечения. Статистический анализ был проведен по принципу intention-to-treat.

Среди пациентов, включенных в исследование, 66% составляли мужчины, средний возраст участников был 39 лет, количество выкуриваемых сигарет в день в среднем 21 [SD=13], и имели в среднем 9.3 [SD=5.8] дней тяжелого пьянства за последние 30 дней. Через 3 месяца после начала лечения употребление алкоголя существенно снизилось во всех группах независимо от рандомизации. Так, количество дней тяжелого пьянства за последние 30 дней в группе 1 составило 1.9 [SD=3.6]; в группе 2 – 2.0 [4.2]; в группе 3 – 1.4 [3.3]; в группе 4 – 2.3 [5.3]; результаты межгруппового сравнения по количеству дней тяжелого пьянства: 1 vs 2 коэффициент заболеваемости (IRR) 0.91; 95%CI 0.51-1.65,  $p=0.76$ ; 3 vs 4 IRR 0.68; 95%CI (0.37-1.23),  $p=0.60$ ; 1 vs 3 IRR 1.12 (0.62, 2.03)  $p=0.76$ . Через 6 месяцев исследования от курения воздерживались 14% участников в группе 1; 16% в группе 2; 21% в группе 3 и 20% в группе 4, статистически значимых различий между группами не обнаружено. Было показано, что среди пациентов бросивших курить, количество дней тяжелого пьянства было меньше, также эти участники в большем проценте воздерживались от алкоголя (по сравнению с курильщиками): через 3 месяца – 0.6 (1.4), 37% vs. 2.3 (4.6), 18%; через 6 месяцев – 1.0 (3.5), 58% vs. 1.7 (3.8), 30%; через 12 месяцев наблюдения – 0.9 (2.7), 53% vs. 2.6 (6.0), 35%.

Выводы: У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и ВИЧ при применении парциальных никотиновых агонистов и никотин-заместительной терапии наблюдалось снижение употребления алкоголя и сокращение курения в течение 12 месяцев исследования, однако разницы между эффективностью варениклина, цитизина и НЗТ не обнаружено. Следует отметить, что среди пациентов бросивших курить (по сравнению с курильщиками), процент воздержания от употребления алкоголя был существенно выше.

## **СОЧЕТАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19 В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020 Г.**

**Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Вышинский К.В.**

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

### *COMBINED USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES DURING THE COVID-19 EPIDEMIC IN THE RUSSIAN FEDERATION IN 2020*

*Bobkov E.N., Kirzhanova V.V., Vyshinsky K.V.*

Известно, что сочетанное употребление психоактивных веществ (ПАВ) является широко распространённым явлением среди той части населения, которая допускает употребление различных наркотических и психотропных веществ (НиПВ) в немедицинских целях, включая пациентов наркологических учреждений. Проблему осложняет высокая распространённость употребления алкоголя и его легкая доступность. Сочетанное употребление алкоголя и наркотиков усугубляет их токсическое воздействие, нередко приводя к смертельным исходам. По последним данным отделения острых отравлений НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, в 2020 году значительно увеличилась частота передозировок синтетическими наркотиками и сочетаниями НиПВ разных групп. В первые три месяца эпидемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в России также значительно (в 4 раза) увеличилось количество алкогольных интоксикаций, отравлений НиПВ, особенно при различных их сочетаниях и в комбинации с алкоголем (Белова М.В. и соавт., 2021). Имеющаяся в наличии официальная статистическая информация, основанная на кодах МКБ-10, не позволяет в достаточной степени оценить феномен сочетанного употребления ПАВ. Вышеперечисленные факты подтверждают актуальность углублённого изучения данной проблемы и другими доступными методами, одним из которых может служить опрос экспертов.

Цель. Изучить картину сочетанного употребления наркотических средств, психотропных веществ и алкоголя) в России в 2020 году на основе опроса экспертов региональных наркологических служб.

Материалы и методы. В 2021 г. проведен анонимный заочный опрос экспертов из числа сотрудников наркологической службы (врачей психиатров-наркологов и организаторов здравоохранения). Экспертам по электронной почте был разослан опросник для изучения особенностей распространенности употребления ПАВ в России в период эпидемии COVID-19 (по итогам 2020 г.). Ряд вопросов касался оценки распространенности сочетанного употребления как контролируемых ПАВ (НиПВ), так и их сочетанного употребления с алкоголем. Всего в исследовании приняли участие 135 экспертов из 74 регионов всех федеральных округов. На вопрос о степени распространённости сочетанного употребления различных ПАВ среди пациентов наркологических учреждений ответы были получены от 131 респондента из 72 регионов, что составляет 85% общего числа субъектов РФ. Обработка результатов исследования проводилась с использованием лицензионных программ MS Excel и IBM SPSS.

Результаты. Около половины опрошенных экспертов (52,7%) согласились с утверждением, что сочетанное употребление ПАВ имеет широкое распространение среди пациентов наркологических учреждений их региона. Примерно треть экспертов считали, что данное явление распространено в их регионе не очень широко (32,8%), а 14,5% экспертов полагали, что распространённость сочетанного употребления мала или данное явление практически отсутствует.

На открытый вопрос с просьбой перечислить наиболее часто используемые потребителями ПАВ сочетания НиПВ, в том числе, употребляемых с алкоголем. Было получено 303 ответа от 120 экспертов, которые указали от 1 до 4-х сочетаний. Для последующего анализа был использован 291 релевантный ответ. Были указаны многочисленные варианты сочетаний НиПВ и их отдельных наименований. Проведена сортировка психоактивных веществ и их комбинаций на две группы. В первую группу – группу наркотических веществ – вошли ПАВ, перечисленные в списке наркотических средств Перечня

наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (далее «наркотики»), а во вторую – группу психотропных веществ и их прекурсоров – вещества, входящие в список психотропных веществ вышеуказанного Перечня (далее – «лекарства»).

В подавляющем большинстве случаев в ответах экспертов фигурировали комбинации, включающие наркотики (90,4% или 263 ответа из 291), в том числе сочетания веществ из разных групп или совместное употребление с лекарственными средствами и (или) алкоголем. В оставшихся 9,6% случаев были указаны лекарственные препараты, употреблявшиеся в различных комбинациях или в сочетании с алкоголем (28 ответов из 291). В эту группу психотропных препаратов включались также бутираты и их прекурсоры (бутандиол). В большинстве случаев лекарства, по мнению экспертов, употреблялись совместно с алкоголем, что составляет 75% от общего числа ответов, в которых они упоминались (21 из 28 наблюдений).

По мнению экспертов, употреблению наркотиков в различных сочетаниях между собой отдаёт предпочтение 48,3% потребителей НипВ (127 из 263 ответов, принятых за 100%). Немногим меньшая доля экспертов (45,2%) полагает, что наркотики употребляются совместно с алкоголем. Небольшая часть экспертов (5,7%) считает, что наркотики употребляются совместно с лекарствами. Менее 1% экспертов (0,8%) отметили вариант совместного употребления наркотиков и с алкоголем, и с лекарствами. Таким образом, доля вариантов сочетанного употребления наркотиков с лекарствами и/или алкоголем составляет 51,7% (136 из 263 ответов).

При отдельном ранжировании вариантов ответов, где фигурировали только комбинации употребления наркотических средств без их сочетания с алкоголем и/или лекарствами, принятых за 100% (127 ответов), установлено, что на первом ранговом месте находятся сочетания психостимуляторов и каннабиноидов (45,7%); на втором – сочетания опиоидов и психостимуляторов (24,4%); на третьем – сочетания опиоидов и каннабиноидов (18,1%). На оставшиеся три варианта сочетанного употребления наркотиков пришлось, в общей сложности, 11,8% ответов (15 из 127 ответов).

Случаи сочетанного употребления алкоголя с любыми другими НипВ составили почти половину от общего числа ответов (48,5% или 141 из 291 ответа).

Заключение. Сочетанное употребление психоактивных веществ различной природы имеет широкое распространение среди пациентов наркологических учреждений. В подавляющем большинстве случаев среди множества комбинаций НипВ различных групп фигурируют наркотики. Из комбинаций наркотических веществ, которые, по мнению экспертов, встречались наиболее часто в 2020 году в Российской Федерации, первое место занимает вариант сочетанного употребления психостимуляторов и каннабиноидов – такая комбинация встречалась практически в каждом втором случае. На втором месте находилось сочетанное употребление опиоидов и психостимуляторов, на третьем – опиоидов и каннабиноидов. Тот факт, что употребления алкоголя фигурировало почти в половине ответов свидетельствует об условности разграничения между «разрешёнными» и «запрещёнными» веществами, поскольку и те, и другие образуют единый континуум злоупотребления ПАВ.

Ограничения исследования. Метод экспертного опроса не может подменить собой другие эпидемиологические методы, используемые для оценки и мониторинга наркоситуации (социологические опросы, данные статистического наблюдения, косвенные методы), тем не менее, он позволяет расширить представление об особенностях употребления НипВ в частности, собрать качественную информацию об их сочетанном употреблении. Проведённое исследование не позволяет судить о количественной стороне этого явления, то есть получить информацию о его распространённости. Также нельзя экстраполировать мнения экспертов, касающиеся пациентов наркологических учреждений, на всю популяцию лиц, допускающих употребление НипВ в немедицинских целях. Также следует отметить, что на основании полученной информации невозможно оценить, как потребители ПАВ комбинируют различные вещества - сочетают их одновременно или употребляют последовательно, или заменяют одни вещества другими в зависимости от их доступности или прочих факторов.



## УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В РОССИИ В 2020 Г. ПО ДАННЫМ ОПРОСА ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ

Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Савина К.Д., Щербинина Е.А.

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

Москва

### USE OF DRUGS AND PSYCHOTROPIC SUBSTANCES IN RUSSIA IN 2020 ACCORDING TO A SURVEY OF ADDICTION PSYCHIATRISTS

*Bobkov E.N., Kirzhanova V.V., Savina K.D., Shcherbinina E.A.*

Оценка масштабов злоупотребления различными наркотическими средствами и психотропными веществами (НСиПВ) представляет собой сложную задачу, решаемую в рамках государственного мониторинга наркоситуации, составной частью которого является статистическая информация, собираемая наркологической службой при проведении федерального статистического наблюдения. Учитывая ограничения, присущие данным официальной статистики, основанной на регистрации случаев обращаемости населения за наркологической помощью в государственные специализированные медицинские учреждения, важное значение приобретает использование других методов получения информации о текущей наркотической ситуации, включая использование различных социологических методов, основанных на методиках опроса. Одним из таких методов является метод экспертного опроса. Цель. Изучить частоту употребления основных групп наркотических и психотропных веществ в России в 2020 году (в первый год эпидемии COVID-19) на основе опроса экспертов региональных государственных наркологических служб.

Материалы и методы. В 2021 г. проведен анонимный заочный опрос экспертов наркологической службы (врачей психиатров-наркологов и организаторов здравоохранения). Экспертам по электронной почте были разосланы опросные листы с вопросами, касающимися изучения особенностей частоты употребления ПАВ в России в период пандемии COVID-19 (по итогам 2020 г.). Инструментом исследования послужила анкета, содержащая 25 вопросов. Респондентам задавались вопросы, касающийся оценки частоты употребления различных групп наркотических средств и психотропных веществ (НСиПВ). Выделено 7 групп НСиПВ: каннабиноиды, опиоиды, кокаин, другие психостимуляторы, психодислептики (галлюциногены и диссоциативы), растворители и ингалянты, а также лекарственные препараты, обладающие наркотическими или психотропными свойствами. Респондентам предлагалось ответить на вопрос, как часто пациенты используют вещества каждой из этих групп. Выбор состоял из указания одного из четырёх предложенных вариантов ответа: «чаще всего», «часто», «иногда» или «никогда». Первые два варианта ответа в данной работе анализировались совместно. Таким образом, оценка частоты употребления той или иной группы НСиПВ имела три градации: употребляемых «часто или чаще всего», «иногда» или «никогда». Всего в исследовании приняли участие 135 экспертов из 74 регионов всех федеральных округов. Обработка результатов исследования проводилась с использованием лицензионных программ MS Excel и IBM SPSS.

Результаты. Рассмотрим экспертные мнения о частоте употребления основных групп НСиПВ в указанном выше порядке (начиная с первой группы – каннабиноидов – и заканчивая седьмой группой – лекарственными препаратами).

По мнению 75,6% опрошенных экспертов, пациенты, обратившиеся за наркологической помощью «часто или чаще всего» употребляют каннабиноиды. Остальные эксперты высказались за вариант «иногда» (24,4%). При этом ни один из экспертов не выбрал вариант «никогда».

По вопросу о частоте употребления опиоидов большинство респондентов выбрали вариант «часто или чаще всего» (61,1% от ответивших на этот вопрос респондентов). Треть ответивших указала вариант «иногда» (34,4%). Лишь 4,6% экспертов выбрали ответ «никогда».

При оценке экспертами частоты употребления кокаина большинство ответов пришлось на вариант «никогда» (75,2%). Почти четверть опрошенных выбрали вариант «иногда» (23,9%). Незначительная доля ответов (0,9%) пришлась на вариант «чаще всего или часто».

На вопрос о частоте употребления психостимуляторов подавляющее большинство экспертов (86,7%) ответили «часто или чаще всего». Каждый 10-й из респондентов указал, что наркотики психостимулирующего действия употребляются «иногда» (11,7% респондентов). Вариант «никогда» был выбран всего в 1,6% случаев.

Считают, что психодислептики (галлюциногены и диссоциативы) употребляются «часто или чаще всего» 7% опрошенных. Наибольшая доля ответов пришлось на варианты «иногда» (48,2%) или «никогда» (44,7%). Отметим, что доля экспертов, затруднившихся с ответом на этот вопрос, составила 15,6%. По предыдущим вопросам доля затруднившихся с ответами находилась в пределах 3-5%.

По вопросу о частоте употребления растворителей и ингалянтов большинство ответов пришлось на вариант «иногда» (68,6%). Считают, что эти вещества никогда не употребляются, 28,9% респондентов. Лишь 2,5% высказали уверенность в том, что растворители и ингалянты употребляются «чаще всего или часто».

Что касается оценки экспертами частоты использования лекарственных препаратов пациентами наркологического профиля в немедицинских целях (без назначения врача), полученные ответы распределились следующим образом. Большинство склонилось к той точке зрения, что психоактивные вещества этой группы употребляются иногда (68,9%). О том, что употребление лекарственных препаратов имеет место «часто или чаще всего», высказалось 25,2% ответивших на вопрос. Доля экспертов, считающих, что пациенты никогда не употребляют эту группу веществ, составила оставшиеся 5,9%.

**Заключение.** На основании полученных от специалистов наркологической службы сведений можно составить следующую картину частоты употребления основных групп НСИПВ в первый год эпидемии COVID-19.

По мнению экспертов психиатров-наркологов, пациентами государственной наркологической службы в целях наркотического опьянения наиболее часто используются наркотики группы психостимуляторов; второе ранговое место по частоте использования занимают каннабиноиды; третье – опиоиды; четвертое место – лекарственные препараты. С относительно невысокой частотой употребляются две группы психоактивных веществ: «психодислептики (галлюциногены и диссоциативы)» и «растворители и ингалянты». Реже всего среди других групп НСИПВ пациенты государственных учреждений употребляют кокаин.

**Ограничения исследования.** Экспертный опрос является разновидностью социологического опроса, поэтому ему присущи все ограничения, свойственные этому методу сбора информации. Настоящее исследование проведено среди экспертов государственной наркологической службы, поэтому полученные результаты могут отличаться от данных частных наркологических учреждений, а также данных МВД и Государственного антинаркотического комитета. Результаты, полученные в ходе опроса экспертов в отношении частоты употребления различных НСИПВ, целесообразно сравнить с данными, имеющими объективный характер, такими как химико-токсикологические исследования при проведении медицинского освидетельствования на состояние опьянения, результатами оценки наркопотребления на основе анализа сточных вод и т.п. Применение триангуляции данных, получаемых из разных источников, может существенно улучшить качество оценок в области наркологической эпидемиологии.

## **МАСШТАБ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Богданов С.И.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*THE SCALE OF THE SPREAD OF SMOKING AMONG MEDICAL STUDENTS AND THE STUDY OF TYPES OF SMOKING BEHAVIOR*

*Bogdanov S.I.*

**Введение.** Табакокурение и последствия табачной интоксикации являются одной из ведущих медико-социальных проблем. Число курящих людей остается высоким. Широкое распространение, популярность получают альтернативные методы доставки табака (электронные сигареты, вейп и другие), которые также могут представлять опасность для здоровья граждан. Работники здравоохранения занимают ключевое место в привлечении внимания к необходимости прекращения курения. Врачи должны быть проводниками в помощи отказа от курения. Научные данные свидетельствуют о широком распространении табакокурения в медицинской профессиональной среде. Поэтому изучение масштабов

зависимости от табака и его аналогов среди будущих врачей, а именно студентов медицинских университетов является важным.

Клинико-эпидемиологические исследования показывают, что курение практически всегда приводит к ухудшению соматического здоровья и качества жизни студентов; часто сопровождается употреблением алкогольных напитков и наркотических средств. Частота встречаемости курения среди студентов достигает 55-65% от их общего числа. В России количество людей, употребляющих вейп, достигает 4,2 млн человек. Многие из них – студенты. Реклама вейпа стимулировала первичное употребление никотина среди молодежи. На повестке дня остро стоит вопрос предотвращения первичного вовлечения студентов в употребление табака и его аналогов. Это невозможно сделать без оценки курительного статуса типичного потребителя в студенческой среде

Цель исследования. Изучить масштаб распространения курения табака и альтернативных методов его доставки среди студентов медицинского университета и определить типы курительного поведения у курящих студентов.

Материалы и методы. В качестве основного материала исследования использовались данные анонимного анкетирования. Использовалась модифицированная анкета европейского школьного исследования по курению. Анкеты были разработаны с помощью интерактивного инструмента Google Forms. В исследовании приняли участие 100 студентов медицинского вуза г. Екатеринбурга, из них 34 % мужчин и 66 % – женщины. Средний возраст  $21,1 \pm 4,3$  года. В группу по изучению курительного статуса вошло 30 студентов, из них мужчин было 56,4%, женщин 43,7%. Средний возраст  $23 \pm 2,46$  года. Выборка исследования получена с помощью анкетирования трёхблочным опросником на базе приложения Google-формы – поперечное нерандомизированное исследование среди курящих студентов всех курсов, ординатуры, аспирантуры медицинского вуза г. Екатеринбурга. В качестве инструмента исследования был использован комплексный опросник, разделенный на три блока и включающий в себя следующие показатели: индекс пачка-лет, оценка психиатрического и наркологического анамнеза (наличие или отсутствие психических расстройств, а также расстройств, связанных с зависимостями как у респондента, так и у его ближайших родственников), шкала Фагерстрёма, тест курительного поведения. Статистическая обработка проводилась в IBM SPSS Statistics 22. Для обнаружения связи показателей был посчитан  $\chi^2$  Пирсона.

Результаты исследования. На момент исследования употребляли никотин традиционным способом и использовали альтернативные методы доставки никотина 43 % студентов. Среди женщин курят 24 % студентов, среди мужчин 19%. За последние 30 дней сигареты курили: более 40 сигарет (регулярное курение) – 24%, до 20 сигарет (редкое курение) – 13%, не курили вообще – 63%. Для оценки связи между полом и количеством сигарет был рассчитан критерий t- Стьюдента равный 2,4 при уровне значимости  $p < 0,05$  (табличное значение 1,98, значит, связь значима), мужчины курили, больше женщин. Среднее значение у женщин 37,74, мужчин 111,32. Среди студентов распространены такие виды, как кальян (29%), сигареты (24 %), iQos (16 %), вейп (12%), многоразовые электронные сигареты (12%) меньше всего пользуются Glo, Juul (6%) и снюс (2%).

В группе курящих студентов возраст начала употребления табака и его аналогов варьировал от 14 до 22 лет – средний возраст составил  $17,3 \pm 0,5$  лет. Минимальный стаж курения составил 1 год, максимальный – 12 лет, средний стаж курения –  $4,8 \pm 0,5$  лет. Распространенность курения и психических расстройств у родителей представляло следующую картину: хотя бы один зависимый от табака родитель был выявлен у 63,3 % респондентов. На наличие психического заболевания у родителей (алкогольная зависимость, расстройство пищевого поведения, расстройство личности) указали 10% студентов. Не курил ни один из родителей только у каждого третьего студента (36,7%). Оценка уровня никотиновой зависимости (шкала Фагерстема) показала, что высокая и очень высокая степень зависимости выявлена лишь у 6,6 %. У 70 % выявлена очень слабая никотиновая зависимость, у 23,4 % – слабая зависимость. 70% студентов не имели желания курить при болезни, 83,3% – легко переносили воздержание в свободных от курения местах. Самый частотный тип курительного поведения у студентов – поддержка (73,3%). Такое курительное поведение связано с ситуациями волнения, эмоционального напряжения, дискомфорта. Следующий по частоте тип курения – «расслабление» 63,3% (выше 11 баллов). Студенты курят только в комфортных условиях, получают «дополнительное удовольствие» к отдыху. Такие причины, как «жажда», «игра с сигаретой» и «стимуляция», встречаются у подростков гораздо реже (16,6%, 20%, 16,6% соответственно). Максимальный индекс пачка-лет среди студентов составил 3,15. Индекс пачка-лет не характеризует ни одного из студентов как «абсолютного» и «злостного» курильщика. Не выявлен риск развития ХОБЛ (хронической обструктивной болезни легких).

Заключение. Среди студентов медицинского университета систематически курят 24% женщин и 19% мужчин. Наличие стойких паттернов курительного поведения среди студентов предрасполагает к увеличению объёма исследования для получения достоверной информации. Курительное поведение подростков и учащейся молодежи определяется психологическими особенностями возраста и требует разработки более чувствительной и развернутой шкалы исследования курительного поведения. Полученные данные о силе зависимости по шкале Фагерстрёма свидетельствуют о преобладающей в студенческой среде никотиновой зависимости низкой силы, что является важным фактором для наркологических интервенций и прекращения курения. Учитывая особенности курительного поведения студентов и его преимущественные типы «поддержка» и «расслабление», можно рекомендовать включить в стратегию первичной терапии никотиновой зависимости адаптированные копинг-стратегии, основанные на психофизических, психологических и социальных особенностях старших подростков и лиц возраста ранней взрослости.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УДАЛЕННЫЙ СЕТЕВОЙ ДОСТУП, СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Богданов С.И.

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*PREVALENCE OF DEPENDENCE ON DEVICES PROVIDING REMOTE NETWORK ACCESS AMONG MEDICAL  
STUDENTS*

*Bogdanov S.I.*

Развитие современных цифровых технологий привело к появлению пула так называемых технологических аддикций. К ним относятся компьютерная зависимость, интернет-зависимость, зависимость от социальных сетей, аддикция к мобильным устройствам (гаджетозависимость). С 2006 по 2010 год число подростков, проводящих за компьютером не менее трех часов каждый день, увеличилось в четыре раза (с 5,7% до 21,7%). К 2018 году уже 56% детей постоянно находятся в Сети. Среди российской молодежи более четверти не отрываются от гаджетов по восемь часов в день. Усугубляет ситуацию с формированием зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ вынужденный переход на дистанционные формы обучения в школах и вузах в связи с пандемией COVID-19.

Цель исследования – исследования зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств у студентов медицинского университета для определения степени распространения зависимости от устройств, обеспечивающих удаленный сетевой доступ.

Материалы и методы.

Дизайн работы: описательное кросс-секционное исследование. Инструмент – модифицированная под задачи исследования скрининговая «Шкала оценки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств, обеспечивающих доступ к нему» (Л.О. Пережогин, В.Ф. Шалимов, Б.А. Казаковцев, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, 2018). Шкала представляет собой 4 субшкалы, содержащие по 6 диагностических вопроса каждая. Вопросы субшкалы определяются его тематикой. Субшкала 1 выявляет признаки влечения, субшкала 2 – признаки утраты контроля, субшкала 3 – наличие или отсутствие абстинентных проявлений, шкала 4 – рост толерантности и поглощенность активностью. Ответы на вопросы оцениваются соответствующими баллами. Ключ каждой из субшкал определяет три состояния: отсутствие соответствующих признаков, группа риска и достоверное присутствие исследуемого субшкалой состояния. Включение респондента в группу респондентов, с наличием зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств осуществлялось только в случае, если у него диагностировались бальные уровни, соответствующие достоверному наличию признаков, определяемых всеми четырьмя субшкалами. Для опроса использовалась Google-форма шкалы. В исследование приняли участие 431 студент всех факультетов медицинского университета. Из них: мужчин – 29,5, женщин – 70,5 %. Средний возраст респондентов 20,5 ± 2,5 лет. Распределение по курсам обучения: 1-2 курс – 44,6 %, 3-4 курс – 32,9 %, 5-6 курсы – 22,5 %.

Результаты исследования. Признаками зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств были выявлены у 25,8% студентов. Средний возраст данной группы не отличался

от общегруппового показателя ( $20,6 \pm 3,6$ ). Женщин в данной группе было несколько больше (73,6 %), удельный вес мужчин – меньше (26,4 %) ( $\chi^2 = 0,541$ ,  $p > 0,05$ ; различия недостоверны).

Далее были выделены 2 группы сравнения: группа 1 (без признаков зависимости), группа 2 (с признаками зависимости). Обе группы были разделены на 3 подгруппы по возрасту: до 20 лет, от 20 до 23 лет и от 24 и более. В 1 группе число участников возрасте до 20 лет составило 30,7%, во 2-ой группе – 40%; в группе 1 в возрасте от 20-23 лет было 64% респондентов, во 2-ой – 55,5%; в 1 группе в возрасте от 24 лет и более было 8,3% респондентов и во 2-ой соответственно 4,5% ( $\chi^2 = 6,357$ ,  $p < 0,05$  различия статистически достоверны). Наибольший удельный вес с признаками зависимости выявлен среди студентов 1-2 курсов (43,6 %), таким же высоким он был и среди студентов 3-4 курсов (40,0 %). На 5-6 курсах студентов выявлено 16,4 % с зависимостью. По данному параметру выявлены статистические различия в исследуемых группах ( $\chi^2 = 6,653$ ,  $p < 0,05$ ). На вопрос «Изменилось ли отношение к гаджетам за время дистанционного обучения?» 20,3% студента из группы 1 ответили «Радуюсь, нравится процесс от использования гаджетами», 55,7% – «Равнодушен, использую их из необходимости», 24% – «Огорчаюсь, устал от экранов». Во 2 группе 33,6% человека ответили «Радуюсь, нравится процесс от использования гаджетами», 45,5% – «Равнодушен, использую их из необходимости», 20,9% – «Огорчаюсь, устал от экранов». ( $\chi^2 = 8,124$ ,  $p < 0,05$  различия статистически достоверны).

**Заключение.** В исследовании приняли участие 431 студент медицинского вуза, что составило 7 % от общей численности студентов. Признаки зависимости от персонального компьютера, интернета и мобильных устройств были выявлены у 25,8% студентов, что представляет довольно высокую долю, когда мы говорим о когорте будущих врачей. Статистически достоверно более высокий уровень зависимости был выявлен в возрастной группах 20-23 года (55,5 %) и в возрасте до 20 лет (40 %), а наиболее низкий – в старшей возрастной группе (24 и >лет) – 4,5 %. Совершенно логично, что данная тенденция прослеживается и при сравнении групп в зависимости от курса обучения. Выявленную особенность можно объяснить тем, что студенты более молодого возраста в большей степени с раннего детства взаимодействовали с различными гаджетами, чем более старшие студенты. Нельзя также исключать большую доступностью современных гаджетов для студентов младших курсов. Сейчас они производятся в избытке и в разных ценовых категориях. Низкий уровень зависимости в старшей возрастной группе скорее всего объясняется тем, что студенты имеют иной круг интересов, в большей степени связанных с профессиональной реализацией. Среди студентов с признаками зависимости, больше людей выражали радость от процесса дистанционного обучения и постоянного использования персонального компьютера, интернета и мобильных устройств. Уровень равнодушных среди этой группы был сравнительно ниже, чем в группе людей без признаков зависимости.

## **ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ**

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

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

СПБУ ГПС МЧС России

Томск, Санкт-Петербург

*THE PROBLEM OF COMORBIDITY OF PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH DEPENDENCE ON SYNTHETIC CANNABINOIDS*

*Bokhan N.A., Selivanov G.Yu., Serazetdinova L.G., Moskovtseva O.R.*

Клиническая картина патологических психических проявлений при злоупотреблении искусственно созданными каннабиноидами, так и при шизофрении имеет феноменологическую схожесть. Клинико-психологические характеристики данной группы людей нуждаются в изучении, потому что способствуют выявлению предикторов инициации шизофрении, а также факторов - риска развития зависимости от наркотических веществ у больных шизофренией и роста частоты злоупотребления. Поэтому, вопрос создания особенных лечебных и реабилитационных программ для подобных больных стоит очень остро у психиатров и наркологов в настоящее время.

Цель настоящего исследования: изучить особенности взаимодействия клинической динамики и адаптации больных параноидной шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов, разработать дифференцированные программы терапии и реабилитации.

Материалы: Исследование выполнено на базе ФГБУ «СибФНКЦ ФМБА России» (Северск), НИИ ПЗ, Томского НИМЦ РАН (Томск), ОГАУЗ «ТКПБ» (Томск), ОГАУЗ «ССМП» (Томск), БУ ХМАО – Югры «НПНБ» (Нижневартовск), СПб ГБУЗ «ПНД №5» (Санкт-Петербург) за период с 2013 по ноябрь 2022 год. Обследовано 213 мужчин в возрасте  $31,2 \pm 0,45$  года (с 23 до 34 лет), страдающих параноидной шизофренией, давность эндогенного процесса от 3-х и более лет. Основную группу исследования составили 163 больных шизофренией, зависимых от синтетических каннабиноидов. Группа сравнения представлена 50 больными мужского пола с параноидной шизофренией без зависимости от психоактивных веществ. Методы исследования: клинико-психопатологический (с опорой на МКБ-10), психометрический (PANSS, SANS, CGI), патопсихологический (MMPI, LSI, STAI, TPA, СОП, методика оценки адаптации Логвинович Г.В. и Семке А.В., 1995), статистический (R version 3.2.4; SPSS Statistics Base 22.0).

Результаты: 1) Выявлено достоверно ( $p < 0,05$ ), что инициальный период у наркозависимых больных начинается раньше (в основной группе  $20,48 \pm 1,76$  лет, в группе сравнения  $22,29 \pm 1,66$  лет), как и период манифестации ( $22,42 \pm 1,73$  лет и  $25,29 \pm 1,52$  лет, соответственно); 2) Злоупотребление синтетическими каннабиноидами является триггером манифестации шизофрении, выявлено в 43 случаях; 3) Период психотических экстазаций исследуемых больных характеризуется ростом агрессии с аффективно насыщенными полиморфными психопродуктивными симптомами, катализирующих общую ажитацию. Галлюцинаторно-параноидная симптоматика искажена и включает в себя делириозное искажение сознания с обонятельными и тактильными галлюцинациями. Бредовая конструкция имеет фабулу – преследования участниками наркооборота (60,7% случаев). Нарушение сознания сопровождается симптомами инсценировки, символизмов, симптом двойника и симптом капюшона. Негативная симптоматика слабо выражена ( $22,64 \pm 1,31$ , что ниже показателей больных группы сравнения –  $30,14 \pm 1,25$ ); 4) Ремиссии у данного контингента короткие 1-2 месяца с отсутствием параноидной и слабой выраженностью негативной симптоматики (по PANSS  $18,08 \pm 1,5$  сумма баллов в группе исследования и  $25,56 \pm 0,72$  баллов в группе сравнения). Наблюдаются такие отличительные от больных шизофренией без зависимости от наркотиков феномены, в периоды ремиссий, как живость, гротескность, экспрессивность эмоций, коммуникативная и сексуальная активность; 5) Клинические проявления зависимости от наркотиков являются имперфективными, за счёт стремительного формирования симптомов 2-ой стадии ( $\leq 0,5$  года) и имеет характерные особенности. 5.1) Формируется новый мотив употребления наркотиков – «самолечение» (83,09%), объединяющего в себе два субмотива – атарактического и гиперактивирующего. 5.2) Злоупотребление наркотиками вызывает быстрое формирование синдрома отмены (1-2 месяца) с длительностью до 14 дней. 5.3) Соматические симптомы синдрома отмены более выражены, чем при отмене несинтетических каннабиноидов. Выделены новые симптомы: амбивалентное чувство температуры, колебание артериального давления от криза до коллапса, болевые ощущения в конечностях (обусловленные двигательной активностью пациентов). 5.4) Выделено 6 клинических вариантов абстинентного синдрома: депрессивно-астенический (36,40%), дисфорический (21,66%), галлюцинаторно-параноидный (14,44%), дисфорический с преимущественными нарушениями сна (13,05%), паранойальный (10,27%), полиморфный (4,16%). 5.5) Установлено достоверно ( $p < 0,05$ ), что купирование психотических эпизодов, вызванных наркотиками, у больных параноидной шизофренией разрешается наиболее вероятно в абстиненции: дисфорическую без расстройств сна ( $r = 0,22$ ) и галлюцинаторно-параноидную ( $r = 0,36$ ); 6) Адаптация исследуемых больных носит противоречивый характер. 6.1) Наблюдается дисгармония межличностных контактов: при отсутствии стойких отношений с близким окружением (78% – основная группа, группа сравнения – 64%), с одной стороны, и с другой – в 80% случаев формирование стойких квазисемейных аддиктивных контактов. 6.2) Высокий уровень профессиональной занятости (60% против группы сравнения – 16%) при занятости преимущественно неквалифицированной работой в период ремиссии. 6.3) Для наркозависимых больных шизофренией характерно стремление к ненормативным видам поведения – аддиктивному ( $54,21 \pm 0,65$  баллов), нонконформному ( $53,29 \pm 0,83$  баллов), делинквентному и криминальному ( $53,08 \pm 0,69$  баллов). 6.4) Достоверно ( $p < 0,05$ ) установлена прямая положительная зависимость активного негативизма, конфликтности, агрессивности ( $r = 0,29$ ), увеличение наркопотребления ( $r = 0,38$ ), напряжённости деструктивных психологических защит ( $r = 0,39$ ) с ростом тревоги; 7) Разработанная программа реабилитации наряду с медикаментозной терапией, включавшая мероприятия, основной целью которых было изменение направленного на наркотизацию поведения на социально приемлемое аддиктивное/зависимого типа поведение через восстановление/формирование новых компенсаторно-приспособительных механизмов (подмена потребности в наркотиках на потребность нахождения в группах, основанная на индивидуальном предпочтении, таким образом, формирование зависимости от группы и её предпочтений). Реабилитация у основной группы

наркозависимых (F20.0xx+F12.2xx+R, n=60) показала хорошую эффективность: продолжительность ремиссий увеличилась до 6 месяцев, а у группы сравнения, наркозависимых без реабилитации, осталась прежней (F20.0xx+F12.2xx, n=60), произошло улучшение общего психического состояния и функционирования в ремиссии (по CGI-I сумма баллов в основной группе – 1,40±0,13, в группе сравнения – 1,96±0,15), снизилось количество общественно опасных действий, снизился уровень прогрессивности болезненного процесса (по SANS общая сумма баллов негативных симптомов в основной группе – 30,14±0,58, в группе сравнения – 46,09±0,49).

Выводы: 1. Совместное течение параноидной шизофрении и зависимости от синтетических каннабиноидов в значительной мере деформирует клиническо-динамические проявления обеих нозологий - сглаживает негативную симптоматику шизофрении и привносит клиническую картину обострений экзогенные психопродуктивные симптомы; укорачивает период формирования зависимости от наркотика, привносит новые болевые симптомы в синдром отмены. 2. Адаптация больных данного контингента больных характеризуется преобладанием ненормативных аддиктивных путей компенсации, приспособления к среде, деструктивных психологических защит, обуславливающих искажённое снижение чувства дискомфорта. 3. Разработанная реабилитационная программа заменяющая потребность в наркотике на потребность нахождения в социально приемлемых аддиктивных группах, основанная на индивидуальном предпочтении и зависимости от группы, позволяет повысить качество и продолжительность ремиссий, снизить частоту наркотизации.

## **ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ КАТЕХОЛАМИНОВ В АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ: ОПТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Будыгин Е.А.**

Научно-технический университет «Сириус»

Сочи

### *EXPLORING THE ROLE OF CATECHOLAMINES IN ALCOHOL ADDICTION: OPTOGENETIC STUDY*

*Budygin E.A.*

Алкоголизм является широко распространенным психическим заболеванием, которое в настоящее время поражает почти 5% взрослого населения мира и приводит к серьезным медицинским и социально-экономическим проблемам. К сожалению, наши знания о точных нейрохимических механизмах, ответственных за развитие и прогрессирование алкогольной зависимости, ограничены. Дофаминовая и норадреналиновая нейротрансмиттерная системы подвержены действию этанола в большей степени, чем другие нейромедиаторные системы мозга, и поэтому являются наиболее исследуемыми на сегодняшний день. Выявление изменений в концентрации данных нейротрансмиттеров, особенно в сочетании с инициацией и поддержанием потребления алкоголя, является важным первым шагом. Однако трудность задачи состоит в том, чтобы определить, выполняют ли регистрируемые нейрохимические изменения первичную роль в развитии патологической мотивации, направленной на потребление алкоголя, а не являются сопутствующими, то есть вторичными. Критическим является идентификация нейрональных цепей, в которых происходят такие изменения в динамике катехоламинов, и определение паттернов их выброса. Последние технологические достижения, такие, как оптогенетика, дают возможность ответить на эти важные вопросы. Используя экспериментальные модели алкогольной зависимости, данный подход позволил нам манипулировать выбросом дофамина и норадреналина в определенных нейрональных путях мозга крыс и выявить роль различных паттернов высвобождения данных медиаторов в аддиктивном поведении, направленном на употребление алкоголя. Необходимо отметить, что такое поведение сформировано из двух обособленных компонентов или элементов. Мотивационный элемент напрямую связан с поисковым поведением, в то время как консуматорный компонент (питьевой) представляет собой поведение, связанное с конкретным действием употребления алкоголя. Эти компоненты могут регулироваться по-разному. Нарушение регуляции обоих этих видов поведения может способствовать развитию и дальнейшей эскалации алкогольной зависимости. Чтобы изучить роль тонических и фазических паттернов высвобождения дофамина в консуматорном поведении, мы первоначально использовали оптогенетику для избирательного воздействия на динамику дофамина в прилежащем ядре крыс во время добровольного употребления 20% раствора этанола в тесте «предпочтения», где крысам предоставлен выбор между

водой и алкоголем. В этой процедуре крысы получали 20% раствор этанола и воду на выбор 3 раза в неделю. Животным, у которых установились высокие и стабильные уровни потребления этанола в течение первых семи недель, вводили в вентральные ядра покрышки вирусную конструкцию с тирозингидроксилазным промотором, ограничивающим экспрессию канального родопсина только дофаминовыми нейронами. Выбранная стратегия позволила изучить влияние оптогенетической активации на прием фармакологически значимых доз этанола. Эксперименты показали, что на потребление этанола могут по-разному влиять тонические и фазические паттерны активации дофаминовой трансмиссии без существенного влияния на потребление воды. Так, существенная задержка первого потребления и снижение общего количества потребляемого этанола были обнаружены при оптогенетической активации дофаминовых нейронов с использованием низкой частоты (5 Гц), запускающей тонический паттерн высвобождения нейромедиатора. Важно отметить, что тот же протокол стимуляции не давал эффекта при применении в домашней клетке в течение 10 мин до предоставления алкоголя в экспериментальной клетке. Логично предположить, что увеличение тонической активности дофамина снижает его фазическое высвобождение, действуя через механизм обратной связи, опосредованный пресинаптическими рецепторами (D2) дофамина. Следовательно, оптогенетическое смещение дофаминового ответа к тоническому паттерну передачи может препятствовать фазическому выбросу, предположительно запускаемому контекстуальными сигналами в сочетании с алкоголем. Примечательно, что раствор этанола остается доступным в течение последних 20 минут каждого сеанса и, таким образом, крысы имеют возможность компенсировать недополученный во время стимуляции алкоголь. Тем не менее, животные не возмещали свою потерю при прекращении оптической стимуляции. Одним из возможных объяснений этого наблюдения может быть то, что оптогенетически индуцированное тоническое увеличение дофамина может имитировать фармакологический эффект этанола. Однако такая же стимуляция в домашней клетке не влияла на потребление этанола в экспериментальной установке. В исследовании с фазической стимуляцией (50 Гц) не наблюдалось значительных изменений в питьевом поведении, включая латентный период до первого употребления и общее количество этанола. Поскольку крысы, вероятно, уже были сильно мотивированы на получение этанола, дальнейшее оптогенетическое усиление фазической передачи не было эффективным. Важно отметить, что используемый тест не дает возможность оценить изменения в мотивационном компоненте поведения. Таким образом, нашим следующим шагом было исследование влияния паттернов дофаминового выброса в прилежащем ядре на алкогольную мотивацию в тесте оперантного поведения, где крысы были научены нажимать на педаль для получения доступа к 10% раствору этанола. Эксперименты показали, что тоническая стимуляция дофаминовой передачи вызывает значительное ослабление мотивационного поведения (снижение количества нажатий на педаль), тогда как фазическая активация усиливает мотивацию к алкоголю. Какая нейрохимическая основа лежит в противоположных последствиях повышения аккумбального дофамина, оптогенетически генерируемого в разных паттернах? Как дискутировалось выше, смещение нейротрансмиссии в сторону тонического режима должно ингибировать фазический выброс, который преимущественно отвечает за активацию мотивационного поведения. Такая интерпретация согласуется с данными, ранее полученными в клинических исследованиях. Так, моноаминовый стабилизатор (-)-OSU6162, повышающий именно тонический дофамин, значительно снижал потребность в алкоголе у зависимых пациентов.

Следует отметить, что норадреналиновая передача имеет характеристики, сходные с дофаминовой нейротрансмиссией. Нейроны голубого пятна (локус церулеус) активируются по двум различным схемам: тоническая, которая является нерегулярной, но непрерывной базовой активностью, и фазическая, когда клетки активируются короткими всплесками на более высоких частотах. Таким образом, после проверки того, что уровни экспрессии канального родопсина в голубом пятне пьющих крыс достаточно высоки, чтобы оптогенетически вызвать высвобождение норадреналина в терминальных структурах, мы манипулировали активностью нейронов, чтобы выявить, как фазическое и тоническое увеличение выброса влияет на употребление этанола. Наши результаты продемонстрировали противоположное влияние этих двух режимов нейротрансмиссии на поведение. Фактически, тоническая стимуляция приводила к увеличению потребления этанола, тогда как фазическая значительно снижала его при регулярных питьевых сессиях. Примечательно, что электрофизиологические исследования ранее выявили паттерн-специфическую активность голубого пятна в условиях стресса. Более того, тоническая, а не фазическая активация проекций усиливала тревожно-подобное поведение. Таким образом, увеличение тонического высвобождения норадреналина, которое способно вызвать стресс-подобное состояние, увеличивает потребление алкоголя. В то же



время физическая стимуляция не вызывала тревоги, но была связана с кодированием определенных стимулов и последующим поведением, вызывая связанные с событием потенциалы в префронтальной коре. Следовательно, мы можем предположить, что оптогенетически повышенная активность коры могла негативно влиять на поведение, связанное с получением алкоголя. При оценке мотивационного компонента поведения мы не обнаружили каких-либо значимых изменений при тонической стимуляции норадреналиновых нейронов голубого тела. Однако, мотивация к алкоголю значительно ослаблялась, когда индуцировались физические паттерны высвобождения нейротрансмиттера. Примечательно, что физическая активация дофаминовых нейронов усиливала алкогольную мотивацию. Следовательно, увеличение физического выброса в дофаминовых и норадреналиновых нейрональных цепях вызывает противоположные последствия в отношении мотивационного поведения. Таким образом, наши данные демонстрируют, что две нейромедиаторные системы могут играть противоположную роль в аддиктивном поведении, направленном на получение алкоголя.

## **ЗНАЧЕНИЕ СНИЖЕНИЯ МАСШТАБА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Бузик О.Ж., Кордубан В.В., Агибалова Т.В.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*THE SIGNIFICANCE OF LEADING COPING STRATEGIES IN TERTIARY PREVENTION OF SUBSTANCE ABUSE*

*Buzik O.J., Korduban V.V., Agibalova T.V.*

Последние годы в России активно и масштабно проводятся мероприятия по снижению масштаба никотиновой зависимости. Несмотря на позитивные результаты в этом вопросе [1], проблема никотиновой зависимости остаётся актуальной, прежде всего вследствие своей социальной значимости в профилактике соматических заболеваний.

В рамках исследовательской работы по изучению клинических, личностных и ценностно-смысловых характеристик наркологических больных, было изучено значение наличия никотиновой зависимости в прошлом и настоящем, в группах лиц с наркологическими расстройствами и контрольной группе здоровых абсолютных и относительных абстинентов (по Бехтелю Э.Е., 1986) [2].

Нами было обследовано 457 наркологических пациентов с синдромом зависимости от психоактивных веществ (по МКБ-10), и 87 здоровых изначально абсолютных и относительных абстинентов без опыта систематического употребления значимых доз алкоголя (по классификации Бехтеля Э.И.). В группе с синдромом зависимости от ПАВ было выделено 2 подгруппы: пациенты с диагнозом F10.2, в количестве 239 человек и с диагнозом F11-19.2 в количестве 218 человек.

На основе представленных данных видно, что среди обследованных респондентов группа абстинентов составляет только 16%, что связано с малым её распространением в популяции.

Нами был проведен анализ зависимости от никотина (в настоящем и прошлом) от другого наркологического диагноза или его отсутствия в анамнезе.

Контрольная группа и группы пациентов с синдромом зависимости от ПАВ делились на 4 подгруппы: зависимые от никотина в настоящем и независимые от никотина в настоящем, зависимые от никотина в прошлом и независимые от никотина в прошлом.

При статистической обработке полученных данных были установлены существенные различия ( $p < 0,001$ ) (используемый метод: Хи-квадрат Пирсона).

Согласно полученным данным на момент обследования среди абстинентов зависимость от никотина встречается в 7,5%. У группы пациентов с диагнозом F10.2 в 73,2% случаев употребление алкоголя сочетается с зависимостью от никотина, а у группы пациентов с диагнозом F11-19.2 такое сочетание встречается в 85,8% случаев.

Также было выяснено, что 22,4% абстинентов имели в прошлом опыт употребления никотина, в то время как в группе пациентов с диагнозом F10.2 такой опыт имелся у 93,6% лиц, а в группе пациентов с диагнозом F11-19.2 опыт употребления никотина был характерен для всех обследованных лиц без исключения, то есть в 100% случаев.

Таким образом, 77,6 % абстинентов никогда не употребляли никотин, что подтверждает важность проводимых в России мероприятий по снижению масштабов распространения никотина в целях профилактики распространения других наркологических заболеваний.

## ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Бузина Т.С., Корень С.В., Должанская Н.А., Зайцева Ю.А., Гаряев Д.В.

АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда»

Москва

*THE STUDY OF RISK FACTORS FOR SOCIALLY SIGNIFICANT INFECTIONS AMONG USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES WHO ARE AT THE STAGE OF REHABILITATION*

*Buzina T.S., Koren S.V., Dolzhanskaya N.A., Zaitseva Y.A., Gariaev D.V.*

Внедрение мероприятий по профилактике социально значимых инфекций (СЗИ) на этапе реабилитации, является одним из важнейших компонентов медико-социальной и психологической адаптации пациентов с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ) в социуме.

При поддержке Фонда Президентских грантов в рамках проекта «Профилактика социально значимых инфекций – фактор повышения приверженности реабилитации при зависимости от психоактивных веществ (Школа ответственности – практикум здоровья)», реализуемого АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда» в 2021 г., с целью изучения рискованного поведения в отношении ВИЧ-инфекции у потребителей ПАВ, проходящих реабилитацию, и для разработки программ профилактики ВИЧ и других социально значимых инфекций (вирусных гепатитов В и С и ИППП -инфекций, передаваемых половым путем) было проведено добровольное и анонимное анкетирование реабилитантов АНО социальной помощи «Неугасимая Надежда».

Всего было опрошено 93 респондента, из них: с зависимостью от алкоголя – 44 человека; с зависимостью от наркотических веществ – 30 человек; со смешанной зависимостью (наркотические вещества и алкоголь) – 19 человек.

Результаты опроса показали, что среди лиц, проходивших реабилитацию, были распространены все виды СЗИ. В целом, среди всех опрошенных сообщили о положительном ВИЧ статусе 6,5% респондентов, о наличии гепатита В – 5,4%, о наличии гепатита С – 22,6%, туберкулеза – 7,5%, а о наличии ИППП – 3%. У потребителей наркотиков и при смешанном типе зависимости наибольшее распространение имели гепатит С и ВИЧ-инфекция (72,4% и 20,5% соответственно), но у потребителей алкоголя, хотя и в меньшем проценте случаев, также встречались почти все СЗИ. При этом у них чаще, чем у потребителей наркотических веществ, встречались ИППП, что говорит о более высокой сексуальной активности и рискованных половых контактах.

Структура потребляемых ПАВ, выявленная перед началом реабилитации, была представлена высоким уровнем использования стимулирующих препаратов, что также указывает на вероятность расторможенных форм поведения, в том числе сексуальных.

Более трети потребителей алкоголя и наркотиков и две трети респондентов со смешанным употреблением сообщили о том, что употребляли ПАВ совместно со случайными знакомыми.

Большинство обследованных реабилитантов знали о таких рисках употребления ПАВ как развитие зависимости, смерть от передозировки, возможность инфицирования ВИЧ и ВГС. Наименее информированными в отношении указанных рисков оказались потребители наркотических веществ. В частности, о возможности ВИЧ-инфицирования в результате употребления ПАВ не знали 26,7% потребителей наркотиков и 10,5% лиц со смешанным употреблением; не знали об опасности заражения ВГС 30% потребителей наркотиков и 15,8% лиц со смешанным употреблением.

Значительная часть опрошенных не боялась заразиться СЗИ в связи с употреблением ПАВ: 45,5% больных алкоголизмом, 53,3% потребителей наркотиков и 36,8% лиц со смешанным потреблением ПАВ.

Изучение рискованного сексуального поведения лиц, проходящих реабилитацию, показало, что многие из них полагали, что употребление ПАВ положительно влияет на их сексуальное поведение и облегчает контакты. При этом 15,9% потребителей алкоголя, 10% потребителей наркотиков, и 31,6% лиц со смешанным употреблением вступали в сексуальные контакты с работниками секс-бизнеса. Всегда использовали презерватив при половых контактах только около 13% всех опрошенных, при этом большинство респондентов были уверены в половом партнере. В тоже время многие реабилитанты не знали ВИЧ-статуса сексуального партнера: 29,5% потребителей алкоголя, 6,7% потребителей наркотиков и 36,8% лиц со смешанным употреблением.

В целом, наибольший сексуальный риск заражения СЗИ наблюдался при смешанном употреблении ПАВ. Большинство респондентов боялось заразиться социально значимыми инфекциями, однако они не связывали это беспокойство своими сексуальными привычками. Это может свидетельствовать о том, что их представления о способах и путях передачи СЗИ имели отвлеченный характер.

Оценка поведенческого риска в связи с употреблением ПАВ и сексуального риска ВИЧ-инфицирования в баллах показала, что у потребителей алкоголя средний балл поведенческого риска в связи с употреблением ПАВ был равен 9,41 балла при максимальном количестве в 18 баллов, при этом у 52,2% были оценки выше этого показателя. Средний показатель рискованного сексуального поведения – 4,3 балла при максимальном балле – 16, но у большинства (40,9%) он оказался выше среднего.

У потребителей наркотических веществ уровень поведенческого риска в связи с употреблением наркотиков был выше среднего балла (12,63) у 46,7%, а у 33,3% уровень сексуального риска был выше среднего балла (4,3).

В группе смешанного употребления ПАВ у 42,1% поведенческий риск из-за употребления ПАВ был выше среднего (15,63), а превышение среднего балла сексуального риска (5,89) наблюдался у 57,9%.

В целом, результаты исследования показали, что у потребителей ПАВ, находящихся на реабилитации, имелся достаточно высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией. При этом, наибольший риск заражения СЗИ и наибольший процент инфицированных данными инфекциями выявился в группе смешанного употребления ПАВ. Также среди опрошенных наблюдается высокий процент тех, кто опасался заразиться ВИЧ из-за употребления ПАВ, а около трети опрошенных сообщили о потребности в информации по профилактике и лечению СЗИ.

Полученные данные легли в основу программ тренингов, направленных на профилактику СЗИ в процессе реабилитации потребителей ПАВ. В результате таких тренингов могут быть достигнуты следующие цели:

1. Повышение информированности зависимых от ПАВ о СЗИ и методах их профилактики.
2. Снижение случаев заражения СЗИ и их распространенности не только среди зависимых от алкоголя и наркотиков, но и в том числе среди их социального окружения.
3. Профилактика в кризисной ситуации низкой приверженности лечению и реабилитации в случае выявления инфекций.
4. Профилактика социальной стигмы и дискриминации как фактора снижения приверженности процессу реабилитации.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ВИЧ СЛУЖБУ**

**Бушара Н.М., Блохина Е.А., Ветрова М.В., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я,  
Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.**

**ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России  
Санкт-Петербург**

*A STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF BEHAVIORAL INTERVENTION TO ATTRACT OPIOID-DEPENDENT  
PATIENTS TO HIV CARE*

*Bushara N.M., Blokhina E.A., Vetrova M.V., Yaroslavtseva T.S., Palatkin V.Y., Vasilyeva J.V., Krupitsky E.M.*

Россия входит в пятерку стран мира с самой высокой скоростью распространения ВИЧ-инфекции. Общее число людей, живущих с ВИЧ в России, составляет от 900 000 до 2 000 000. Несмотря на то, что на сегодняшний день ВИЧ-инфекция вышла за пределы уязвимых групп населения и активно распространяется в общей популяции, доля инфицированных ВИЧ при употреблении инъекционных наркотиков достигает 29%. Человеку, живущему с ВИЧ, необходимо своевременное и доступное назначение терапии (АРВТ). Однако, несмотря на это, многие ВИЧ-инфицированные не получают помощи. Особенно сложной становится координация помощи ВИЧ инфицированным, когда речь идет о людях, употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). Низкая обращаемость ЛУИН в службы помощи для ВИЧ-инфицированных может объясняться не только проблемами, обусловленными наркозависимостью, но и опасениями пациентов, связанными с возможной стигматизацией. Кроме того,

данная ситуация усугубляется существующей проблемой разобщенности наркологических и инфекционных служб.

Целью данного двойного контролируемого рандомизированного исследования явилось изучение эффективности поведенческой интервенции LINC (кейс-менеджмент на основе сильных сторон личности), направленной на привлечение ВИЧ-инфицированных пациентов, страдающих опиоидной зависимостью, в специализированные службы помощи и лечения ВИЧ-инфекции, а также на улучшение взаимодействия между наркологической и инфекционной службами Санкт-Петербурга. В исследовании приняли участие 349 ВИЧ-инфицированных пациентов с опиоидной зависимостью, проходивших дезинтоксикационную терапию в городской наркологической больнице Санкт-Петербурга. Пациенты были рандомизированы либо в интервенционную группу, включавшую 5 сессий с кейс-менеджером (КМ) в течение последующих 6 месяцев, либо в контрольную группу, получавшую стандартный объем медицинской помощи. Период наблюдения составил 12 месяцев. В рамках интервенции равные консультанты (КМ) осуществляли сопровождение ВИЧ-инфицированных ЛУИН, оказывали им помощь в решении социальных проблем (как барьеров для получения медицинской помощи) и мотивировали их на получение лечения относительно ВИЧ-инфекции. Для работы в качестве КМ были привлечены ВИЧ-положительные ЛУИН в стабильной ремиссии (10 и более лет), получающие медицинскую помощь относительно ВИЧ-инфекции. Первая интервенция проводилась в Городской наркологической больнице, остальные 4 – в общественных местах города, удобных для участников, а также – в центре СПИД, больнице Боткина и в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете имени академика И.П. Павлова.

Для оценки эффективности интервенции были выбраны следующие показатели: обращение в ВИЧ службу в течение 6 месяцев после включения в исследование (как минимум 1 визит к инфекционисту), обращение в ВИЧ службу в течение последующих 6 месяцев (период 6-12 месяцев после включения, как минимум 1 визит к инфекционисту), уровень CD4 клеток через 12 месяцев, употребление наркотиков за последние 30 дней. Для статистического анализа данных были использованы методы описательной статистики и регрессионный анализ.

Результаты: Участники (N=349) имели следующие исходные характеристики: 73% мужчины, 12% принимали АРВТ в прошлом, средний возраст составил 34 года, среднее значение количества CD4 до участия в исследовании - 311 клеток/мл. В течение первых 6 месяцев после включения в исследование 51% участников интервенционной группы и 31% контрольной группы обратились в службу помощи ВИЧ-инфицированным (AOR 2.34; 95% CI: 1.49-3.67;  $p < 0.001$ ). Значимых различий по показателю обращений в ВИЧ службу в период 6-12 месяцев после включения в исследование и по показателю уровня CD4 клеток через 12 месяцев обнаружено не было:  $343 \pm 257 \times 10^9/\text{л}$  в интервенционной группе и  $354 \pm 257 \times 10^9/\text{л}$  в группе контроля (AOR 1.14; 95% CI: 0.91,  $p = 0.25$ ). 49% участников сообщили об употреблении инъекционных наркотиков за последние 30 дней через 12 месяцев после включения в исследование.

Выводы: Интервенция LINC (кейс-менеджмент на основе сильных сторон личности) показала свою эффективность в отношении привлечения ВИЧ-инфицированных наркозависимых в инфекционную службу и начала диспансерного наблюдения в течение 6 месяцев после включения в исследование. В последующие 6 месяцев обращаемость пациентов интервенционной и контрольной групп была одинаково низкой, что, вероятно, связано с отсутствием сопровождения со стороны КМ. Значимого повышения значений показателя иммунного статуса (CD4-клеток), уровень которого зависит от регулярного приема АРВТ, в интервенционной группе через 12 месяцев обнаружено не было, что, возможно объяснить низким процентом пациентов исследования, получающих АРВТ (13,8%). Употребление инъекционных наркотиков является документально подтвержденным барьером на пути достижения высокой приверженности АРВТ среди когорты ВИЧ-инфицированных ЛУИН. Учитывая тот факт, что почти половина участников исследования LINC на визите заключительной оценки сообщили об употреблении инъекционных наркотиков в течение последних 30 дней, важно отметить необходимость раннего начала лечения (в том числе и фармакологического) зависимости от опиоидов.

## БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИЕЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Ветлугина Т.П. (1), Прокопьева В.Д. (1), Никитина В.Б. (1), Лобачева О.А. (1),  
Мандель А.И. (1), Аржаник М.Б. (2), Кисель Н.И. (1), Бохан Н.А. (1)

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН (1); ФГБОУ ВО СибГМУ  
Минздрава России (2)

Томск

*BIOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH THERAPEUTIC REMISSION IN ALCOHOL DEPENDENCE*

*Vetlugina T.P. (1), Prokopieva V.D. (1), Nikitina V.B. (1), Lobacheva O.A. (1), Mandel A.I. (1),*

*Arzhanik M.B. (2), Kisel N.I. (1), Bokhan N.A. (1)*

Цель исследования: Выявление факторов эндокринной регуляции и окислительного стресса, связанных с устойчивостью терапевтической ремиссии у больных с алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. Обследованы 70 мужчин в возрасте 30 – 60 лет ( $46,3 \pm 10,1$  лет), поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (синдром зависимости – F10.21 и синдром отмены – F10.30)»; длительность заболевания –  $14,6 \pm 9,3$  лет. У пациентов взятие крови для биологических исследований осуществляли на 3–5 день поступления в стационар после алкогольной детоксикации.

Определяли: в сыворотке крови – концентрацию кортизола, тестостерона, тиреотропного гормона (ТТГ) трийодтиронина свободного – Т3, тироксина свободного – Т4 методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием стандартных наборов ИФА-БЕСТ (ЗАО «ВЕКТОР-БЕСТ»); в плазме крови – продукты окислительной модификации белков по уровню карбонилированных белков (КБ) с использованием 2,4-динитрофенилгидразина (Panreas, Espana), продукты окислительной модификации липидов – по содержанию ТБК-реактивных продуктов (ТБК-РП) с применением набора реактивов ТБК АГАТ (ООО «Агат-Мед»).

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и одобрено Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол №115 от 26.11.2018 г., дело 115/1.2018).

Результаты и их обсуждение. У пациентов по сравнению с контролем (здоровые мужчины соответствующего возраста) установлено повышение концентрации кортизола ( $p < 0,001$ ), тестостерона ( $p = 0,020$ ); коэффициента отношения кортизол/тестостерон – К/Т ( $p = 0,003$ ), КБ ( $p = 0,012$ ), ТБК-РП ( $p = 0,025$ ); снижение концентрации ТТГ ( $p = 0,008$ ); Т3 ( $p < 0,001$ ); Т4 ( $p < 0,001$ ); коэффициента отношения Т3/Т4 ( $p < 0,001$ ). Высокий уровень кортизола у больных с алкогольной зависимостью подтверждает данные литературы о действии алкоголя и его отмену, как стрессового фактора, который стимулирует синтез глюкокортикоидов, приводит к дисбалансу в других осях эндокринной системы и нейрорадаптивным изменениям в системах вознаграждения мозга [Becker H.C., 2017; Wemm S.E., Sinha R., 2019]. С активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при действии алкоголя тесно связаны и функции гипоталамо-гипофизарно-гонадной и тиреоидной осей [Rachdaoui N., Sarkar D.K., 2017; Erol A et al., 2019]. Важнейшим звеном патогенеза алкогольной зависимости является также окислительный стресс (ОС) с повышением концентрации продуктов окисления белков и липидов в плазме крови пациентов [Chen C.H et al., 2011; Wu S.Y. et al., 2020].

С использованием биологических данных, возраста пациентов, длительности заболевания была построена прогностическая модель устойчивости ремиссии. Из общей группы пациентов были отобраны лица с разной длительностью терапевтической ремиссии: с неустойчивой терапевтической ремиссией длительностью 1 – 6 месяцев (25 человек) и с устойчивой терапевтической ремиссией длительностью 12 месяцев и более (31 пациент). В анализ не включены пациенты с промежуточным периодом стабилизации ремиссии от 7 до 11 месяцев. Длительность терапевтической ремиссии, достигнутой в результате предыдущего лечения, устанавливали на основании субъективного анамнеза со слов пациента и объективного со слов родственников и катamnестических данных из архивных историй болезни.

Для построения прогностической модели применялся метод однофакторной логистической регрессии. В качестве прогнозируемой переменной выступала неустойчивая ремиссия. Результаты регрессионного

анализа выявили наиболее значимые биомаркеры для предсказания неустойчивой ремиссии длительностью до 6 месяцев после антиалкогольной терапии: К/Т, Т3 и Т4 (чувствительность модели превышала 80% при уровне значимости  $p < 0,001$ ). Тестостерон, факторы окислительного стресса (КБ и ТБК-РП), длительность заболевания лучше предсказывали устойчивую ремиссию (чувствительность модели от 70 до 80%, при уровнях значимости модели от  $p = 0,04$  до  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** В периферической крови мужчин с алкогольной зависимостью после алкогольной детоксикации по сравнению с соответствующим контролем установлено повышение уровней кортизола, тестостерона, карбонилированных белков, ТБК-реактивных продуктов, К/Т, снижение уровней ТТГ, Т3, Т4, Т3/Т4. С использованием метода логистической регрессии построена прогностическая модель устойчивости ремиссии. Впервые показано, что наиболее значимыми параметрами модели для предсказания неустойчивой ремиссии длительностью до 6 месяцев были К/Т, Т3 и Т4. Продолжение исследований в этом направлении, накопление и уточнение данных позволят транслировать информативные клиничко-биологические комплексы в наркологическую практику с целью прогнозирования устойчивости ремиссии и предложить подходы к разработке новых лечебно-реабилитационных мероприятий для стабилизации ремиссий у больных с алкогольной зависимостью и профилактики ранних рецидивов заболевания.

**Источники финансирования.** Исследование выполнено за счет бюджетного финансирования темы НИР № 0550-2019-0007, регистрационный номер АААА-А19-119020690013-2.

## **ПОИСК БАРЬЕРОВ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ НАЛТРЕКСОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ**

**Ветрова М.В., Блохина Е.А., Ченг Д.М., Труонг В., Квинн Э.К., Гнатенко Н., Самет Дж., Бушара Н.М., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я., Васильева Ж.В., Тюсова О.В., Лioзнов Д.А., Крупицкий Е.М.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России  
Санкт-Петербург

*BARRIERS IN INITIATION OF NALTREXONE TREATMENT AMONG PATIENTS WITH OPIOID USE DISORDER AND HIV-INFECTION*

*Vetrova M.V., Blokhina E.A., Cheng D.M., Truong V., Quinn E.K., Gnatienco N., Samet J.H., Bushara N.M., Yaroslavtseva T.S., Palatkin V.Ya., Vasilieva J.V., Toussova O.V., Lioznov D.A., Krupitsky E.M.*

**Введение.** Налтрексон в трех лекарственных формах (имплантируемой, инъекционной (XR-NTX) и энтеральной) является единственным доступным средством фармакотерапии синдрома зависимости от опиоидов (СЗО) в России. Однако, начало фармакологического лечения с целью стабилизации ремиссии является сложной клинической задачей, и в настоящее время недостаточно известно о факторах, определяющих успешность начала данного лечения. Целью представленного вторичного анализа данных рандомизированного клинического исследования (РКИ) является определение характеристик пациентов, связанных с неуспешным началом применения XR-NTX после рандомизации в интервенционную группу, предусматривающее бесплатный доступ к данному препарату. Предполагается, что злоупотребление алкоголем, а также показатели, характеризующие более тяжелую степень выраженности синдрома зависимости от опиоидов, могут служить факторами-предикторами раннего выбывания на этапе детоксикационной терапии и, следовательно, невозможности начала терапии XR-NTX для стабилизации ремиссии.

**Методы.** Проведено РКИ в параллельных группах среди 225 пациентов с синдромом зависимости от опиоидов и сопутствующей ВИЧ-инфекцией (без антиретровирусной терапии [АРВТ]), госпитализированных в наркологический стационар с целью купирования синдрома отмены для оценки эффективности комплексной интервенции по сравнению со стандартной терапией (в рамках ОМС)-. Участникам интервенционной группы ( $n=111$ ) были доступны следующие компоненты интервенции: детоксикационная терапия, применение XR-NTX, психосоциальное консультирование и раннее начало АРВТ. Проведена оценка следующих характеристик участников на этапе включения в исследования (до интервенции): социодемографические (пол, возраст); психологические (шкала генерализованного тревожного расстройства [ГТР-7] и шкала оценки депрессивных симптомов The Center for epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]); социальные (уровень социальной поддержки); характеристики,

связанные с употреблением ПАВ (количество дней употребления опиоидов в течение 30 дней до госпитализации, визуально-аналоговая шкала [ВАШ 0-100] влечения к опиоидам, наличие расстройств, обусловленных употреблением алкоголя [Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT]). Все данные собраны со слов участников. Построены логистические регрессионные модели для оценки взаимосвязей между успешным началом XR-NTX и характеристиками пациента, связанные с употреблением опиоидов и алкоголя. Социодемографические и психологические показатели применялись в качестве ковариат для коррекции полученных результатов.

Результаты. В среднем участники были рандомизированы в интервенционную группу через 7 (СО=6) дней после поступления. Средний возраст в данной группе составил 37 (5) лет, из них 42,3% женщины. Около 50% (n=54) участников выявлены расстройства, обусловленные употреблением алкоголя (балл AUDIT 8 и более). В течение 30 дней до госпитализации участники употребляли опиоиды в среднем 20 (10) дней, на момент опроса у большинства (57%) было умеренное или выраженное (30% и более) влечение к опиоидам. У 53 % участников выявлена тревожность средней или тяжелой степени (балл GAD-7 составил 10 и более), а у 75% – депрессивная симптоматика (балл CES-D – 16 и более), при этом данные показатели показали умеренную значимую корреляцию (коэффициент корреляции = 0.45,  $p < 0.0001$ ). В ходе исследования 63/111 начали XR-NTX перед выпиской из наркологического стационара. Не выявлено взаимосвязей между отсутствием получения XR-NTX перед выпиской и изучаемыми характеристиками пациента, включая наличие расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AOR=2.50; 95% CI [0.63-3.58]), более выраженное (30 и более баллов) влечение к опиоидам (AOR=0.42; 95% CI [0.15-1.23]) и употребление опиоидов за 30 дней до госпитализации (AOR=0.47; 95% CI [0.17-1.24]).

Выводы. Расстройства, обусловленные употреблением алкоголя, включая опасное и пагубное употребление или зависимость, распространены среди пациентов с СЗО, госпитализированных для лечения синдрома отмены. Изучаемая выборка включала преимущественно пациентов с выраженным влечением к употреблению опиоидов и частым употреблением опиоидов до госпитализации, что позволяет предположить, более выраженную степень зависимости от опиоидов у данной когорты. Однако, в данном исследовании нам не удалось выявить влияния употребления алкоголя и характеристик, связанных с употреблением опиоидов, на успешность начала фармакотерапии для стабилизации ремиссии. Вероятно, другие характеристики пациента, такие как низкая готовность к поведенческим изменениям, недоверие к фармакотерапии в наркологической практике, боязнь потенциальных побочных эффектов, могут быть более существенными барьерами для начала терапии налтрексоном, что должно быть изучено в будущем.

## **КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ**

**Винникова М.А., Комаров С.Д., Комарова А.П.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES OF ALCOHOL DEPENDENCE COMPLICATED BY CONVULSIVE SYNDROME*

*Vinnikova M.A., Komarov S.D., Komarova A.P.*

Актуальность: Распространенность эпилепсии среди лиц, страдающих алкогольной зависимостью в 3 раза выше, чем в общей популяции, примерно 50 случаев на 100 000 населения в год (Chan A.W., 1985). Распространенность алкогольной зависимости так же более высока среди пациентов с эпилепсией, чем среди населения в целом (Chan A.W., 1985). У 1/3 пациентов, госпитализированных в связи с развитием эпилептического приступа, выявлена связь между употреблением алкоголя и возникновением приступа (Тиганов А.С., 1999).

Злоупотребление алкоголем – важный провоцирующий фактор развития эпилептического статуса, 9 – 25% всех случаев эпилептического статуса были спровоцированы приемом алкоголя (Пылаева О.А., Воронкова К.В., 2008)

Судорожным синдромом осложняется 5–15% тяжёлого течения синдрома отмены алкоголя (Кушнир Г.М., Иошина Н.Н., 2015)

Цель исследования: изучить клинико-динамические особенности алкогольной зависимости, осложненной судорожным синдромом.

Материалы и методы: В исследование было включено 200 пациентов, проходивших курс стационарного лечения, все мужчины, средний возраст  $43.7 \pm 10.8$ . Общая выборка разделена на 2 группы. Основную группу составили 100 пациентов с диагнозом: алкогольная зависимость, осложненная судорожным синдромом. Контрольную группу составили также 100 пациентов с диагнозом алкогольная зависимость без судорожного синдрома. Основными методами исследования были клинико-психопатологический, катamnестический, статистический. Сравнение групп проводилось по 11-ти клинико-динамическим параметрам: возраст пациента на момент исследования, отягощенность наследственности по наркологическому заболеванию, отягощенность наследственности по судорожному синдрому, патология беременности, патология родов, наличие судорожных приступов в раннем детстве, наличие черепно-мозговых травм, прогрессивность алкогольной зависимости, стадия алкогольной зависимости, форма употребления алкоголя, частота алкогольных психозов. Базовым программным обеспечением для выполнения статистического анализа является программа IBM SPSS Statistics Ver. 22. Проверка нормальности распределения осуществлялась с использованием критерия Шапиро-Уилка. При межгрупповых сравнениях непрерывных данных с нормальным распределением использовался непарный t-критерий Стьюдента, в случае, когда данные не подчинялись закону нормального распределения, использовался одновыборочный критерий Вилкоксона.

Результаты исследования. Были получены достоверные различия по 6-ти клинико-динамическим параметрам: возраст пациента, наследственная отягощенность по наркологическому заболеванию, наличие черепно-мозговых травм, прогрессивность алкогольной зависимости, форма употребления алкоголя, частота алкогольных психозов.

Средний возраст на момент включения в исследование различался между группами: в основной группе он составил  $40,00 \pm 9,00$ , в контрольной группе –  $47,93 \pm 10,98$  ( $P = 0.001$ ). Наследственная отягощенность по наркологическому заболеванию преобладала у 42% пациентов основной группы, в сравнении с 18% контрольной группы ( $P = 0.0015$ ). Черепно-мозговые травмы чаще встречались в основной группе – 71% пациентов, в контрольной группе черепно-мозговые травмы регистрировались у 21% пациентов ( $P = 0.000000$ ). Группы статистически достоверно различались по прогрессивности заболевания. Высокая прогрессивность заболевания встречалась у 75% пациентов основной группы, в сравнении с 36% пациентов контрольной группы ( $P = 0.000000$ ). Алкогольные психозы в виде алкогольного делирия, чаще встречались у пациентов основной группы: 30% в сравнении с 22% пациентов контрольной группы ( $P = 0.00016$ ). Были получены интересные данные по форме употребления алкоголя. Оценка формы употребления алкоголя показала преобладание постоянной формы потребления у пациентов основной группы: 59% в сравнении с 42% пациентов контрольной группы ( $P = 0.001$ ). Кроме того, в основной группе чаще встречалась псевдозапойная форма употребления алкоголя, которая составила 24%, в контрольной группе такая форма употребления встречалась в 14% ( $P = 0.000000$ ). Запойная же форма употребления алкоголя (истинные запои) в основной группе встречалась значительно реже, чем в контрольной: 17% с 44% ( $P = 0.000000$ ).

Выводы: более молодой возраст включения в исследование можно объяснить следующим образом. Пациенты основной группы со сформированным судорожным синдромом отличаются более молодым возрастом начала систематического употребления алкоголя, последующим формированием алкогольного абстинентного синдрома и как следствие раньше обращаются за наркологической помощью, в сравнении с пациентами контрольной группы. Возможно, это связано с более тяжелым течением алкогольной зависимости, либо с нарушением функционирования (или поражением) головного мозга, провоцирующим развитие судорожного синдрома на фоне хронической алкогольной интоксикации. Высокая наследственная отягощенность по наркологическому заболеванию в основной группе больных подтверждает важную роль генетических факторов в развитии заболевания. Высокая прогрессивность наркологического заболевания в основной группе пациентов свидетельствует о более тяжелом течении алкогольной зависимости у больных с судорожным синдромом. Большая частота развития алкогольных психозов в основной группе пациентов также свидетельствует о большей тяжести заболевания с одной стороны и нарушенном функционировании головного мозга с другой. Кроме того, этот факт подтверждает имеющиеся литературные данные о том, что у больных алкогольной зависимостью зачастую судорожный синдром провоцирует развитие психоза экзогенного типа – делирия. Высокая частота встречаемости черепно-мозговых травм в основной группе пациентов может свидетельствовать о преобладании травматического генеза развития судорожного синдрома у больных алкогольной зависимостью в сравнении с токсическим и биологическим генезом. Эта гипотеза также подтверждается



литературными данными. Преобладание постоянной формы употребления алкоголя в основной группе пациентов, стало находкой данного исследования, так как в литературе встречается информация о преобладании псевдозапойной формы употребления алкоголя.

## **СИМПТОМЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ**

**Гречаный С.В., Ильичев А.Б.**

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Санкт-Петербург

*SYMPTOMS OF INTERNET-DEPENDENT BEHAVIOR IN PATIENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER*

*Grechanyi S.V., Ilichev A. B.*

Аддиктивное поведение с использованием Интернета относятся к актуальным проблемам современной психиатрии. По мере широкого распространения Интернета, поведение в рамках целого ряда аддикций дополнилось онлайн-активностью. Кроме того, появились новые формы, специфически связанные с Интернетом, нозологическое положение которых до конца не определено. Для их окончательного отнесения к психическим расстройствам требуется выявление признаков, указывающих на клинический уровень проявлений. Кроме того, необходима разработка четких клинических критериев и психометрических инструментов их скрининга и диагностики (Petry N.M., Zajac K., Ginley M.K., 2018). Наиболее изученной формой зависимости с использованием Интернета является зависимость от азартных игр (Online Gambling Disorder, OGD). В МКБ-11 она включена в рубрику «Расстройство вследствие пристрастия к азартным играм». Другой формой является онлайн зависимость от компьютерных игр и видеоигр (Internet Gaming Disorder, IGD). В МКБ-11 она включена в рубрику «Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм. Однако в DSM-5 рассматривается в приложении для исследователей как состояние, требующее дальнейшего изучения. Зависимость от Интернета как самостоятельная клиническая форма изучена в меньшей степени. Ее проявления похожи на признаки других онлайн аддикций (от азартных и компьютерных игр, сексуальных аддикций). Другие формы поведенческих аддикций менее изучены. Относительно самостоятельные критерии описаны для аддикции к шоппину и пищевой аддикции (Petry N.M., Zajac K., Ginley M.K., 2018). К формам с использованием Интернета относятся зависимость от использования социальных сетей и онлайн формы сексуальной аддикции. Обнаружено, что зависимость от использования социальных сетей связана с такими негативными последствиями, как снижение производительности, нездоровые социальные отношения и снижение удовлетворенности жизнью (Sun Y., Zhang Y., 2020). Предикторами развития данной формы аддикции являются низкая самооценка и депрессивные явления (Banyai F., Zsila A., Kiraly O., 2017). Целый ряд работ указывает на коморбидность поведенческих аддикций с расстройствами личности, расстройствами импульсивного контроля, химическими аддикциями, аффективными расстройствами, а также с шизотипическим расстройством. Специальных исследований поведенческих аддикций с использованием ресурсов Интернета при шизотипическом расстройстве нами не было обнаружено. Тем не менее, коморбидность с гемблингом (не онлайн формой) была обнаружена у 30% лиц с шизотипическим расстройством и у 33% лиц с шизотипическим расстройством личности (Black D.W., Moyet T., 1998). В отношении онлайн-зависимости от компьютерных игр и видеоигр наиболее изучена коморбидность с депрессивными и тревожными расстройствами (в том числе социальной тревожностью), дефицитом внимания с гиперактивностью, химическими аддикциями. Импульсивность, низкая социальная компетентность (характерная и для шизотипического расстройства) и плохая регуляция эмоций рассматриваются как предикторы развития данной формы зависимости (Gentile D.A., Choo H., Liau A. et al., 2011). Интернет-зависимость обнаруживает коморбидность с симптомами СДВГ (у 100% обследованных), депрессией (у 75%), враждебностью/агрессией (у 66%), обсессивно-компульсивными симптомами (у 60%), тревогой (у 57%) (Carli V., Durkee T., Wasserman D., 2013). В отношении патогенеза интернет-аддикции и зависимости от социальных сетей предполагается, что социальное взаимодействие в Интернете в меньшей степени затруднено дефицитом межличностных отношений. Обнаружена значимая связь шизоидных и шизотипических личностных черт с «проблемным» использованием Интернета (Laconi S., Andreoletti A., Chauchard E., 2016), а также симптомов шизотипического расстройства личности (Mittal V.A., Tessner K.D., Walker E.F., 2007) с «проблемным» использованием Интернета с целью социального взаимодействия. Сексуальная аддикция

относится к наименее определенным в нозологическом отношении. В МКБ-11 она рассматривается в парадигме расстройств контроля побуждений (компульсивное расстройство сексуального поведения). В DSM-5 отнесена к категории аддиктивных расстройств, с указанием на недостаточную разработанность диагностических критериев, позволяющих квалифицировать ее как отдельную клиническую форму аддикции. Указывается на недостаточность клинических, эпидемиологических, нейробиологических данных, а стандартизированных инструментов скрининга, для отнесения чрезмерной вовлеченности в сексуальное поведение как зависимость (Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N., 2016). В качестве самостоятельного расстройства в DSM-5 предлагалось выделить гиперсексуальное расстройство – (повторяющуюся и интенсивную озабоченность сексуальными фантазиями, побуждениями и поведением, приводящую к неблагоприятным последствиям и клинически значимому дистрессу или нарушению в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования) (Kafka M.P., 2010), однако это не было принято. Обнаружена коморбидность компульсивного расстройства сексуального поведения с аффективным расстройством (у 71% обследованных), расстройством, связанным с употреблением психоактивных веществ (у 41%), тревожным расстройством (40%), расстройством импульсивного контроля (24%) (Kraus S.W., Potenza M.N., Martino S. et al., 2015). Шизотипическое расстройство рассматривается как наиболее мягкое, субклиническое проявление шизофрении. Критерии шизотипического расстройства личности DSM-5 и шизотипического расстройства МКБ-11 указывают на эмоциональные расстройства и нарушение межличностных отношений. Это указывает на высокую вероятность коморбидности шизотипического расстройства с такими формами аддикции, при которых влияние на аффективную сферу сочетается с относительно меньшими требованиями к функциям социального взаимодействия. Поэтому коморбидность аддиктивного поведения с использованием Интернета с шизотипическим расстройством требует отдельного изучения.

## **ТРУДОВАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

**Григорьева И.В., Гамова А.В.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Минск

*LABOR SOCIALIZATION OF PERSONS WITH DEPENDENCE ON ALCOHOL IN THE CONDITIONS OF THE  
PENITENTIARY SYSTEM*

*Grigorieva I.V., Gamova A.V.*

Актуальность. Основное последствие зависимости от алкоголя состоит в снижении трудового, интеллектуального, творческого ресурсного потенциала государства за счет вовлечения в систематическое употребление алкоголя большого количества молодежи, преимущественно лиц мужского пола. Трудотерапия является направлением реабилитации для восстановления процесса трудовой и социальной адаптации. Значительные государственные расходы, связанные с алкоголизмом, побуждают искать возможности повышения уровня комплексной медицинской реабилитации и трудовой адаптации лиц с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА), находящихся в лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП). Активный труд направлен на развитие таких качеств, как организованность, дисциплинированность, ответственность, терпеливость, сила воли. Трудовая социализация и профориентация формирует модусы поведения, необходимого для уверенного вхождения лиц с СЗА после выхода из ЛТП в профессиональную жизнь. Изучение вопросов мотивационно-потребностной сферы у лиц с СЗА позволяет использовать индивидуальный подбор видов труда в качестве важной составляющей медико-социальной реабилитации.

Цель исследования: оценить комплексную медицинскую реабилитацию лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП.

Материалы и методы: клиничко-психопатологический; оценка тяжести зависимого расстройства (Бел-ИТА/В-ASI), опросник «Уровень реабилитационного потенциала (УРП)» (Дудко Т.Н., 2006), опросник «Мотивация потребления алкоголя (МПА)» (Завьялов В.Ю., 1986). Количество – 300 пациентов мужского пола с зависимостью от алкоголя, находящихся в ЛТП в республике Беларусь. Средний возраст обследованных пациентов – 39,8±9,4 лет, распределены в 2 группы: I группа (150 пациентов), участвующая в программе комплексной медицинской реабилитации, и II группа (150 пациентов),

проходящая стандартную программу реадaptации. Преобладал средний УРП у 72% лиц, низкий УРП выявлен у 28 % обеих групп. В мотивационно-потребностной сфере среди «социально-психологических» мотивов приема алкоголя преобладающими явились псевдокультуральные мотивы – у 49,46% лиц I группы и 56,57% у II группы ( $p < 0,02$ ). Среди личностных мотивов преобладали атарактические мотивы – у 50,54% у лиц I группы и 61,41% II группы ( $p > 0,05$ ). В группе собственно патологической мотивации преобладала «похмельная» мотивация – у 43,01% лиц I группы и 51,52% у II группы ( $p > 0,05$ ). Акцент в реабилитации делался на развитие мотивов прекращения употребления алкоголя, изменения трудовой мотивации и отношения к труду (трудотерапия), решению реальных проблем в социальной сфере. Оценка профиля проблем в отношении трудоустройства, проблем на работе и организации досуга дала возможность оценить потребность в трудовой социализации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. Проблемы с работой и трудоустройством значительно беспокоили 34,7% пациентов, а потребность в помощи решения данных вопросов отметили 38% пациентов. Данные анамнеза подтвердили, что не имели постоянной работы 46,7% человек, а конфликтные взаимоотношения на работе с вышестоящим руководством отмечались у 22,0% пациентов. Увольнение в связи с нарушениями трудовой дисциплины, в основном по поводу прогулов, имели 40,0% пациентов. Имеющиеся проблемы с трудоустройством и работой были обусловлены, по мнению пациентов, употреблением на работе спиртных напитков и отсутствием дисциплинированности. В связи с отсутствием работы у 40% были финансовые затруднения, 36,7% пациентов имели долги и 24,7% административные штрафы. С учетом полученных результатов предложен алгоритм комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя с использованием трудотерапии в условиях ЛТП: 1. Определение условий труда на основе уровня реабилитационного потенциала (УРП) – позволяет оценить комплекс медицинских, психологических и социальных факторов, определяющих специфику клинической картины данного пациента, и возможности восстановления нарушенных социальных функций, которые создадут условия для участия в трудовой деятельности и формирования продолжительных ремиссий высокого качества. 2. Подбор условий труда осуществляется согласно выявленному УРП, который определяет условия труда: легкий, средний и тяжелый труд. Низкий УРП – определяет выбор легких условий труда (выполнение работы возможно только в специально созданных производственных условиях и при снижении объема работы и квалификации). Средний УРП – определяет выбор условий труда со средними нагрузками (выполнение работы в своей профессии со снижением объема работы или снижением квалификации). Высокий УРП – определяет выбор условий труда, обеспечивающих выполнение работы в полном объеме. 3. Определение содержания труда: наличие профессии или отсутствие определяют рекомендации по содержанию труда – сложный или простой труд; наличие профессии и сохранных профессиональных навыков определяют выбор сложного труда; отсутствие профессии предполагает выбор простого труда или профессиональной переподготовки. 4. Определение характера и средств труда.

Характеристики индивидуально-психологических особенностей личности определяют характер труда (индивидуальный и коллективный) и средства труда (ручной и механизированный). Пациентам с гедонистическим мотивом, рекомендован индивидуальный труд. В этом случае будет учитываться динамика работоспособности, утомления и удовлетворения трудом. Таким пациентам, как правило, показан ручной труд в связи с его простотой и максимальной личной вовлеченностью. Пациентам с доминирующим атарактическим мотивом, рекомендован коллективный труд. Такой труд будет развивать коммуникативные способности, создавать своевременные возможности обмена трудовым опытом, обеспечивать комфортный темп. Пациентам с мотивом гиперактивации, рекомендован коллективный труд для активации коммуникативных способностей, создания атмосферы соревновательного процесса и повышения заинтересованности пациентов в результатах труда. Таким пациентам показан механизированный труд, требующий от работника высокой внимательности, обучаемости, скорости реакции, что обеспечит развитие способности точного программирования и контроля своей трудовой деятельности. Пациентам с выраженным похмельным мотивом, рекомендован коллективный труд, который будет обеспечивать ресурсную поддержку со стороны коллектива, укрепление трудовой дисциплины, создание возможности обмена трудовым опытом, а также проведение релаксационных технологий во время перерывов в работе. Пациентам с доминирующим аддиктивным мотивом, рекомендован индивидуальный ручной труд в связи с необходимостью фокусирования внимания пациента на трудовом процессе, повышения осознанности и осмысленности трудовых операций, а также для преодоления давления группы с алкогольной субкультурой.

Пациентам с ведущим мотивом самоповреждения, рекомендован коллективный труд для развития коммуникативных способностей, формирования новых социальных связей и демонстрации собственной

ценности в процессе трудовой деятельности. Таким пациентам показан ручной труд с использованием различных способов поощрения по результатам труда.

Заключение. Социально-трудовое направление реабилитации обеспечивает успешную адаптацию пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и способствует восстановлению трудовой деятельности и полноценной жизни в современном обществе.

## **ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЗАВИСИМЫХ ОТ СТИМУЛЯТОРОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ**

**Громыко Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Илюк Р.Д.**

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

*FEATURES OF SOCIO-DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS IN STIMULANT DEPENDENT WITH DIFFERENT LEVEL OF MOTIVATION TO TREATMENT*

*Gromyko D.I., Nechaeva A.I., Erofeeva N.A., Kiselev A.S., Ilyuk R.D.*

Введение. Мотивация к лечению включает совокупность факторов, побуждающих наркозависимых обратиться за медицинской помощью. Определение роли различных причин, влияющих на потребность в лечении у зависимых от стимуляторов, способствует повышению обращения в лечебные программы. Цель работы: изучить социально-демографические, клинические и эмоциональные характеристики зависимых от стимуляторов с различной мотивацией к лечению, а также выявить предикторы готовности к изменению и стремления к лечению.

Дизайн и объект исследования. В кросс-секционном исследовании участвовали 102 больных с синдромом зависимости от стимуляторов.

Критерии включения: наличие стимуляторной зависимости (F15.20; F15.21), возраст от 18 до 60 лет, срок воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования.

Критерии невключения: зависимость от других ПАВ, кроме никотина и кофеина; эндогенные депрессии, личностные расстройства, психозы, биполярные или другие психические расстройства; суицидальные намерения или попытки суицида в анамнезе; выраженное интеллектуально-мнестическое снижение; тяжелые ЧМТ; судорожные припадки; опухоли; инфекционные поражения ЦНС; соматическая и неврологическая патология в фазе декомпенсации. В исследование не включались опиоидзависимые, принимающие психотропные средства и получающие психотерапию.

Методы исследования. Для обследования использовались: клиническая карта, включающая социально-демографические характеристики и наркологические показатели; шкала «Готовность к изменению и стремление к лечению» (SOCRATES); шкала дифференциальных эмоций К.Э. Изарда (DES); личностная тревога шкала Спилбергера (STAI); опросник выраженности гнева Спилбергера (STAXI); Торонтовская алекситимическая шкала (ТАС 26); тест на диагностику типа отношения к болезни (ТОБОЛ); тест антиципационной состоятельности В.Д. Менделевича (ТАСПК); тест смысложизненных ориентаций СЖО (PIL).

Методы статистической обработки. Статистическая обработка исходной информации проводилась с использованием пакета SPSS v. 21. Количественные показатели проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи теста Колмогорова-Смирнова. Так как распределение всех показателей не соответствовало нормальному закону, все количественные и категориальные показатели анализировались при помощи непараметрических критериев Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни, критерия хи-квадрат. Для попарных сравнений была введена поправка Бонферрони. В качестве описательной статистики количественных показателей представлены медианы [мин; макс]. Для выявления предикторов мотивации к лечению была построена модель множественной регрессии. При анализе результатов использовался уровень значимости  $p \leq 0,05$ .

Результаты исследования. Нами обследовано 78 (76,5%) мужчины и 24 (23,5%) женщины с диагнозом «синдром зависимости от стимуляторов», медианный возраст составил 23,0 года [18,0; 34,0] (med [min; max]). У обследованных высшее образование имели 4 человека (3,9%), неоконченное высшее – 23 (22,5%), среднее – 61 (59,8%), начальное – 14 (13,8%). Квалифицированная работа отмечалась у 21 пациента (20,6%), малоквалифицированным трудом заняты 23 человека (22,5%), случайный заработок имели 17 (16,7%) больных с зависимостью, 24 (23,5%) обследованных не работали, 17 (16,7%) являлись

учащимися. Материальное положение было хорошим у 27 (26,5%) пациентов, удовлетворительное – 26 (25,5%), плохое – 49 (48,0%). На момент обследования женаты или замужем были 20 человек (19,6%), в гражданском браке – 14 (13,7%), в разводе – 11 (10,8%), холост (не замужем) – 57 (55,9%). Медианный возраст начала потребления стимуляторов составил 19,0 лет [16,0; 30,0], длительность заболевания – 48,0 мес. [12,0; 144,0], последнее потребление наркотика – 14,0 [10,0; 20,0] дней назад, синдром отмены сформирован в 20,0 лет [16,0; 31,0], длительность синдрома отмены – 5,0 дней [2,0; 10,0]. Количество случаев лечения наркотической зависимости соответствовало 1,0 [0,0; 10,0], после лечения длительность ремиссий была равна 1,0 мес. [0,0; 20,0]. Коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания был равен 0,08 [0,00; 0,55]. Зависимые с низкой мотивацией к лечению (НМЛ) были моложе (21,0 [18,0; 24,0]), чем больные со средней мотивацией (СМЛ) и пациенты с высокой мотивацией (ВМЛ) (23,0 [22,0; 32,0] и 25,0 [24,0; 27,0]); а уровень образования в ВМЛ 9 (60%) выше, чем в НМЛ и СМЛ (2 (13,3%) и 4 (26,7%)) ( $p \leq 0,05$ ). Длительность заболевания в группе НМЛ (24,0 [12,0; 48,0]) короче по сравнению с СМЛ и ВМЛ (48,0 [36,0; 72,0] и 60,0 [36,0; 84,0]) и длительность синдрома отмены у них (3,0 [12,0; 48,0]) меньше, чем в других группах (5,0 [3,0; 8,0] и 6,0 [5,0; 8,0]) ( $p \leq 0,05$ ). У пациентов с НМЛ меньше количество случаев лечения (0,5 [0,0; 1,0]) по сравнению с СМЛ и ВМЛ (1,0 [0,0; 1,0] & 2,0 [0,0; 3,0]); а продолжительность ремиссий после лечения больше в ВМЛ (4,0 [1,0; 16,0]), чем НМЛ и СМЛ (0,5 [0,0; 1,0] и 1,0 [0,0; 5,0]) ( $p \leq 0,05$ ). Вместе с тем, коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания в группе НМЛ (0,0 [0,00; 0,04]) оказался ниже по сравнению с группами СМЛ и ВМЛ (0,1 [0,00; 0,08] и 0,3 [0,18; 0,39]) ( $p \leq 0,05$ ). В группе НМЛ были выше показатели эмоции «гнев» (DES) (8,0 [5,0; 9,0] vs. 5,5 [4,0; 8,0]), «личностная тревога» (STAI) (45,0 [39,0; 50,0] vs. 34,0 [30,0; 40,0]), «склонность к гневу» (STAXI) (26,5 [19,0; 31,0] vs. 18,0 [15,0; 28,0]), «алекситимия» (TAC 26) (75,0 [67,0; 79,0] vs. 62,0 [54,0; 80,0]), тип отношения к болезни «меланхоличный» (ТОБОЛ) (16,0 [0,0; 36,0] vs. 10,0 [0,0; 32,0]), чем у ВМЛ ( $p \leq 0,05$ ). Пациенты с ВМЛ по сравнению с НМЛ имели более высокие значения эмоции «интерес» (DES) (11,0 [9,0; 12,0] vs. 8,0 [7,0; 10,0]), «лично-ситуационная антиципационная состоятельность» (ТАСПК) (168,0 [153,0; 174,0] vs. 152,0 [143,0; 157,0]), «локус-контроля – Я» (PIL) (21,0 [19,0; 22,0] vs. 14,0 [11,0; 16,0]) ( $p \leq 0,05$ ). У больных с НМЛ был меньше показатель ««вина» (DES) (7,0 [5,0; 10,0]), чем в СМЛ и ВМЛ (9,0 [6,0; 10,0] и 9,0 [7,0; 12,0]); и у них же выше значение «анозогнозичный» тип отношения к болезни (ТОБОЛ) (16,0 [0,0; 36,0]) по сравнению с другими группами (14,5 [3,0; 35,0] и 10,0 [0,0; 32,0]) ( $p \leq 0,05$ ). Уровень эмоции «Стыд» (DES) отмечался выше в группе ВМЛ (8,0 [6,0; 9,0]), чем в НМЛ и СМЛ (5,0 [4,0; 7,0] & 5,0 [4,0; 8,0]) ( $p \leq 0,05$ ). По данным регрессионного анализа предикторами «Готовности к изменению и стремления к лечению» (SOCRATES) у зависимых от стимуляторов являются: коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания ( $B_1 = 90,99$ ), длительность синдрома отмены ( $B_2 = 2,46$ ), тип отношения к болезни – меланхоличный (ТОБОЛ) ( $B_3 = -0,71$ ), образование ( $B_4 = 0,65$ ), «алекситимия» (TAC 26) ( $B_5 = -0,13$ ), «гнев» (DES) ( $B_6 = -2,88$ ), возраст ( $B_7 = 1,61$ ) ( $B_1, B_2, \dots, B_n$  – номера и коэффициенты предикторов; константа уравнения множественной регрессии  $B_0 = 68,78$ ; скорректированный  $R^2 = 0,87$ ).

Заключение. Высокий уровень мотивации к изменению и лечению более характерен для наркозависимых старшего возраста, с высшим образованием, часто обращавшихся на лечение и имеющих продолжительные терапевтические ремиссии в анамнезе. У пациентов с высокой готовностью к лечению в большей мере отмечается способность проявлять интерес, испытывать чувство вины и стыда за свои действия, прогнозировать вероятность развития жизненных ситуаций и способов их разрешения, брать на себя ответственность за свою жизнь. Низкий уровень потребности в лечении наблюдается при меньшей тяжести наркотической зависимости. Кроме того, выраженность гнева и тревоги, проблемы с идентификацией своих чувств, «меланхоличный» и «анозогнозичный» типы отношений к болезни препятствуют формированию мотивации к лечению. Благоприятное течение наркомании, отсутствие меланхолического типа отношения к болезни, высокий образовательный уровень, способность к осознанию своих чувств и низкие значения гнева, а также более зрелый возраст, являются предикторами мотивации к лечению.

# БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРЕДИКТОРЫ МОТИВАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ

Громько Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д.

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

Санкт-Петербург

*BIOPSYCHOSOCIAL FACTORS AND PREDICTORS OF MOTIVATION TO CHANGE AND TREATMENT IN PATIENTS WITH OPIOID DEPENDENCE SYNDROME*

*Gromyko D.I., Nechaeva A.I., Erofeeva N.A., Kiselev A.S., Krupitsky E.M., Ilyuk R.D.*

**Введение.** Формирование мотивации к лечению является сложным многокомпонентным процессом, оказывающим влияние на эффективность медицинской помощи наркологическим больным. Значимость различных факторов, определяющих потребность в лечении у опиоидзависимых, недостаточно изучена. Цель исследования: оценить роль социально-демографических, клинических и психоэмоциональных показателей в мотивации к лечению у опиоидзависимых.

**Материалы и методы.** В кросс-секционное исследование включены 129 пациентов. Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, наличие опиоидной зависимости (F11.20; F11.21), срок воздержания от наркотика от 7 до 21 суток перед началом исследования.

**Критерии невключения:** соответствие критериям диагностики зависимости от других ПАВ, кроме никотина и кофеина; диагностированные эндогенные депрессии, биполярные или другие психические расстройства, личностные расстройства; суицидальные намерения или попытки суицида в анамнезе; черепно-мозговые травмы; судорожные припадки; опухоли; инфекционные поражения ЦНС; выраженное интеллектуально-мнестическое снижение; соматическая патология в фазе декомпенсации (сердечно-сосудистые заболевания, патология почек и т.д.); неврологические заболевания и другие состояния, которые могут помешать пациенту участвовать в научном исследовании. Не включались в исследование пациенты, принимающие психотропные средства или психоактивные вещества, способные повлиять на оценки в исследовании, а также пациенты, начавшие психотерапию. Для исследования использовались клиническая карта, шкала «Готовность к изменению и стремление к лечению» (SOCRATES), шкала дифференциальных эмоций К.Э. Изарда (DES), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), Торонтовская алекситимическая шкала (ТАС 26), тест антиципационной состоятельности, тест смысложизненных ориентаций (PIL).

**Статистический анализ:** Обработка исходной информации проводилась с использованием статистического пакета SPSS v. 21. Количественные показатели в каждой группе были проверены на соответствие распределения нормальному закону при помощи теста Колмогорова-Смирнова. Так как распределение всех показателей не соответствовало нормальному закону, все количественные показатели анализировались при помощи непараметрических критериев Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни. Категориальные признаки с числом значений 5 и более анализировались также при помощи критериев Краскала-Уоллиса и Манна-Уитни. Категориальные признаки с числом значений менее 5 и номинальные признаки анализировались при помощи критерия хи-квадрат. Общий уровень значимости принят равным 0,05. Для попарных сравнений была введена поправка Бонферрони. В качестве описательной статистики количественных показателей представлены медианы [мин; макс]. Для выявления предикторов мотивации к лечению была построена модель множественной регрессии.

**Результаты.** Обследовано 74 (57,4%) мужчины и 55 (42,6%) женщин с диагнозом «синдром зависимости от опиоидов», медианный возраст составил 24,0 года [18,0; 35,0] (med [min; max]). С помощью кластерного анализа проведено распределение опиоидзависимых на группы по уровню мотивации к изменению и лечению: у 44 (34%) обследованных показатель шкалы SOCRATES находился в диапазоне от 31 до 51 балла, что свидетельствовало о низком уровне мотивации к изменению и лечению (НМИЛ); у 34 (26%) определялся средний уровень (52–71 балл) (СМИЛ), у 51 (40%) – высокий уровень (72–93 балла) (ВМИЛ).

В группе ВМИЛ опиоидзависимые (16 (53,3%)) по сравнению с СМИЛ и НМИЛ (7 (23,3%) и 7 (23,3%)) чаще имели квалифицированную работу ( $p \leq 0,05$ ). Пациенты ВМИЛ (17 (56,7%)) чаще состояли в браке, чем СМИЛ и НМИЛ (10 (33,3%) и 3 (10,0%)) ( $p \leq 0,05$ ). Члены семьи наркозависимых НМИЛ и СМИЛ (2 (6,9%) и 5 (17,2%)) реже требовали от своих родных с зависимостью прекратить потребление опиоидов по сравнению с ВМИЛ (22 (75,9%)) ( $p \leq 0,05$ ). Плохое отношение к отцу (14 (70,0%) vs. 2 (10,0%)) чаще регистрировалось в группе зависимых от опиоидов НМИЛ, чем ВМИЛ; а хорошее отношение к родным

(13 (68,4%) vs. 2 (10,5%)) выше в группе ВМИЛ по сравнению с НМИЛ ( $p \leq 0,05$ ). Больные с НМИЛ были моложе (21 [18,5; 24,0] vs. 25 [24,0; 27,0]) больных ВМИЛ, имели более короткую длительность наркологического заболевания (30,0 [24,0; 42,0] vs. 60,0 [48,0; 72,0]) и синдрома отмены (5 [5,0; 6,0] vs. 8,0 [7,0; 9,0]), меньшее количество случаев лечения (0,5 [0,0; 1,0] vs. 1,0 [0,0; 2,0]) и длительность ремиссий после лечения (0,5 [0,0; 2,0] vs. 9 [0,0; 12,0]), более низкий коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания (0,0 [0,00; 0,06] vs. 0,4 [0,17; 0,44]) ( $p \leq 0,05$ ). В группе ВМИЛ были выше показатели эмоции «интерес» (DES) (12,0 [9,0; 13,0] vs. 9,0 [9,0; 10,0]), «личностно-ситуационная антиципационная состоятельность» (167,0 [154,0; 173,0] vs. 150,5 [147,0; 162,5]), «цель в жизни» (PIL) (29,0 [19,0; 34,0] vs. 19,0 [17,0; 20,0]), «процесс жизни» (PIL) (27,0 [19,0; 31,0] vs. 18,0 [14,0; 20,5]), чем у НМИЛ ( $p \leq 0,05$ ). В группах СМИЛ и НМИЛ выше показатель «алекситимия» (74,0 [58,0; 83,0] и 71,0 [65,5; 77,0]), чем в ВМИЛ (60,0 [51,0; 73,0]) ( $p \leq 0,05$ ). Определены предикторы готовности к изменению и лечению у опиоидзависимых: коэффициент отношения длительности ремиссий к длительности заболевания ( $B1 = 87,67$ ), «интерес» (DES) ( $B2 = 1,12$ ), «алекситимия» (TAC 26) ( $B3 = -0,30$ ), пол (мужской, женский) ( $B4 = -7,46$ ), наличие критики к заболеванию ( $B5 = 1,74$ ), время от последнего употребления опиоидов ( $B6 = -0,69$ ) ( $B0 = 80,89$ ; скорректированный  $R2 = 0,79$ ).

**Заключение.** Наличие более зрелого возраста у опиоидзависимых, сохранность их социального статуса и гармоничные отношения с близким окружением способствуют большей мотивации к изменению и лечению. Непримируемость родных к употреблению наркотиков повышает готовность к обращению за медицинской помощью.

Низкая мотивация к лечению отмечается у зависимых от опиоидов с меньшей длительностью и высокой прогрессивностью заболевания. Высокий уровень потребности к изменению и лечению наблюдается при большей продолжительности наркотизации и синдрома отмены, более частой обращаемости за наркологической помощью и при наличии терапевтических ремиссий.

Более высокая способность описывать и идентифицировать собственные чувства, проявлять интерес, демонстрировать собранность и концентрированность, прогнозировать вероятность возникновения конфликтных ситуаций в отношениях и их разрешение, а также наличие смысла жизни, умение ставить перед собой цели и достигать их, повышают потребность в лечении.

Низкая тяжесть наркологического заболевания, незначительная выраженность алекситимии в совокупности с более продолжительными периодами трезвости, наличием большей критики к заболеванию и проявление эмоции интереса, а также принадлежность пациентов к мужскому полу с более благоприятным, чем у женщин, аддиктивным и социальным статусом, являются предикторами, повышающими мотивацию к изменению и лечению у больных с опиоидной зависимостью.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ В НАРКОЛОГИИ**

**Должанская Н.А.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*MODERN APPROACHES TO THE PREVENTION OF SOCIALLY SIGNIFICANT INFECTIONS IN NARCOLOGY  
Dolzhanskaya N.A.*

Наряду с основными традиционными группами профилактики социально значимых инфекций в наркологии, внимание специалистов необходимо обратить на существенные изменения, произошедшие в последние десятилетия во всех процессах, характеризующих современную наркологическую ситуацию, и закономерно повлиявших на основные подходы к профилактике и лечению болезней зависимости от ПАВ. Изменение соотношения доли препаратов опиоидной группы, таких как героин, метадон и др., и увеличение доли синтетических наркотиков – «солей», «спайсов» и др., оказало существенное влияние на рискованное поведение потребителей ПАВ, непосредственно связанное с распространением социально значимых инфекций.

В результате изменились не только структура и характер незаконно употребляемых веществ, но и социальные и поведенческие характеристики самих потребителей ПАВ. Расширение «наркологической сцены» и вовлечение в потребление ПАВ новых социальных и возрастных групп, не могло не отразиться на опосредованном «вовлечении в наркологические проблемы» и ближайшего окружения зависимых лиц. Одним из важнейших факторов, качественно и количественно отразившихся на распространении

незаконных веществ стал процесс их распространения через интернет. В тоже время профессиональное использование возможностей интернета в перспективе может существенно расширить охват аудитории профилактическими мероприятиями и, таким образом стать важным подспорьем в организации массовой профилактической деятельности.

Именно эти основные обстоятельства определили на современном этапе актуальность поиска и внедрения новых методических подходов к профилактике взаимосвязанных эпидемических процессов - болезней зависимости от ПАВ и социально значимых инфекций.

## COVID-19 И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ

Егоров А.Ю.

Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН; СПбГУ;  
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Санкт-Петербург

COVID-19 AND BEHAVIORAL ADDICTIONS

Egorov A.V.

Пандемия COVID-19 уже с первых недель поставила много проблем перед специалистами в области психического здоровья, в том числе и в области аддиктивных расстройств. Уже первые отчеты 2020 г. фиксировали рост потребления как классических ПАВ (алкоголя, опиатов и пр.), так и новых дизайнерских наркотиков (спайсы, синтетические психостимуляторы и т.д.). Все это происходило на фоне снижения доступности специализированной помощи в рамках противоэпидемических мероприятий.

Специалисты высказывали опасения, что в режиме изоляции и карантина произойдет всплеск не только химических, но и поведенческих аддикций, особенно в он-лайн формах. Действительно во французском исследовании (n=11 391) респонденты сообщили о большем увеличении привычек, связанных с зависимостью, чем о снижении, в частности, 28,4% (употребление калорийной/соленой пищи), 64,6% (использование экрана ПК), 35,6% (употребление табака), 24,8% (употребление алкоголя) и 31,2% (употребление конопли) [Rolland B. et al., 2021].

Опасения прежде всего касались гемблинга и гейминга (пристрастие к играм) [King D.L. et al., 2020]. Уже первые публикации, появившиеся в середине и конце 2020 г. дали довольно противоречивую картину. Согласно опросу в Великобритании 537 игроков в апреле 2020 года оказалось, что большинство респондентов (68,4%) сообщили, что они либо сократили, либо сохранили гемблинг на том же уровне. Однако 2 из 5 (39%) сообщили о росте азартных игр, и примерно каждый четвертый игрок, считал, что либо тратит слишком много (27%), либо у него развивается зависимость (23%) [Suration. Online Gambling Survey..., 2020]. Похожие тенденции выявил и канадский опрос (n=1500): из тех, кто играл в азартные игры до COVID-19 27% сообщили, что играют реже, чем обычно, 47% указали, что азартные игры находятся примерно на том же уровне, что и раньше, а 26 % сообщили о росте. Почти 3 из 10 участников (28%), сообщивших об азартных играх в Интернете, согласились с тем, что у них может развиваться зависимость [Abacus Data. Online Gambling/Betting Survey, 2020]. В Швеции опрос 2016 взрослых показал, что только 4% участников сообщили об увеличении во время пандемии. Психологический стресс был связан с ростом гемблинга и повышенного потребления алкоголя во время пандемии [Håkansson A., 2020]. С другой стороны, в Global Poker сообщили, что количество новых игроков в онлайн-покер увеличилось на 255% с начала пандемии [Thorson B., 2020], а согласно индийскому опросу 393 студентов 50,8% участников сообщили, что в период локдауна их игровое поведение усилилось, а у 14,6% – уменьшилось. Увеличение игрового поведения было связано со стрессом, связанным с экзаменами, и убеждением, что игры помогают бороться со стрессом [Balhara YPS et al., 2020].

Другой канадский опрос (n=2005) показал, что те, кто обычно играл в онлайн-казино во время локдауна было меньше шансов играть и в онлайн-игры. У лиц умеренного риска проблем с азартными играми, шансы играть в онлайн-игры во время карантина были в два раза выше, а у тех, кто относился к игрокам с высоким риском – в 9 раз выше. Участие в онлайн-азартных играх во время карантина было выше среди тех, у кого были повышенные симптомы тревоги и депрессии [Price A., 2020]. Это нашло подтверждение в австралийском исследовании: большинство людей снизили интенсивность игры, когда азартные игры в местах проведения были недоступны, а возможности для ставок на спорт были



ограничены. Лица из группы риска гемблинга стали играть чаще. Сокращение интенсивности гемблинга в миреможно интерпретировать, что в условиях экономических трудностей и кризисов большая часть населения сокращает свои расходы на азартные игры, однако люди с игровой зависимостью могут увеличить эту активность в попытке улучшить свое финансовое положение [Gainsbury S.M. et al., 2020]. В недавнем метаанализе, включившем 181 статью, констатируется: вопреки ожиданиям, предварительные данные свидетельствуют о том, что поведение большинства игроков во время пандемии либо снижалось, либо оставалось прежним. Однако у меньшинства, которое демонстрировало повышенное пристрастие к азартным играм, часто наблюдалась ассоциация с игровой зависимостью [Brodeur M. et al., 2021]. Таким образом, рост патологического гемблинга произошел в основном у лиц с зависимостью или группы риска по данной поведенческой зависимости, в то время как в популяции частота азартных игр снизилась или не изменилась.

Практически сразу после начала пандемии резко увеличилось число запросов в порносайты, особенно в PornHub [Mestre-Bachetal., 2020]. Наряду с интересом к порнографии увеличилась частота аутоэротизма, потребления и использования секса по телефону [Cocci A. et al., 2020]. Поскольку широкомасштабные блокировки являются обычным явлением во время пандемии, использование порнографии и аутоэротизм могут стать важными каналами для выражения сексуальности, что позволит реализовать сексуальные желания в этот период, который подчеркивает социальное дистанцирование [Lau WK-W. et al., 2021]. Причины роста интереса к порнографии представляются следующими:

- Свойства самого Интернета, согласно 'Triple "A" Engine' hypothesis [CooperA., 2009]: accessible, affordable and anonymous – легкая доступность, предоставление бесплатных порнографических услуг и конфиденциальность личности в Интернете.
- Стресс, связанный с пандемией, и повышенное сексуальное желание могут побуждать людей к просмотру порнографии [Brooks S.K. et al., 2020].
- «Принудительное воздержание» - когда серверы популярной видеоигры вышли из строя, трафик Pornhub увеличился, а поиск по ключевым словам порнографических видео с названием игры увеличился на 60%. Это наблюдение предполагает, что у геймеров могло развиться компенсаторное поведение [Castro-Calvo]. et al., 2018].
- Компенсаторное поведение вследствие воздержания от реальной сексуальной активности.
- Профилактика: порнография и мастурбация рассматриваются как сексуальные возможности с низким уровнем риска для обеспечения безопасности и поддержания социальной дистанции между людьми [Doring N., 2020].

В доступных работах отсутствуют данные о собственно сексуальной аддикции во время COVID-19, что стремительный рост потребления порнографии он-лайн может способствовать ее развитию.

Проблемы пищевой аддикции не осталась в стороне во время пандемии. Опросы показали, что уже с начала локдауна, что половина и более респондентов стали больше есть и эти тенденции чаще встречаются у людей с избыточным весом и ожирением. Почти 30% имели прибавку в весе [Sidor A., Rzymiski P., 2020]. . Более четверти опрошенных в настоящее время не имеют физической активности, и они потеряли контроль над своими обычными привычками питания. Кроме того, стресс, чувство пустоты и скуки коррелируют с потреблением пищи у 37,4, 36,7 и 43% опрошенных, соответственно [Cherikh F. et al., 2020].

Распространенность пищевой аддикции во время пандемии COVID-19, измеренная по шкале YFAS 2.0, составила 14,1%. Средняя прибавка веса за время пандемии у 39% респондентов составила 6,53 кг. Наряду с увеличением значения индекса BMI в исследуемой группе увеличивалась интенсивность «пищевой зависимости». У людей с депрессией было статистически значимо больше симптомов пищевой аддикции, чем у здоровых людей [Zielińska M. et al., 2021]. Лица с пищевой зависимостью набрали в среднем 12,42 фунта (5,63 кг) с марта 2020 года по сравнению со средним увеличением веса на 2,14 фунта (0,97 кг) у людей без пищевой зависимости ( $p < 0,001$ ). Авторы предполагают, что пищевая зависимость - это уникально значимый фенотип, помимо влияния BMI, для выявления риска негативных последствий COVID-19. [Schulte E.M. et al., 2021].

Важным представляются возможные меры профилактики поведенческих аддикции во время пандемии COVID-19 [Király O. et al., 2020]. Они могут быть общими, направленными на укрепление здоровья в целом: планирование времени (еженедельно); регулирование сна, времени приема пищи; физическая активность; релаксация и другие снимающие стресс упражнения; выделять время на общение в семье, с близкими; найти свое пространство в доме/квартире; следить за новостями. Кроме того, предлагаются специфические меры при вынужденном избыточном использовании Интернета: осознание, самоконтроль и регулирование времени за ПК; мониторинг и регулирование поведения детей,

использование цифровых оздоровительных приложений; использование аналоговых технических инструментов для контроля времени в Интернете (например, наручных часов, будильников); поддерживать связь с друзьями, родственниками и знакомыми; обращаться за помощью в случае необходимости.

## **ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C19\*17 НА РАВНОВЕСНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ЭСЦИТАЛОПРАМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Застрожин М.С., Скрябин В.Ю., Брюн Е.А., Сычев Д.А.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*EFFECT OF CYP2C19\*17 POLYMORPHISM ON ESCITALOPRAM EQUILIBRIUM CONCENTRATION IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS COMORBID WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

*Zastrozhin M.S., Skryabin V.Yu., Bryun E.A., Sychev D.A.*

Введение. Эсциталопрам используется для лечения пациентов с депрессивным расстройством. При этом нередко пациенты не отвечают должным образом на лечение, а у многих развиваются нежелательные реакции.

Цель. Целью нашего исследования было оценить влияние полиморфизма  $-806C\>T$  CYP2C19 (CYP2C19\*17) на показатель концентрация/доза эсциталопрама у пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом.

Материалы и методы. В наше исследование было включено 267 больных с депрессивными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом (средний возраст –  $40,2\pm 16,4$  года). Схема лечения включала эсциталопрам в средней суточной дозе  $12,5\pm 5,0$  мг в сутки. Показатели эффективности и безопасности лечения оценивались с использованием международных психометрических шкал. Генотипирование проводили с помощью полимеразной цепной реакции в реальном времени. Терапевтический лекарственный мониторинг проводили с использованием ВЭЖХ-МС/МС.

Результаты. В нашем исследовании выявлены статистически значимые результаты как в показателе эффективности лечения (по шкале HAM-D в конце курса лечения): (CC) 2,0 [1,0; 4,0], (CT) 4,0 [2,0; 6,0] и (TT) 9,0 [7,0; 11,0],  $p \leq 0,001$ , а также профиля безопасности (по шкале UKU): (CC) 7,0 [7,0; 8,0], (CT) 3,0 [3,0; 4,0] и (TT) 3,0 [2,0; 3,0],  $p \leq 0,001$ . Кроме того, были получены статистически значимых различия в значениях показателя концентрация/доза эсциталопрама у пациентов с разными генотипами: (CC) 7,388 [5,618; 10,167], (CT) 5,714 [3,485; 8,533] и (TT) 4,762 [2,939; 6,076],  $p = 0,028$ .

Вывод. Полиморфизм CYP2C19\*17 ассоциирован с более выраженными показателями эффективности эсциталопрама у пациентов с депрессивными расстройствами, коморбидными с алкоголизмом, но также и с ухудшением профиля безопасности. Кроме того, у носителей минорного аллеля отмечаются более высокие значения показателя равновесной концентрации эсциталопрама в плазме крови.

## **ДИНАМИКА ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ НАРКОТИЗАЦИИ**

**Иванова А.В.**

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер  
имени профессора Н.П. Кокориной»

Кемерово

*DYNAMICS OF THE VALUE-SEMANTIC SPHERE OF PERSONALITY IN PATIENTS WITH POLYDRUG ADDICTION IN THE PROCESS OF DRUG ADDICTION*

*Ivanova A.V.*

По уровню заболеваемости и болезненности наркоманией и алкоголизмом Кемеровская область остается одним из неблагоприятных регионов как СФО, так и РФ. В связи с ростом заболеваемости наркоманией, увеличением смертности среди наркопотребителей, появлением новых наркотических агентов дифференцированный выбор методов психотерапевтического воздействия, ориентированный

на индивидуализацию психо-коррекционного процесса, позволит повысить эффективность данного воздействия на личность наркозависимого.

Для повышения эффективности психо-коррекционных программ, при их разработке необходимо учитывать изменения, происходящие в ценностно-смысловой сфере личности в процессе наркотизации, вследствие высокой устойчивости наркозависимой личности к психологическим воздействиям.

Для изучения ценностно-смысловой сферы личности наркозависимого и ее динамики в процессе наркотизации нами было проведено исследование. Всего в исследовании приняли участие 101 пациент отделения медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами №1 ГБУЗ ККНД имени профессора Н.П.Кокориной в возрасте от 28 до 46 лет, мужского пола. В качестве испытуемых выступили респонденты с диагнозом «полинаркомания, вторая стадия» (экспериментальная группа), средний стаж наркотизации – 7,5 лет. В качестве контрольной группы выступили пациенты с диагнозом «алкоголизм, вторая стадия», средний стаж алкоголизации составил – 13,8 лет. В соответствии с целью исследования нами были выбраны следующие методы: психодиагностические методики: тест М. Рокича в модификации Д. А. Леонтьева; методы математического анализа (сравнительный анализ по t-критерию Стьюдента, корреляционный анализ Пирсона, расчеты производились в программе StatSoftStatistica 10). Анализ результатов по методике М. Рокича

По результатам сравнительного анализа с использованием T-критерия Стьюдента предпочтения ценностей в настоящем для больных полинаркоманией оказались статистически значимо более важными (при  $p < 0,05$ ), чем для алкоголиков, ценности счастья других и уверенности в себе; менее значимыми – ценности активной деятельной жизни, общественного признания, свободы и счастливой семейной жизни. Сравнивая полученные данные с популяционной нормой (данные исследований А.В. Серого), отметим, что в группе алкоголиков существенные расхождения с нормой наблюдаются по ценностям здоровья (ранг 8), интересной работы (ранг 9) и, особенно, счастливой семейной жизни (ранг 14), которые в средней по популяции иерархии ценностей находятся в числе ведущих.

В группе больных полинаркоманией также наблюдаются некоторые существенные отклонения ценностных ориентаций от нормы. Например, для них как бы поменялись местами, относительно нормальных ценностей, ценности «Развлечения» (ранг 3) и «Счастливая семейная жизнь» (ранг 18), в то время как для большинства людей, наоборот – счастливая семейная жизнь выступает ведущей ценностью (ранг 4), а развлечения отвергаются (ранг 17). Возможно, больные полинаркоманией подменяют ценность семейной жизни на развлечения, что может выступать своеобразным проявлением компенсации в сфере ценностных ориентаций.

При выборе предпочтений ценностей в субъективном прошлом для больных полинаркоманией в среднем оказались значимо (при  $p < 0,05$ ) более предпочтительными ценности активной деятельной жизни, жизненной мудрости, красоты природы и искусства, познания и развития; значимо менее предпочтительными выступили ценности материально обеспеченной жизни и общественного признания. Среднегрупповые иерархии ценностей в прошлом в обеих группах исследуемых довольно близки, ощутимо ближе, чем в настоящем, и, одновременно, отличаются от нормативных. Например, для обеих групп в числе ведущих находятся ценности активной деятельной жизни и развлечений, которых нет среди ведущих ценностей в средней по популяции иерархии. Есть и сходство с нормой – любовь и наличие хороших друзей являются ведущими ценностями для больных алкоголизмом и полинаркоманией, как и для большинства людей.

Среднегрупповые иерархии ценностей при их оценке как желаемого будущего в обеих группах исследуемых сближаются как друг с другом, так и весьма близко сближаются с популяционной нормой. Две первые позиции ведущих ценностей (ранг 1 и 2) и вовсе становятся тождественными популяционной норме, как в группе алкоголиков, так и полинаркоманов – на первом месте здоровье, на втором – любовь. При этом, в число желаемых ведущих ценностей в будущем, как у алкоголиков, так и у полинаркоманов, попадают ценности жизненной мудрости и свободы – чего не наблюдается в среднепопуляционной системе ценностей. У больных полинаркоманией также туда попадает ценность развития, а у алкоголиков – интересная работа.

Проанализируем временную динамику иерархии терминальных ценностей у больных полинаркоманией. Иерархия ценностей в прошлом характеризуется как нездоровая, указывающая на имеющиеся психологические проблемы («уверенность в себе» среди ведущих ценностей), в том числе, возможно, смысложизненные, экзистенциальные проблемы («развлечения» среди ведущих ценностей). В настоящем иерархия ценностей указывает на то, что эти проблемы лишь усугубились – ценность уверенности в себе поднялась на первую позицию, актуализировалась ценность материально обеспеченной жизни, что может указывать на материальные проблемы.

Вместе с тем, характер представлений о желаемых ценностях в будущем указывает на стремление больных полинаркоманией к реализации нормальных общечеловеческих ценностей, поскольку их иерархия ценностей в будущем в значительной степени сходна с нормативной – здоровье и любовь выходят на первые места, в точности повторяя популяционную норму. При этом имеются и заметные особенности желаемых будущих ценностей у полинаркоманов – ценности свободы и развития находятся у них среди ведущих, но туда не попадают ценности интересной работы и счастливой семейной жизни, что не свойственно для популяционной нормы. В целом иерархия терминальных ценностей в будущем у полинаркоманов, хотя и существенно отличается от их настоящего, более здоровая и близка по ряду позиций к популяционной норме, но все же в значительной степени идеализирована, отражает недостаточную социальную зрелость личности.

Проанализируем временную динамику иерархии терминальных ценностей у больных алкоголизмом. Иерархия ценностей в прошлом у них характеризуется экзистенциальными проблемами, на что указывают высокая позиция ценности «развлечения». В целом же иерархия ценностей в прошлом у алкоголиков выглядит более здоровой, и более близкой к нормальной, чем у больных полинаркоманией. В настоящем у алкоголиков резко снижается значимость «развлечений», что не характерно для наркозависимых, и в целом иерархия не становится более проблемной, как это наблюдается у полинаркоманов.

В будущем иерархия ценностей у алкоголиков еще более близка к нормативной, чем у полинаркоманов – здоровье и любовь также на первых местах, и в число ведущих попадает ценность интересной работы. Однако ценность свободы больные алкоголизмом все также предпочитают ценности семейной жизни.

В целом динамика терминальных ценностей у алкоголиков более нормативна и поэтому более прогностически позитивна, чем у больных полинаркоманией, по всем временным локусам.

## **ПРОТОКОЛ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ОДИНАРНОГО СЛЕПОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ИНСУЛЯРНЫХ ОБЛАСТЕЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Илюк Р.Д., Громько Д.И., Ахмерова Л.Р., Горелик А.Л.,**

**Ананьева Н.И., Лукина Л.В., Крупицкий Е.М.**

**ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России**

**Санкт-Петербург**

*PROTOCOL OF THE RANDOMIZED SINGLE BLIND PLACEBO CONTROLLED STUDY OF EFFICACY OF TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION OF THE INSULAR CORTEX FOR OPIOID USE DISORDERS*

*Ilyuk R.D., Gromyko D.I., Akhmerova L.R., Gorelik A.L., Ananyeva N.I., Lukina L.V., Krupitsky E.M.*

Опиоидная зависимость (ОЗ), сопровождающаяся тяжелыми медико-социальными и финансово-экономическими последствиями, продолжает оставаться крайне актуальной проблемой современного здравоохранения. ОЗ представляет собой хроническое, рецидивирующее заболевание, плохо поддающееся лечению. Изменение функционирования мозговых структур и нейротрансмиссии, вызванное опиоидами, является нейрхимической основой психических и поведенческих проявлений аддиктивного заболевания. В формировании аддикции значимая роль отводится инсулярной части головного мозга (ГМ) (Droutman V. et al 2015; Naqvi N. et. al., 2014). Островковая кора осуществляет оценку состояния внутренней среды организма и изменений гомеостаза. Этот отдел принимает активное участие в interoцепции и осознании общего самочувствия. Инсула (Ins) вовлечена во все основные аспекты зависимости, в ней фиксируются и анализируются проявления синдрома отмены и постабстинентных проявлений. Имеются данные о влиянии Ins на крейвинг к наркотикам (Naqvi N.H., et. al., 2007). Ишемия в регионе Ins вызывает снижение потребления опиоидов у 75% наркозависимых, а у 37,5% - полный отказ от наркотика (Yousefzadeh-fard Y. et al., 2013). Также известно, что повреждение Ins у курильщиков может фактически устранить никотиновую зависимость (Naqvi et al. 2007). Таким образом, Ins является перспективной мишенью для исследований и возможных терапевтических интервенций при аддикциях (Ibrahim C. et al. 2019).

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) структур ГМ является общепризнанным методом лечебного воздействия, используемым в неврологии, нейрохирургии, психиатрии, наркологии.

Первоначально, широкое применение в терапии ТМС имела при первичных и повторных депрессивных эпизодах в рамках рекуррентного депрессивного расстройства. В 2009 г. были опубликованы рекомендации международной группы экспертов по безопасности и этическим аспектам ТМС, которые и сегодня остаются основной инструкцией по использованию метода (Rossi S. et al., 2009). Последние международные рекомендации по ТМС в клинической практике продемонстрировали увеличение количества протоколов с высоким уровнем доказательности терапевтической эффективности при различных психических и неврологических расстройствах (Lefaucheur J. et al., 2020). В ряде научных исследований проведена оценка эффективности ТМС в отношении пациентов с аддиктивными расстройствами. Показано, что под воздействием высокочастотной ТМС у зависимых от табака снижались уровень влечения к табаку и количество потребляемых сигарет (Hayashi T. et al., 2013, Pripfl J. et al., 2014). У пациентов с алкоголизмом установлено снижение выраженности синдрома отмены и уровня влечения к алкоголю под воздействием магнитной стимуляции (Mishra B. et al., 2015, Ceccanti M. et al., 2015). В отношении зависимых от кокаина также выявлено позитивное влияние ТМС на состояние больных и снижение уровня крейвинга и потребления наркотика (Terraneo A. et al., 2016). Следует отметить, что в подавляющем числе исследований проводилась ТМС дорсолатеральных префронтальных зон ГМ, что вызывало достоверное ослабление влечения к ПАВ и увеличение периода воздержания от потребления ПАВ, но сила и продолжительность этих эффектов ограничены. Учитывая одну из ведущих ролей Ins в развитии зависимости, а также основываясь на результатах эффективного применения ТМС при лечении ряда психических и наркологических расстройств, нами разработан протокол использования ТМС инсулярных областей коры ГМ в качестве терапевтического метода профилактики срывов и стабилизации ремиссий при ОЗ.

Основная задача исследования: одинарное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое проспективное исследование приверженности к лечению, клинической эффективности и безопасности билатерального применения ТМС инсулярных областей коры ГМ у пациентов с опиоидной зависимостью для снижения аддиктивного влечения, предупреждения срывов и рецидивов заболевания, а также стабилизации ремиссий.

Дополнительная задача исследования: оценка клинических и психометрических характеристик больных, а также показателей безопасности после ТМС инсулярных областей коры ГМ у пациентов с ОЗ.

Общая схема исследования. 100 пациентов с ОЗ (F11.2), прошедших курс стационарной детоксикационной терапии, не принимающие никаких опиоидов на протяжении как минимум 14 дней, подписавших информированное согласие об участии в исследовании, соответствующих критериям включения и невключения, не имеющих значимых отклонений от нормы в результатах клинических, лабораторных исследований и физикального обследования, будут рандомизированы в 2 группы в отношении 1:1. Пациенты на протяжении 3-х недель периода пребывания в стационаре получают 15 процедур: низкочастотное ТМС или плацебо-стимуляцию. После завершения трёхнедельного курса ТМС, в течение 8 недель, с частотой 1 раз в неделю, пациенты в амбулаторном режиме получают 8 процедур: двукратно (с перерывом в 3 часа). В ходе исследования будет проведён 31 визит, из которых 23 – визиты с ТМС, а последние 8 – визиты наблюдения. Все участники пройдут курс индивидуальной структурированной психосоциальной терапии. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева.

Методы и инструменты: все пациенты пройдут измерение показателей жизненно важных функций, а также рутинные физикальное, ЭКГ и ЭЭГ обследование. При отсутствии противопоказаний пациенты пройдут МРТ-обследование с индукцией магнитного поля 1.5 Тесла с целью: исключения грубых органических поражений ГМ, получения МРТ-данных для навигационной системы, позволяющей точно позиционировать индуктор при ТМС островковой зоны, а также получения морфометрических данных об объёмах структур ГМ. ТМС будет проводиться на комплексе «Нейро-МС/Д» (НЕЙРОСОФТ). Для точного наведения ТМС-индуктора будет применяться нейронавигационная система Visor2 (ANT Neuro). Перед проведением ЭЭГ, МРТ и ТМС будет отменен приём любых психотропных и других лекарственных препаратов в течение не менее 3-х дней.

В исследовании будут использоваться следующие инструменты и регистрационные документы: регистрационная карта, в которой будут отражены основные социально-демографические и клинические характеристики исследуемых больных; бланк ретроспективной оценки частоты и количества употребления ПАВ; психометрические шкалы: госпитальной тревоги и депрессии, выраженности постабстинентного синдрома и синдрома отмены опиатов, общего клинического впечатления, оценки побочных эффектов; визуально-аналоговые шкалы влечения и оценки сна; опросник оценки получаемых медицинских, психологических или социальных услуг; листы регистрации:

поведенческих особенностей пациентов и особых событий, проведения процедур ТМС, проведения консультации по вопросу зависимости от опиоидов, нежелательных явлений и серьёзных нежелательных явлений.

Лабораторные исследования будут включать биохимический и клинический анализ крови, анализ мочи на опиоиды и другие наркотики, а также анализ выдыхаемого воздуха на наличие алкоголя.

Методы статистического анализа. Для анализа различий между группами по каждому показателю, в зависимости от шкалы его измерения и характера распределения данных, будут использованы: точный критерий Фишера, непараметрический критерий Манна-Уитни и дисперсионный анализ. Для анализа переменных, оцениваемых в динамике, будут применены двухфакторный дисперсионный анализ с независимыми факторами времени и группы терапии и *post hoc* тестом Бонферрони для межгрупповых сравнений. Анализ различий в длительности удержания в программе исследования у пациентов различного типа стимуляции будет проведено с помощью анализа выживаемости Каплана-Мейера. Значимость различий кривых выживаемости будет оценена с помощью Лог-ранкового критерия и критерия Вилкоксона.

Основные критерии оценки эффективности: количество пациентов, завершивших ТМС лечение, время до досрочного выбывания из исследования, продолжительность участия пациентов в исследовании, количество пройденных ТМС процедур, показатель частоты случаев развития физиологической зависимости от опиоидов.

Дополнительные критерии оценки эффективности: частота регистрации положительного результата анализа на наркотики, данные об употреблении опиоидов, измеренные соответствующими психометрическими инструментами, показатели крейвинга, нарушений сна, ангедонии, тревоги, депрессии, тяжести заболевания. Структура причин досрочного выбывания из исследования на разных этапах.

Заключение. Основываясь на данных о ведущей роли инсулярного кортекса в формировании аддикций и перспективности применения ТМС при наркологических заболеваниях, впервые подготовлен протокол рандомизированного контролируемого исследования оценки клинической эффективности и безопасности применения ТМС инсулярной коры ГМ у пациентов с ОЗ. По сравнению с существующими протоколами применения ТМС при химических зависимостях, разработанный нами вариант билатеральной нейромодуляции островковой области ГМ ингибирующего характера может быть более перспективным для снижения аддиктивного влечения, предупреждения срывов и рецидивов заболевания, а также стабилизации ремиссий при опиоидной зависимости.

## **К ВОПРОСУ ВЫБОРА НАДЕЖНОГО И ВАЛИДНОГО ИНСТРУМЕНТА СКРИНИНГА И ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕМБЛИНГА ДЛЯ АДАПТАЦИИ В РФ**

**Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И.**

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

*CHOOSING RELIABLE AND VALID INSTRUMENT FOR SCREENING AND ASSESSMENT OF PATHOLOGICAL GAMBLING FOR ADAPTATION IN THE RUSSIAN FEDERATION*

*Ilyuk R.D., Erofeeva N.A., Gromyko D.I.*

Зависимость от азартных игр (патологический гемблинг) является заболеванием с тяжёлым социальным, физическим и психическим бременем для самого игрока, членов его семьи, а также общества. По данным ВОЗ уровень распространённости зависимости от азартных игр достигает 5,8%. Официальные достоверные и систематизированные данные о распространённости патологического гемблинга (ПГ) в России, к сожалению, отсутствуют. Одной из основных причин низкой выявляемости ПГ в популяции в целом, а также среди пациентов с другими психическими расстройствами, является отсутствие надежных и валидных психометрических инструментов диагностики данного расстройства. Недостаточный уровень верификации ПГ препятствует оказанию своевременной и квалифицированной помощи данному контингенту больных.

В настоящее время существует большое количество опросников, самоопросников, шкал, направленных на выявление проблем с азартными играми, которые используются для различных исследовательских целей, включая скрининг, оценку, диагностику (Bellringer M. et al., 2008; Pickering D. et al., 2017; Otto J. et al., 2020). Вместе с тем инструменты, адаптированные для применения в РФ, отсутствуют.

Анализируя информацию о психометрических свойствах и частоте использования инструментов диагностики ПГ, мы обнаружили, что наибольшее распространение за рубежом получили: Brief Biosocial Gambling Screen, Yele-Braun obsessive-compulsive scale of Pathological gambling, Gambling Symptom Assessment Scale, South Oaks Gambling Screen, Problem Gambling Severity Index, Brief Problem Gambling Screen.

Brief Biosocial Gambling Screen, (BBGS) – «Краткий биосоциальный скрининг-тест для выявления признаков патологического гемблинга». Инструмент состоит из трёх вопросов, основанных на критериях для игрового расстройства в DSM-IV. Положительный ответ на один из вопросов указывает на необходимость проведения расширенного обследования и наблюдения. Данный тест обладает высокой чувствительностью (0,96) и высокой специфичностью (0,99) для выявления лиц с ПГ (L. Gebauer et al., 2010).

Yele-Braun obsessive-compulsive scale of Pathological gambling (PG-YBOCS) – «Шкала для оценки тяжести симптомов патологического влечения к азартным играм». Инструмент разработан на основе шкалы обсессивно-компульсивных расстройств Йеля-Брауна (Yele-Braun obsessive-compulsive scale), заполняется врачом, состоит из 10 пунктов и двух субшкал: «Побуждения/Мысли» и «Поведение». Показатели надежности и валидности: внутренняя согласованность,  $\alpha=0,97$ ; межоченочная надежность, внутриклассовый коэффициент корреляции=0,97; корреляционный анализ между оценкой изменений PG-YBOCS и скрининг-теста для оценки патологического пристрастия к азартным играм (South Oaks Gambling Screen, SOGS),  $r=0,89$  (Pallanti et al., 2005). PG-YBOCS применяется как критерий результата при исследовании эффективности психологической и фармакологической помощи (S.C. Pasche et al., 2013; L. Kovanen et al., 2016).

Gambling Symptom Assessment Scale (G-SAS) – «Шкала для оценки тяжести симптомов зависимости от азартных игр и изменений во время лечения». G-SAS представляет вариант самооценки обследуемым своего состояния по 12 пунктам в диапазоне от 0 до 4 за последние 7 дней. Данная шкала не является диагностической или скрининговой методикой, была разработана для объективации тяжести симптомов при ПГ во время лечения и характера изменений симптомов (Kim et al., 2009). G-SAS характеризуется хорошим уровнем тест-ретестовой надежности ( $r=0,704$ ) и внутренней согласованности ( $\alpha = 0,89$ ) (Kim et al., 2001).

South Oaks Gambling Screen (SOGS) – «Скрининг-тест для оценки патологического пристрастия к азартным играм». SOGS состоит из 20 пунктов, был разработан на основе критериев DSM-III для клинической оценки ПГ, позже его стали использовать в научных исследованиях. Некоторые исследователи отмечают, что применение SOGS среди населения в целом даёт недостаточно точные данные: проблемы с азартными играми в популяции оказываются переоцененными по сравнению с результатами, полученными с помощью других диагностических инструментов (Stinchfield et al., 2007).

Problem Gambling Severity Index (PGSI) – «Индекс тяжести симптомов проблемного гемблинга». PGSI специально разработан и используется как количественный показатель выраженности проблем вследствие увлечения азартными играми среди населения, а также для выявления игроков, подверженных риску развития проблем с азартными играми (Ferris et al., 2001). Пункты шкалы верифицируют игровое поведение, финансовые, социальные и медицинские последствия азартных игр. PGSI обладает высокой внутренней согласованностью, надежностью повторного тестирования (Ferris et al., 2001; Holtgraves et al., 2009).

Brief Problem Gambling Screen (BPGS) – «Скрининг проблем с азартными играми». Инструмент имеет несколько версий: от двух до пяти пунктов. Версия из пяти вопросов позволяет достаточно точно определить разную выраженность проблем с азартными играми: низкий риск ПГ, средний риск ПГ, зависимость от азартных игр (чувствительность = 0,803, специфичность = 0,982, диагностическая эффективность = 0,943; N.A. Dowling et al., 2018).

Заключение. Исходя из имеющихся данных, можно сделать вывод, что наиболее перспективными для адаптации и дальнейшего использования в русскоязычной популяции являются такие шкалы как: «Скрининг проблем с азартными играми» (BPGS), «Индекс тяжести симптомов патологического влечения к азартным играм» (PGSI), «Шкала оценки тяжести симптомов зависимости от азартных игр и изменений во время лечения» (G-SAS), «Шкала оценки тяжести симптомов патологического влечения к азартным играм» (PG-YBOCS). Указанные инструменты широко апробированы, обладают хорошими показателями валидности и надежности, их адаптация и внедрение позволит повысить эффективность и качество диагностики ПГ, а также проблем, связанных с азартными играми как среди населения РФ, так и среди пациентов, обращающихся за специализированной помощью.

## РАЗРАБОТКА НОВОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОЦЕНКИ АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР

Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И., Нечаева А.И.  
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
Санкт-Петербург

### QUESTIONNAIRE «GAMBLING ANOSOGNOSIA» - DEVELOPMENT A NEW TOOL FOR ASSESSMENT ANOSOGNOSIA IN PATIENTS WITH GAMBLING DISORDERS

*Ilyuk R.D., Erofeeva, N.A., Gromyko D.I., Nechaeva A.I.*

Гэмблинг представляет собой расстройство, характеризующееся постоянным или повторяющимся участием в азартных играх (off-line/on-line), продолжающимся несмотря на серьезные биопсихосоциальные последствия. В мире распространенность патологического влечения к азартным играм среди взрослого населения варьируется от 0,1 до 6 % [Abbott M., 2017]. Объективные данные по эпидемиологии игровой зависимости в Российской Федерации отсутствуют, однако известно, что в 2019 году хотя бы одну ставку на спорт сделали 7,9 млн или 6,5% совершеннолетних россиян, регулярно (один раз в неделю и чаще) спортивные ставки делали 3,4 млн или 4,3% граждан РФ [Букмекерский рынок России 2019. Ассоциация «Ответственная игра», Москва, 2020]. Среди пациентов с зависимостью от азартных игр (ЗАГ) отмечается высокий уровень непризнания своего заболевания. Анозогнозия при гэмблинге (АнГ) выступает одним из важнейших факторов, отрицательно влияющих на обращаемость и эффективность лечения.

Несмотря на значительное количество работ, посвященных анозогнозии при наркологических заболеваниях, малоизученным продолжает быть отношение к собственной болезни у пациентов с ЗАГ. На сегодняшний день остается много вопросов, касающихся механизмов происхождения и способов верификации АнГ. Вместе с тем известно, что не критичное отношение больного к своему аддиктивному расстройству является многокомпонентным феноменом, включающим в себя когнитивную, эмоциональную и мотивационно-поведенческую составляющие.

Одной из причин, затрудняющих изучение АнГ, является отсутствие общепринятых надежных и валидных инструментов, предназначенных для ее оценки. В этой связи особенно актуален вопрос создания методики, основанной на самоотчетах больных, позволяющей быстро получать комплексную оценку анозогнозии при гэмблинге.

Цель работы. Разработка структуры и подбор утверждений для субшкал самоопросника для квантифицированной экспресс-оценки анозогнозии при зависимости от азартных игр как многокомпонентного феномена.

Результаты. Разработка структуры опросника «Анозогнозия при гэмблинге». С учетом отечественных и зарубежных представлений о структуре отношения больного к психическому заболеванию, а также нашего предыдущего опыта по созданию опросника «Алкогольная анозогнозия», в структуру самоопросника АнГ включены следующие субшкалы: «Неинформированность» (НИ), «Непризнание симптомов заболевания» (НС), «Непризнание заболевания» (НЗ), «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ), «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ), «Несогласие с лечением» (НЛ), «Неприятие отказа от участия в азартных играх» (НО). С учетом смыслового содержания выделены: когнитивные субшкалы – НИ, НС, НЗ, НПЗ; эмоциональная субшкала – ЭНЗ; мотивационные – НЛ и НО. Возможность выделения изолированных субшкал подтверждалась мнением пяти экспертов (3-х врачей-наркологов и 2-х клинических психологов) и посредством анализа отдельных существующих терминов, применяемых специалистами-клиницистами для описания отношения больного к ЗАГ.

Подбор утверждений для субшкал опросника. При разработке опросника были выделены утверждения больных, свидетельствующие, по мнению экспертов, о наличии АнГ. При подборе утверждений опросника был проведен содержательный анализ пунктов самоопросника «Анозогнозия при алкоголизме» и утверждений, относящихся к анозогнозическому типу отношения к соматической болезни по методике «Тип отношения к болезни». В окончательном варианте текст опросника содержит 47 утверждений, которые расположены в произвольном порядке, сформулированы как в прямой, так и в обратной форме, а также распределены по вышеуказанным семи субшкалам.

В процессе разработки методики особое внимание уделялось тому, чтобы утверждения не носили осуждающего характера, что может провоцировать усиление защитных тенденций при заполнении опросника, а также касались наиболее общих, облигатных признаков, были понятны больным и не включали необычную или профессиональную лексику.



Утверждения, относящиеся к субшкалам НС, НЗ, НПЗ, ЭПЗ, НЛ, НО опросника, сформулированы в грамматической форме от первого лица, предлагающей больному оценить наличие или отсутствие у себя различных проявлений АНГ. Ответы на утверждения субшкалы НИ выявляли общее представление больного о ЗАГ.

Методика применения опросника. Перед заполнением опросника больных информируют о целях проведения исследования. Время заполнения не ограничивается, в среднем составляет 20–25 минут. Исследование можно проводить одновременно с несколькими испытуемыми при условии, что они не будут совещаться друг с другом. Испытуемому предлагается ответить, насколько он согласен с каждым из приведенных утверждений. После заполнения испытуемым опросника проводится анализ полученных данных и их интерпретация.

Заключение. Впервые разработан самоопросник для многокомпонентной экспресс-оценки анозогнозии при гэмблинге. В дальнейшем планируется исследование внешекритериальной и перекрестной валидности, тест-ретест надежности, ИТЕМ- анализ, а также проведение стандартизации самоопросника с выделением диапазонов оценок, которые соответствуют различным уровням зависимости от азартных игр по каждой из субшкал. Кроме того, будут изучены клинические, психологические и социальные факторы, оказывающие влияние на формирование отдельных компонентов анозогнозии при гэмблинге. Внедрение в практику опросника с надежными психометрическими характеристиками позволит получить оценку уровня анозогнозии при гэмблинге по отдельным ее компонентам, сформировать профиль анозогнозии, что в свою очередь даст возможность более дифференцировано подойти к лечению и психотерапии больных с зависимостью от азартных игр.

## **НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ СРЕДИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ЕГО СВЯЗЬ С ХАРАКТЕРОМ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

**Катан Е.А.**

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России  
Оренбург

*ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE AMONG NARCOLOGICAL PATIENTS AND ITS CONNECTION WITH THE NATURE OF ALCOHOL CONSUMPTION*

*Katan E.A*

Цель: оценка распространенности факторов НДО среди наркологических пациентов и их влияния на характер употребления алкоголя.

Материалы и методы. Основная группа 1 этапа исследования: взрослые пациенты стационарных наркологических отделений ГАУЗ ООКНД. Общее число участников исследования составило 432 стационарных пациента, однако 30 пациентов по разным причинам не выполнили полный объем инструкций, в окончательном варианте итоговая выборка составила 402 наблюдения (304 мужчины и 98 женщин). Средний возраст участников исследования был  $38,5 \pm 4,7$  года, возраст начала развития заболевания –  $22,3 \pm 2,0$  года, возраст первого обращения за наркологической помощью –  $30,4 \pm 1,9$  года, длительность течения заболевания –  $7,5 \pm 2,5$  года.

Критерии включения пациентов в основную группу: 1) соответствие состояния пациентов диагностическим рубрикам МКБ-10 для психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ. 2) наличие клинических проявлений синдрома отмены психоактивных веществ; 3) наличие анамнестических сведений о жестоком обращении и пренебрежении в детстве. Критерии невключения пациентов в основную группу: 1) возраст моложе 21 года и старше 45 лет; 2) шизофрения (F 20), шизотипическое расстройство (F 21), острые и транзиторные психотические расстройства (F 23), шизоаффективное расстройство (F 25); 3) аффективные расстройства настроения (F 30-39); 4) органические психические расстройства (рубрики F00-05); 5) умственная отсталость (F 70-79); 7) соматическое заболевание в стадии обострения; 8) беременность.

Критерии исключения: отказ от участия в исследовании после его начала; выявление в процессе клинического интервьюирования критериев невключения.

Методики исследования на 1 этапе:

1. ACE-IQ WHO Международный опросник неблагоприятного детского опыта ВОЗ (Adverse Childhood Experience – International Questionnaire WHO);

2. Квалификация психических расстройств, связанных с употреблением ПАВ в соответствии с диагностическими рубриками МКБ – 10;
3. Изучение профилей аддиктивного поведения в ретроспективном направлении к первой пробе (согласно разработанному структурированному опроснику на основе критериев тяжести зависимости, предложенной ДСМ-5, тестов MUST, CAGE, AUDIT);
4. Изучение клинической картины расстройств, связанных с употреблением алкоголя;
5. ASI - определение индекса тяжести зависимости (Addiction Severity Index);
6. CIWA-Ag – оценка тяжести синдрома отмены алкоголя (шкала, пересмотренная версия) (Clinical Institute Withdrawal Assessment–Alcohol);
7. DRS-R-98 – оценка тяжести делирия (Delirium Rating Scale - R — 98).

Результаты:

1. Распространённость неблагоприятного детского опыта среди пациентов наркологической выборки составила 85,7 %. 14,3 % не отмечали факторов НДО, 31,1 % указали – один фактор неблагоприятных событий детства, 31,2 % – до четырёх факторов НДО, 20,4 % – более четырёх факторов НДО.
2. Мужчины с благополучным детством в шесть раз чаще употребляют психоактивные вещества, чем женщины из этой группы; они же с умеренным неблагоприятным детским опытом в два раза чаще; соотношение мужчин и женщин одинаковая при тяжелом неблагоприятном детском опытом; среди пациентов с крайне тяжелым детским опытом женщин в два раза больше, чем мужчин.
3. Наибольшее влияние на употребление психоактивных веществ и формирование зависимости оказали факторы жестокого обращения (физическое насилие, эмоциональное пренебрежение, эмоциональное насилие, физическое пренебрежение, внутрисемейное партнёрское насилие).
4. Вероятность употребления табака возрастает при перенесённом эмоциональном насилии, психических заболеваниях родителей/опекунов, разводах, разлуки с родителями. Употребление алкоголя увеличивается после перенесённого эмоционального насилия, физического насилия, партнёрского внутрисемейного насилия; употребление каннабиса возрастает при физическом насилии, эмоциональном насилии, общественном насилии; употребление наркотиков связано с физическим насилием, эмоциональным насилием, сексуальным насилием, эмоциональным пренебрежением. Риск формирования сочетанного употребления психоактивных веществ возрастает при эмоциональном и сексуальном насилии.
5. Достоверных различий в клинической картине непсихотического синдрома отмены алкоголя и алкогольного делирия у пациентов с разным уровнем пережитых событий неблагоприятного детского опыта не выявлено.

Обсуждение. Неблагоприятный детский опыт оказывает влияние на динамические особенности расстройств употребления психоактивных веществ, способствует более раннему началу и большей выраженности проблем, связанных с зависимостью от психоактивных веществ.

Неблагоприятный детский опыт существенно распространён среди наркологических пациентов.

Тяжелый и крайне тяжелый неблагоприятный детский опыт изменяет аддиктивный профиль употребления психоактивных веществ, способствует использованию запрещенных веществ и сочетанному употреблению психоактивных веществ. Влияние неблагоприятного детского опыта на клиническую картину проявлений зависимости от алкоголя статистически не достоверно, что можно объяснить многофакторностью формирования расстройств употребления психоактивных веществ, обусловленных наследственной предрасположенностью, адаптационным, в том числе социальным потенциалом, влиянием других обстоятельств взрослой жизни. Перенесённые тяжелые формы неблагоприятного детского опыта (физическое насилие, физическое пренебрежение, сексуальное насилие) отмечается у пациентов с ранними атипичными делириями. Принимая во внимание общие патогенетические механизмы развития ПТСР и острых психотических состояний (диссоциации, атрибутивный стиль мышления, интерпретативные вторжения) посттравматические переживания кластера интрузии (флешбэки, навязчивые воспоминания (в разных сенсорных модальностях (зрительной, слуховой), которые могут быть отнесены к внешнему источнику и восприниматься как обманы восприятия, можно говорить о статистически доказанной взаимосвязи между ранними детскими переживаниями травмирующего характера и психопатологическими проявлениями синдрома зависимости от алкоголя.

Заключение: понимание патопластического влияния неблагоприятного детского опыта на динамические особенности и психопатологические последствия употребления алкоголя позволит улучшить причинно-следственную диагностику и скорректировать лечение и реабилитационные мероприятия, используя широкий спектр методов (лекарственных, психологических, социальных).

## СИСТЕМА КОМПЛЕКСНЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ

Кибитов А.О., Трусова А.В., Чупрова Н.А., Соловьева М.Г., Гвоздецкий А.Н.,  
Гречаный С.В., Понизовский П.А., Ненастьева А.Ю.,  
Егоров А.Ю., Шмуклер А.Б., Крупицкий Е.М.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;  
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; СПбГУ  
Москва, Санкт-Петербург, Мурманск, Ростов-на-Дону, Липецк

### THE SYSTEM OF COMPLEX MOLECULAR-GENETIC AND PSYCHOLOGICAL MARKERS OF HIGH RISK OF INTERNET ADDICTION

*Kibitov A.O., Trusova A.V., Chuprova N.A., Solovieva M.G., Gvozdetsky A.N., Grechany S.V., Ponizovsky P.A.,  
Nenasteyeva A.Yu., Egorov A.Yu., Shmukler A.B., Krupitsky E.M.*

Интернет-зависимость (ИЗ) – один из распространенных вариантов аддиктивных нарушений нехимической природы. Поиск достоверных предикторов формирования ИЗ является важнейшей задачей предиктивной медицины на основе персонализированного подхода к профилактике ИЗ.

Цель проекта: выявить и валидизировать систему комплексных молекулярно-генетических и психологических маркеров высокого риска развития интернет-зависимости (ИЗ). Междисциплинарный проект сочетает в себе преимущества генетического исследования в двух методологических вариантах (категориальный и дименсиональный) и психологического исследования с использованием квантифицируемых показателей для количественного анализа. Генетическая панель на основе патогенетических концепций – 31 полиморфный локус в 21 гене. Психологический блок – 17 международных психометрических и диагностических инструментов.

Предполагается, что механизмы формирования всех болезней зависимости близки с существенным уровнем генетического влияния. В связи с этим в нашем исследовании предполагается сравнительный анализ с группой пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) для выявления общих комплексных маркеров и маркеров, специфичных именно для ИЗ. Такой подход даст возможность формирования условного «внутреннего контроля» нашего исследования, а также позволит оценить уровень сходства двух вариантов аддикций (химической и поведенческой) на уровне связи генетических и психологических маркеров.

Проведен сравнительный генетический, клинический, психометрический и психологический анализ когорты 465 участников – молодых взрослых (31% женщин, возраст 24,6 (SD 4,8) лет, состоявшей из трех групп: здоровых индивидуумов (n=215), группы лиц с интернет-зависимостью (суммарный балл по шкале ИЗ (Chinese Internet Addiction Scale, CIAS) > 64, n=100) и пациентов с АЗ (n=150).

Выявлен генетический маркер риска ИЗ: протективный эффект полиморфизма exon 3 VNTR 48bp гена дофаминового рецептора типа 4 (DRD4): носительство минорного аллеля L DRD4 48bp (SL или LL генотипы) снижает риск развития ИЗ на 60,4% (p=0,002). Выявлены генетические маркеры риска для АЗ (rs6356 в гене фермента тирозингидроксилазы (TH) (P=0,018) и rs1799971 в гене мю-опиоидного рецептора (OPRM1), p=0,033), что подтверждает своеобразие ИЗ и существенные отличия от АЗ.

Балл по шкале CIAS был использован как категориальный индикатор принадлежности к ИЗ-группе и как дименсиональный индикатор склонности к ИЗ. Основная задача – поиск генетических и психологических маркеров, а также комплексной системы таких маркеров для прогноза балла CIAS как качественной (категориальные маркеры) или количественной переменной (дименсиональные маркеры), характеризующей состояние ИЗ и \ или ее доклиническую форму.

Получен финальный вариант категориальных психологических маркеров риска развития ИЗ, включающих как общие для ИЗ и АЗ маркеры, так и специфические для ИЗ факторы. Общие маркеры ИЗ и АЗ: 1) особенности темперамента и характера (TCI-125): высокие показатели «Избегание вреда» (p=0,023 для АЗ и p=0,002 для ИЗ); низкие показатели «Сотрудничества» (p<0,001, для АЗ и p=0,006 для ИЗ); низкие показатели Настойчивость (p<0,001 для обеих групп). 2) выраженность показателей импульсивности (Шкала импульсивности Баррата): высокий общий балл (p<0,001 для АЗ и ИЗ), высокие показатели импульсивности планирования (p<0,001, для АЗ и ИЗ), двигательной импульсивности (p<0,001, для АЗ и ИЗ) импульсивности внимания (p=0,003 для АЗ, p=0,021, для группы ИЗ); 3) пятифакторная модель личности (TIPI): низкий уровень показателя «Добросовестность» (p<0,001 для АЗ и ИЗ); низкий уровень «Экстраверсия», (p=0,026, для АЗ и p=0,004, для ИЗ); 4) высокий уровень

избегания как проявления социальной тревожности (Шкала социальной тревожности Либовица (LSAS) (общий уровень избегания, LSAS\_total\_avoidance ( $p=0,009$  для АЗ, и  $p=0,003$  для ИЗ); Маркеры специфического риска ИЗ (повышают риск ИЗ, но не риск АЗ): 1) высокая общая выраженность страха как проявления социальной тревожности (общий показатель страха, LSAS\_total\_fear) ( $p=0,019$ , ОШ=1,02), а также страха межличностных контактов (показатель страха межличностных контактов, LSAS\_fear\_Interpersonal\_Contact) ( $p=0,011$ , ОШ=1,04) и формальных (показатель страха формальных контактов, LSAS\_fear\_Formal\_Contact ( $p=0,036$ , ОШ=1,05) контактов; 2) большая выраженность неблагоприятного детского опыта, связанного с родителями (ACE P) ( $p=0,020$ , ОШ=1,16); низкие показатели неблагоприятного детского опыта, связанного с проживанием в сообществах с высоким уровнем насилия (ACE\_Community\_Violence) ( $p=0,016$ , ОШ=0,80).

По результатам исследования была сформирована иерархическая система комплексных категориальных молекулярно-генетических и психологических маркеров с учетом модулирующего влияния аффективных расстройств и на ее основе построена модель прогноза высокого риска развития интернет-зависимости, оценка качества моделей в процессе формирования итоговой модели подтвердила принципиальную иерархическую структуру факторов риска.

Была постулирована предварительная иерархическая структура на основании биологической роли, степени генетического контроля и представлений о структуре личности. Первый (базовый) уровень: генетические переменные (для генетической и комплексной модели), пол, наличие и степень выраженности семейной отягощенности по психическим и наркологическим заболеваниям. Возраст использовали как ковариату во всех моделях. Второй уровень: переменные, отражающие черты личности и характера (TCI), характеристики импульсивности как сложного психологического конструкта с выраженной биологической компонентой (шкала Баррата), пятифакторная модель личности (TIPI), показатели агрессивности. Третий уровень: психологические характеристики личности в контексте микро- и макросоциального окружения и межперсональных контактов. Четвертый уровень: самооценки участником психотравмирующего опыта детства. Пятый уровень: оценки аффективных расстройств как возможных модуляторов системы генетических и психологических маркеров как риска ИЗ (категориальные маркеры), так и балла по шкале CIAS (двумерные маркеры), а также дополнительные психопатологические характеристики.

Построена модель прогноза высокого риска развития интернет-зависимости с использованием комплексных категориальных молекулярно-генетических и психологических маркеров с учетом модулирующего влияния аффективных расстройств. В процессе построения промежуточных моделей с опорой на иерархическую структуру было проведено тестирование взаимодействия переменных с генетическим маркером риска ИЗ – exon 3 VNTR 48bp гена дофаминового рецептора типа 4 (DRD4). Оптимальной комплексной моделью ( $R^2=0,354$ . AUC=0,816 (чувствительность 0,427; специфичность 0,904)) для прогноза риска ИЗ следует признать модель, включающую: геногруппы exon 3 VNTR 48bp DRD4, возраст, наличие семейной отягощенности по наркологическим заболеваниям, характеристики темперамента и характера (TCI-125) «Сотрудничество» и «Упорство», характеристики импульсивности (BIS\_Motor\_Impulsiveness (двигательная импульсивность) и BIS\_Nonplanning\_Impulsiveness (импульсивность планирования), характеристики личности согласно Пятифакторной модели (TIPI\_Conscientiousness («Добросовестность») и TIPI\_Extraversion (Экстраверсия), выраженность неблагоприятного детского опыта, связанного с проживанием в сообществах с высоким уровнем насилия (ACE\_Community\_Violence). Добавление в модель факторов-модуляторов (депрессия по шкалам HADS и BDI, тревога по шкале HADS, уровень фоновой негативной аффективности (PANAS\_negative), уровень фоновой позитивной аффективности (PANAS\_positive), общий показатель выраженности психопатологических симптомов по шкале SCL-90 не изменяли характеристики модели и не обнаруживали взаимодействия с генетическим маркером, что полностью подтверждает модулирующий характер этих факторов.

Получены предварительные двумерные генетические и психологические маркеры риска развития ИЗ, связанные с общим баллом шкалы CIAS в общей когорте, без учета диагнозов и статуса участников. Оценивался как общий балл CIAS, так и подшкалы, отражающие различные аспекты ИЗ. Общий балл CIAS. Подтвержден протективный эффект полиморфизма exon 3 VNTR 48bp гена дофаминового рецептора типа 4 (DRD4) ( $p=0,055$ ) и выявлен дополнительный генетический маркер ИЗ ( $p=0,049$ ) - rs110402 в гене рецептора типа 1 кортикотропин-рилизинг гормона CRHR1.

CIAS\_Com (компульсивные симптомы): протективный маркер-полиморфизм DRD4 48 bp дофаминового рецептора типа 4 DRD4 ( $p=0,062$ ), маркеры риска: rs1799971 гена мю-опиоидного рецептора OPRM1 ( $p=0,039$ ), rs2236418 гена фермента глутаматдекарбоксилаза типа 2 GAD65 ( $p=0,011$ ).

CIAS\_Wit (симптомы отмены): протективный маркер rs1799971 гена мю-опиоидного рецептора OPRM1(p=0,055), маркер риска- rs1044396 гена альфа-4 субъединицы никотинового ацетилхолинового рецептора (CHRNA4)( p=0,073).

CIAS\_Tol(симптомы толерантности): протективные маркеры: rs1800497 в гене ANKK1 (бывший Taq IA DRD2(p=0,037) и rs2236418 гена фермента глутаматдекарбоксилаза типа 2 GAD65(p=0,001). Обнаружен маркер риска, эффект которого связан только с женским полом- rs211014 в гене гамма 2-субъединицы ГАМК-альфа рецептора GABRG2 (p=0,063).

CIAS\_IH (межличностные проблемы и проблемы со здоровьем): протективные маркеры: rs6275 в гене дофамина рецептора типа 2 DRD2 (p=0,002) и rs1800955 в гене дофамина рецептора типа 4 DRD4 (p=0,046). Маркер риска: rs1611115 в гене фермента дофамин-бета-гидроксилазы DBH. (p=0,0001).

CIAS\_TM (проблемы с управлением временем): маркер риска - rs1044396 гена альфа-4 субъединицы никотинового ацетилхолинового рецептора (CHRNA4) (p=0,061), и два маркера риска, эффекты которых ограничены полом: для женского пола- rs211014 в гене гамма 2-субъединицы ГАМК-альфа рецептора GABRG2 (p=0,017), для мужского пола - rs2229910 в гене нейротрофического рецептора тирозин –киназы типа 3 (NTRK3) (p=0,05).

CIAS\_IA-RPпроблемы, связанные с ИЗ. Протективный маркер: полиморфизм 48 bp дофамина рецептора типа 4 DRD4 (p=0,0001). Маркер риска, эффект которого ограничен женским полом: rs211014 в гене гамма 2-субъединицы ГАМК-альфа рецептора GABRG2. (p=0,055).

Выявлены психологические дименсиональные маркеры: высокая двигательная импульсивность (BIS), «Добросовестность» и «Эмоциональная стабильность» в пятифакторной модели личности TIPI. Уровень отрицания неблагоприятного детского опыта существенно влияет на значение общего балла CIAS (p<0,001).

Полученная система комплексных молекулярно-генетических и психологических маркеров высокого риска развития интернет-зависимости после валидации на независимых выборках может быть использована в рамках целевых профилактических программ.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-29-22079

Авторы выражают благодарность коллегам, принимавшим участие в исследовании: Ненастьева А.Ю., Николишин А.Е., Меркулова Т.В. (Москва), Баранок Н.В. (Мурманск), Рыбакова К.В., Илюк Р.Д., (Санкт-Петербург), Солдаткин В.А. (Ростов-на-Дону), Яковлев А.Н. (Липецк).

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ**

**Ким Д.П.**

Ташкентская медицинская академия

Ташкент

*RESEARCH OF EMOTIONAL-PERSONALITY AND COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE TAKING INTO ACCOUNT GENDER PECULIARITIES*

*Kim D.P.*

Исследование проводилось на базе Городского наркологического диспансера г. Ташкента и Республиканского наркологического центра. Все больные проходили лечение на добровольной основе в стационарных условиях в 2015-2018 годах.

Цель исследования. Изучить эмоционально-личностные и когнитивные нарушения у пациентов с алкогольной зависимостью и их психокоррекция, с учетом гендерных различий

Материалы и методы исследования. Основными методами исследования в работе являлись: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический (длительность катамнеза от 6 месяцев более 2 лет), экспериментально-психологический. Психологическое тестирование с использованием следующих тестов: Тест «СМОЛ» для исследования свойств личности испытуемых.

На первом этапе исследования методом случайной выборки было проведено обследование, лечение и последующее катамнестическое наблюдение, было обследовано 140 человек в возрасте от 25 до 55 лет. Пациенты были поделены на 2 группы- I группа пациенты мужского пола (76-человек) , II- группа

пациенты женского пола (64- человека). Большая часть пациентов мужского пола (47 человека – 61,8%) имеют проблемы с правоохранительными органами, женщины, имеющие административные или правовые нарушения составили 23 (35,9%). Пациентов мужского пола с алкогольной зависимостью составило 63 (82,9%) и женщин 51(79,7%)- у которых имелись проблемы с работой (с трудоустройством или на рабочем месте, связанные с злоупотреблением алкоголя). Стаж заболевания у испытуемых различный, самое большое количество пациентов мужчин имели стаж в промежутке 11-15 лет (42,1%), у женщин в промежутке 5-10 лет (37,5%). Продолжительность последней ремиссии у мужчин 13,1% составляет более 6 месяцев, у женщин ремиссия от 3 до 6 месяцев 328%, «чистый период» меньше месяца у 17,8% опрошенных.

Особенности характера употребления алкоголя: среди причин, которые способствуют злоупотреблению алкоголя случаев, указывалась тяга, как компульсивное непреодолимое влечение у мужчин 41 человек (54%), у женщин 32 (50%). У пациентов мужчин 35 (46%) и 32 женщин (50%) – указывали, что употребляют алкоголь для поднятия настроения.

Согласно корреляционному анализу параметр у мужчин с алкогольной зависимостью существует взаимосвязь между склонностью к проявлению физической агрессии в опьянении (анкета) ( $r=0,307$ ;  $p<0,05$ ), шкалой психастении 7Pt СМОЛ ( $r=0,357$ ;  $<0,05$ ) и шкалой шизоидности 8Sc СМОЛ ( $r=0,350$ ;  $p<0,05$ ). Показатель «Агрессия» взаимосвязан со шкалой гипомании 9Ma СМОЛ ( $r=0,307$ ;  $p<0,05$ ), шкалой психопатии 4Pd СМОЛ ( $r=0,338$ ;  $p<0,05$ ).

Результатами корреляционного анализа группы в целом, данное предположение подтверждается взаимосвязью характеристик «Пол» (анкета) и Паранойальность 6Pa СМОЛ ( $p<0,001$ ,  $r=-0,361$ ). В свою очередь более характерным для пациентов мужчин оказался психологический защитный механизм по типу вытеснения, в основе которого лежат истероидные черты личности, традиционно присущие женщинам. Это подтверждают и результаты корреляционного анализа экспериментальной группы: взаимосвязь переменных «Пол» (анкета).

Наибольшее расхождение значений присутствует по шкале депрессии 2D (пессимистичности) ( $p<0,04$ ). Это говорит о том, что женщины более чувствительны, нерешительны, зачастую неуверенны в себе больше, чем мужчины. В то же время, они более старательны и обязательны. По структурному содержанию данной шкалы мужчины и женщины различаются. Так, у женщин снова более выражен эмоциональный компонент проявления шкалы 2D СМОЛ: употребляет, чтобы забыть разочарование ( $r=0,528$ ,  $p<0,05$ ). Достоверно различаются выборки и по показателю Истерия 3 Ну (эмоциональная лабильность) СМОЛ ( $p<0,05$ ). Это определяет большую склонность женщин к избеганию ответственности через уход в болезнь. Также у них в большей степени, чем у мужчин проявляются демонстративные тенденции в поведении, потребность в самовыражении.

По сравнению с мужчинами, женщины более зависимы от мнения большинства, тревожны, мнительны, боязливы. Это подтверждает степень достоверности различий на уровне  $p<0,02$  по шкале психастении 7 Pt СМОЛ. Различие выборок по показателю Шизоидность 8Sc СМОЛ находится на уровне  $p<0,05$ . То есть, женщинам в большей степени свойственно стремление к проявлению своей индивидуальности. Также у них выражено сочетание повышенной эмоциональной чувствительности с проявлениями отчужденности в межличностных отношениях. У женщин шкала индивидуальности связана со снижением потребности в общении. Наибольшую факторную нагрузку имеет шкала «Депрессия 2D» (0,796), то есть наиболее значимое влияние на формирование зависимости оказывают свойства личности, такие как пониженное настроение, выраженная глубина переживаний, инертность в принятии решения, неуверенность в своих возможностях, пессимистичность, зависимость от окружающих. Высокую тревожность, чувствительность, конформизм, неуверенность в себе, выявляет структурный компонент первого фактора «Психастения 7Pt» (0,790). Значение данного компонента, возможно, проявляется в употреблении алкоголя, с целью снижения чувства тревожности, психологического напряжения, в связи с неуверенностью в своих силах, в будущем, и как следствие, избежать ответственности за себя и других.

Шкала СМОЛ «Шизоидность 8 Sc» (0,755), раскрывает такие особенности личности пациентов с алкогольной зависимостью как индивидуальность, склонность к раздумьям, пассивность, субъективизм в оценке людей и явлений. Структурный компонент «Психопатия 4 Pd» с факторной нагрузкой 0,731 указывает на нетерпеливость, склонность к риску, неустойчивые притязания, стремление потворствовать своим слабостям. Вероятно, что эти черты способствуют экспериментированию человека со спиртными напитками.

Имеет значение также шкала «Истерия 3 Ну» (0,729), что говорит о значимости черт эмоциональной лабильности, демонстративности для формирования и развития зависимости. Играет свою роль и шкала

«Ипохондрия I Нs» (0,522), которая говорит о том, что на формирование зависимости оказывают влияние сильное эмоциональное напряжение человека, стремление в трудных ситуациях «уйти в болезнь», и, тем самым, переложить ответственность за решение существующих проблем на окружающих. Достаточное влияние на психологические особенности личности с алкогольной зависимостью оказывает компонент «Гипомания 9 Ма» с факторной нагрузкой 0,519, что выявляет жизненную активность, мотивацию достижения, больше ориентированную на речевую гиперактивность и моторную подвижность, нежели на конкретные цели, стремление к лидерству, подчинению себе сверстников. Во втором факторе – «Психофизиологические параметры» наибольшую факторную нагрузку имели такие характеристики, как возраст, пол, агрессия, эксгибиционизм (самовыражение) и активность. Можно предположить, что характеристика «Возраст» с факторной нагрузкой 0,450, указывает то, что чем раньше человек начал употреблять алкогольные напитки, тем злокачественнее, с большими последствиями для его социального благополучия, психического и физического здоровья будет протекать заболевание. Характеристика «Пол» с факторной нагрузкой 0,477, говорит о том, что для мужчин злоупотребление алкоголем все-таки более характерно, чем для женщин. Это находит своё подтверждение в различных статистических исследованиях алкоголизма.

Выводы. Результаты факторного анализа позволяют сделать вывод, что на становление и развитие алкогольной зависимости у исследуемой выборки повлияли как изначально присущие личности психофизиологические характеристики, так и патопсихологические изменения личности, возникающие в процессе алкоголизации. Изначально алкоголь для испытуемых является способом улучшить свое эмоциональное состояние, что и достигается в момент его употребления; но после прекращения действия алкоголя эмоциональный фон резко ухудшается, возрастает агрессивность и раздражительность, так проявляется синдром отмены; В структуре эмоциональных состояний были характерны пониженное настроение, озлобленность и в поведенческих проявлениях агрессивность, что говорит о дефиците волевого контроля.

## **ИЗМЕНЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19 ПО ДАННЫМ ОПРОСА ЭКСПЕРТОВ-НАРКОЛОГОВ**

**Киржанова В.В., Вышинский К.В.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*CHANGES IN PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE AND SUBSTANCE USE-RELATED TREATMENT DEMANDS DURING THE COVID-19 EPIDEMIC, BASED ON EXPERT SURVEY RESULTS*

*Kirzhanova V.V., Vyshinskiy K.V.*

Эпидемия COVID-19, особенно ее начальный этап, оказала чрезвычайно сильное воздействие на работу всех медицинских учреждений, в том числе оказывающих помощь пациентам с синдромом зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В соответствии с данными форм федерального статистического наблюдения за 2020 г. в Российской Федерации произошло снижение общей (на 7%) и первичной (на 21%) заболеваемости наркологическими расстройствами, а также показателей госпитализации (на 19%) (Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н. и соавт., 2021). При этом отмечались существенные региональные особенности, связанные как с употреблением ПАВ населением, так и с обращаемостью за наркологической помощью и возможными ограничениями ее доступности. Упомянутые обстоятельства свидетельствуют об актуальности изучения данной проблемы с помощью доступных методов, одним из которых является опрос экспертов.

Цель. Изучить и оценить причины изменения обращаемости за наркологической помощью в России в 2020 году на основе опроса экспертов региональных наркологических служб.

Материалы и методы. Для анализа влияния эпидемии COVID-19 в 2020 г. на обращаемость населения за наркологической помощью и основные тенденции употребления ПАВ в заочный анонимный опросник, который заполняли эксперты – сотрудники наркологической службы (врачи-психиатры-наркологи и организаторы здравоохранения) был включен ряд вопросов, касающихся эпидемии COVID-19. На вопросы об изменении обращаемости за наркологической помощью в период эпидемии COVID-19 были получены ответы 131 эксперта из 72 регионов. Средний медицинский стаж экспертов составил 19,4±8,7 лет; 88% проработали с пациентами наркологического профиля 10 лет и более.

Результаты. На вопрос об изменении обращаемости пациентов с алкогольными расстройствами за амбулаторным лечением в связи с эпидемией эксперты ответили следующим образом: большинство считали, что обращаемость несколько сократилась или значительно сократилась – 63,6%, а о том, что осталась без существенных изменений, сообщили 30,3%. Сходным образом распределились ответы об обращениях по поводу расстройств, связанных с употреблением наркотиков: 61,5% экспертов полагали, что обращаемость сократилась, а 31,5% – что осталась примерно на прежнем уровне.

Аналогичные результаты были получены и в отношении стационарной обращаемости: более половины экспертов отмечали снижение обращаемости, связанной как с алкогольными (61,8%), так и с наркотическими (61,7%) расстройствами. Около трети экспертов полагали, что наблюдалась стабилизация стационарной обращаемости – соответственно 33,6 и 35,9%.

Изучение причин, способствовавших снижению амбулаторной и стационарной обращаемости, показало, что, по мнению ответивших на эту группу вопросов экспертов, в первый период эпидемии наиболее заметную роль играли следующие факторы: ограничение плановых госпитализаций в связи с эпидемией (78,8%); ограничения в отношении оказания плановой амбулаторной медицинской помощи, связанные с эпидемией (67,2%); отказы в госпитализации, связанные с COVID-19 или контактом у пациента (57,8%); соблюдение требований к плановой госпитализации в период эпидемии (66,4%); уменьшение числа граждан, доставленных на медицинское освидетельствование (39,7%).

Кроме того, в открытых ответах эксперты в свободной форме указали иные, не перечисленные в опроснике, причины снижения амбулаторной и стационарной обращаемости.

В качестве причин снижения амбулаторной обращаемости эксперты отметили то, что в 2020 г. в их регионах в связи с тяжелой эпидемической обстановкой временно вводился запрет на плановые посещения пациентами всех амбулаторных отделений, за исключением пациентов с заболеваниями и состояниями, при которых отсрочка оказания медицинской помощи на определенное время может повлечь ухудшение их состояния, угрозу жизни и здоровью. Также эксперты отмечали, что на снижение показателей повлияли такие меры, как ограничения по перемещению населения, введение режима самоизоляции для граждан 60 лет и старше и других категорий населения; перевод на дистанционное обучение образовательных организаций. В ряде регионов специалисты наркологической службы привлекались для оказания помощи больным с новой коронавирусной инфекцией. Большинство экспертов отмечают важное влияние на снижение обращаемости такого фактора, как временная приостановка профилактической деятельности наркологических учреждений (плановых профилактических осмотров, в том числе учащихся) в условиях эпидемии COVID-19. Как известно, профилактические осмотры (как взрослых, так и несовершеннолетних) являются важным фактором при выявлении пациентов наркологического профиля.

Анализ открытых ответов о причинах сокращения показателей госпитальной обращаемости пациентов наркологического профиля в 2020 г. показал, что, по мнению опрошенных экспертов, оно было в основном связано с противоэпидемическими мероприятиями и введением ограничительных мер, таких как: ограничение плановых госпитализаций; введение карантина при выявлении случаев инфекции в стационаре; временное перепрофилирование наркологических стационаров под инфекционные и иного профиля; требование наличия результатов анализов теста ПЦР не более 3-х дневной давности для плановой госпитализации; обеспечение дистанцирования при размещении пациентов в палатах; отказы в госпитализации из-за выявления у пациента инфекции или контакта по COVID-19. Однако в ряде случаев эксперты указывали иные причины, не связанные с эпидемической обстановкой, такие как сокращение наркологических коек в психиатрических учреждениях, что также влекло за собой сокращение госпитализаций пациентов наркологического профиля.

На вопрос о том, какие факторы влияли на увеличение амбулаторной и стационарной обращаемости пациентов наркологического профиля в период эпидемии COVID-19, эксперты сообщили, что это могло быть увеличение потребления алкоголя населением (41,3%); увеличение нелегальной торговли алкоголем (17,9%); рост потребления наркотиков населением (26,2%); увеличение предложения наркотиков на нелегальном рынке (13,2%). Дополнительно эксперты отметили иные причины, которые могли повлиять на увеличение обращаемости населения за наркологической помощью: нестабильность экономической обстановки в период эпидемии, которая повлекла за собой снижение доходов населения и снижение обращаемости населения за платной (в том числе и анонимной) наркологической помощью; связанные с эпидемией стресс, эмоциональные переживания и тревога за будущее, которые в ряде случаев могли спровоцировать обострение наркологического расстройства и последующее обращение за медицинской помощью.



На вопрос о том, как изменилось употребление ПАВ населением региона в 2020 г., были получены следующие ответы: считали, что употребления алкоголя осталось без существенных изменений 50,4% экспертов, что увеличилось – 37,2%, а что сократилось – 12,4%. В отношении употребления наркотиков большинство экспертов (67,5%) полагали, что изменений не произошло, 22,2% – что потребление наркотиков возросло и 10,3% – что оно сократилось.

Заключение. Результатами проведенного опроса полностью соответствуют данным о снижении основных показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации. По мнению экспертов, основной причиной сокращения обращаемости за наркологической помощью следует считать воздействие многочисленных факторов, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции и введёнными в 2020 г. противоэпидемическими мерами. При этом каждый второй эксперт считал, что в начальный период эпидемии потребление алкоголя населением сохранилось на прежнем уровне, а примерно две трети – что потребление наркотиков среди населения в период эпидемии осталось без существенных изменений.

Финансовая поддержка: грант РФФИ №20-04-60222/20.

## **К ВОПРОСУ О РЕГИСТРАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Киржанова В.В., Григорова Н.И.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*ON THE ISSUE OF REGISTRATION OF SUBSTANCE ABUSE DISORDERS IN THE RUSSIAN FEDERATION*  
*Kirzhanova V.V., Grigorova N.I.*

Одним из ключевых показателей мониторинга распространенности алкоголя, наркотиков, ненаркотических психоактивных веществ в Российской Федерации является заболеваемость населения психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (далее наркологические расстройства).

Заболеваемость – объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения; статистика здравоохранения оперирует заболеваемостью по данным обращаемости. Заболевания регистрируются как в амбулаторной сети, так и в стационаре при обращении пациентов за медицинской помощью. На основании числа зарегистрированных заболеваний рассчитывается амбулаторная и госпитализированная заболеваемость. Для оценки динамики распространенности наркологических расстройств в Российской Федерации, как правило, используются показатели амбулаторной заболеваемости, что связано с более широким охватом пациентов через амбулаторную сеть.

Выделяются общая и первичная заболеваемость. Первичная заболеваемость включает все возникшие впервые в жизни и выявленные в течение отчетного года заболевания у ранее здоровых людей. Первичная амбулаторная заболеваемость является одним из индикаторов для оценки возникновения наркологических расстройств в населении и может быть использована для анализа эффективности проведения профилактических мероприятий.

Цель. Провести сравнительный анализ показателей первичной амбулаторной заболеваемости и первичной госпитализированной заболеваемости наркологическими расстройствами на основании данных, представленных в формах федерального статистического наблюдения по наркологии. Выявить проблемы регистрации наркологических расстройств в амбулаторной сети. Обосновать целесообразность использования дополнительных индикаторов заболеваемости населения наркологическими расстройствами в Российской Федерации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных федерального статистического наблюдения о числе пациентов, впервые в жизни обратившихся за медицинской помощью в государственные специализированные амбулаторные и стационарные учреждения по поводу наркологических расстройств за период с 1999 по 2020 г. Для проведения анализа выполнен расчет интенсивных показателей на 100 тыс. населения. На основе расчетных показателей сформированы динамические ряды первичной амбулаторной и первичной госпитализированной заболеваемости по всем наркологическим расстройствам, а также по отдельным наиболее распространенным группам

заболеваний, таким как синдром зависимости от алкоголя (без алкогольных психозов) (далее – алкоголизм), алкогольные психозы, синдром зависимости от наркотиков (далее – наркомания). Для краткости в данной работе показатели приводятся не за весь период наблюдения, а в отдельные годы, определенные трендом заболеваемости.

Результаты. За период с 1999 по 2016 г. показатели первичной амбулаторной заболеваемости всеми наркологическими расстройствами превышали показатели первичной госпитализированной заболеваемости и составляли соответственно в 1999 г. – 301,2 и 167,5 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 267,1 и 175,7 на 100 тыс. населения, в 2016 г. – 156,5 и 152, 2 на 100 тыс. населения. Начиная с 2017 г. уровень первичной амбулаторной заболеваемости стал ниже уровня первичной госпитализированной заболеваемости. Так, в 2017 г. эти показатели составляли соответственно 129,9 и 144,3, в 2020 г. – 87,2 и 118,0 на 100 тыс. населения, то есть наметившееся «отставание» амбулаторных показателей углубилось: в 2017 г. стационарные показатели были выше амбулаторных на 10%, а в 2020 г. – на 26,2%.

Показатели первичной амбулаторной заболеваемости алкоголизмом ниже показателей первичной госпитализированной заболеваемости этим расстройством в течение всего периода наблюдения и равны соответственно в 1999 г. 76,3 и 77,1 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 76,4 и 99,4 на 100 тыс. населения, в 2020 г. – 29,9 и 65,3 на 100 тыс. населения. Причем разрыв между амбулаторными и стационарными показателями имеет стойкую тенденцию к увеличению. Если в 1999 г. наблюдалась незначительная разница, то в 2020 г. показатели первичной госпитализированной заболеваемости алкоголизмом превысили показатели первичной амбулаторной заболеваемости в 2,2 раза.

Показатели первичной амбулаторной заболеваемости алкогольными психозами также ниже уровня первичной госпитализированной заболеваемости этими расстройствами в течение всего периода наблюдения и принимали значения в 1999 г. 31,0 и 40,9 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 35,5 и 43,3 на 100 тыс. населения, в 2020 г. – 10,4 и 20,0 на 100 тыс. населения. Причем в 1999 г. показатели первичной госпитализированной заболеваемости алкогольными психозами превышали показатели первичной амбулаторной заболеваемости на 24%, а в 2020 г. – уже на 48,3%, или в 1,9 раза.

Превышение уровня первичной амбулаторной заболеваемости наркоманией над уровнем первичной госпитализированной заболеваемости отмечалось с 1999 по 2003 г. Начиная с 2004 г. соотношение этих показателей изменилось. Так, показатели первичной амбулаторной заболеваемости наркоманией и первичной госпитализированной заболеваемости этим расстройством составляли соответственно в 1999 г. 41,7 и 34,6 на 100 тыс. населения, в 2009 г. – 17,7 и 20,0 на 100 тыс. населения, в 2020 г. 8,5 и 11,2 на 100 тыс. населения. В 2016 г. показатели стационара превышали показатели амбулатории на 10,8%, в 2020 г. – 24%.

Заключение. В течение всего изучаемого периода наблюдалась тенденция к превышению уровней первичной госпитализированной заболеваемости над уровнем первичной амбулаторной заболеваемости, причем по ряду расстройств разрыв показателей из года в год увеличивался, и в 2020 г. стационарные показатели существенно превышали амбулаторные по основным нозологическим категориям и группам заболеваний.

Таким образом, в настоящее время госпитальная обращаемость более полно отражает первичную заболеваемость населения, что указывает на целесообразность использования показателей первичной госпитализированной заболеваемости в качестве дополнительных индикаторов. Более высокий уровень первичной госпитализированной заболеваемости по сравнению с первичной амбулаторной заболеваемостью может быть связан с рядом факторов, таких как: 1) наличие правовых ограничений в отношении пациентов, которые обращаются за наркологической помощью в амбулаторные специализированные медицинские учреждения (подразделения); 2) несовершенство системы регистрации наркологических расстройств в амбулаторной сети; 3) недостаточное взаимодействие между амбулаторным и стационарным звеньями наркологической службы; 4) усиление миграционных процессов в стране и, как следствие, увеличение госпитализации иногородних пациентов.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН ТУВИНСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Кисель Н.И., Биче-Оол У.К., Белокрылов И.И.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН; ГБУЗ РТ «Реснаркодиспансер»  
Томск, Кызыл

*CLINICAL FEATURES OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN OF TUVAN ETHNICITY*

*Kisel N.I., Biche-Ool U.K., Belokrylov I.I.*

На территории Сибирского федерального округа проживает большое количество представителей коренных народов, где сохраняется относительная изолированность этнических популяций. Примером такой территории является республика Тыва, которая по своей генетико-демографической структуре является консервативной системой (Бохан Н.А., Мандель А.И., Бадыргы И.О. 2016; Субботин С.В. 2016; Доронин Б.М., Монгуш Х.Д. 2017; Хомушку С.Д. 2019; Родионова Л.А., Копнова Е.Д. 2020). Особого внимания заслуживает проблема изучения женского алкоголизма и разработки современных этно- и гендерно-дифференцированных методов лечения алкогольной зависимости (Buckley J., Cohen J., Kramer A., et al., 2014; Гофман А.Г., Понизовский П.А., 2018; Рыбакова К.В., 2018; Шайдукова Л.К., Гилязева Л.К., 2019). Этим обоснована актуальность исследования клинических особенностей формирования алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности.

Материалы и методы. В работе в качестве основных применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, математико-статистический методы (статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программ Statistica для Windows, версия 12.0; описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом (LQ-UQ)). Для установления клиничко-динамических параметров алкогольной зависимости и определения социально-демографических характеристик больных алкоголизмом использовалась карта стандартизованного описания обследуемого по теме НИР «Этнокультуральные особенности наркологических расстройств». Объективная информация дополнялась сведениями из медицинской документации (анамнестические и катамнестические сведения из историй болезни, медицинских карт больных, проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Республики Тыва). Было проведено клиничское обследование 78 женщин тувинской этнической принадлежности (средний возраст 41,6±9,9лет) с алкогольной зависимостью (F10.2) и абстинентным синдромом (F10.3).

Результаты исследования и их обсуждение. Клиничко-анамнестические данные обследованной группы женщин, свидетельствуют о семейной отягощенности по алкоголизму (злоупотребляли алкоголем 39,7% отцов и 20,5% матерей). Завершенные и незавершенные суициды со стороны отцов, матерей или sibсов встречались в тувинской когорте обследованных женщин в 35,9% случаев.

В 50% случаев встречалось активное вовлечение жен в алкоголизацию мужьями, страдающими алкоголизмом, в 7,7% случаев отношение мужей к алкоголизации жен было индифферентным по сравнению с неодобрительным (17,9%) или активным противодействием алкоголизации (1,3%).

Средний возраст первой пробы алкоголя у обследованных женщин приходился на 18 лет (17–20) (Me (LQ-UQ)). Мотивом употребления алкоголя в 44,9% случаев был гедонистический (испытать новые ощущения), в 20,5% случаев был псевдокультуральный (произвести впечатление), в 19,5% случаев атарактический.

Систематически (не реже 1-2 раз в неделю) женщины начинали употреблять алкоголь в среднем с 25 лет (23–29). Средний возраст манифестации амнестических форм опьянения приходился на 30 лет (28–35), а, начиная с 33,5 лет (29–37) в клиничской картине алкогольной зависимости выявлялось формирование синдрома отмены. Возраст появления псевдозапойного типа пьянства приходился на 35 лет (31–38), псевдозапой в среднем длились 5 дней (3–10), светлые промежутки между псевдозапойми в среднем длились 14 дней (10–20). Средний возраст формирования психотических форм алкоголизма – 39,9±9,5 лет.

Впервые за наркологической помощью женщины обращались в 38 лет (32–42). На момент обращения продолжительность систематического приема алкоголя до развития клиничской картины зависимости в 33,3% составила от 5 до 10 лет, в 25,4% случаев составила 10 лет и более. У 41,3% женщин алкогольная зависимость развивалась прогрессирующе – от года до 5 лет.

Мотивы прекращения алкоголизации в 34,6% случаев были обусловлены напряженными ситуациями в семье или на работе, в 32,1% – выраженным ухудшением соматического здоровья и снижением

работоспособности, в трети случаев (29,5%) женщины доставлялись в наркологический стационар в порядке скорой медицинской помощи по поводу алкогольных психозов, в 3,8% - осознанием болезни и необходимостью лечения.

В большинстве случаев (84,6%) у женщин при поступлении было диагностировано изменение картины опьянения – укорочение периодов эйфории, появление раздражительности, эксплозивно-дисфорической, депрессивной, истерической симптоматики, лабильности настроения. В 41% случаев обследованные женщины обращались за наркологической помощью два и более раз с целью купирования синдрома отмены, в 25,6% – однократно, у 3,9% женщины в анамнезе встречалось стационарное лечение в связи с интоксикационным психозом.

В период становления ремиссии (до 3-х месяцев) психоэмоциональное состояние женщин, по субъективной оценке, в 89,7% случаев характеризовалось как некомфортное, с раздражительностью, влечением к алкоголю, трудностями структурирования времени. Выявленные особенности приводили к тому, что через два-три месяца более половины женщин, прошедших лечение (53,8%), возобновляли прием спиртных напитков.

Причиной рецидива в 44,9% случаев были уверенность в возможности пить «как все», в 39,7% случаев причиной «срыва» с последующим рецидивом заболевания была ситуационно обусловленная актуализация патологического влечения к алкоголю (возвращение в неблагоприятное семейное или производственное окружение), ревизия эффективности лечения и случайное употребление алкоголя встречалось в 11,5 и 2,6% случаев соответственно, в остальных 1,3% случаев были лично значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь близкого человека и т. д.).

Заключение. Таким образом, исследование клинических особенностей формирования алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности выявило: высокий уровень семейной отягощенности по алкоголизму (злоупотребляли алкоголем 39,7% отцов и 20,5% матерей) и суицидального поведения (завершенные и незавершенные суициды со стороны отцов, матерей или сибсов встречались в 35,9% случаев); прогредиентный тип развития алкогольной зависимости (от года до 5 лет) у 41,3% женщин. Наблюдалась высокая частота встречаемости измененной картины опьянения, треть (29,5%) обследованных женщин страдала психотическими формами алкоголизма; в 53,8% случаев алкоголизм отличался безремиссионным течением с низкой заинтересованностью в противоалкогольном лечении.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ХАРАКТЕРИСТИК ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ**

**Климанова С.Г. (1,2), Березина А.А. (1,2), Трусова А.В. (2,1)**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (1); СПбГУ (2)

*THE RELATIONSHIP BETWEEN EMOTION REGULATION AND ALCOHOL USE IN PATIENTS WITH AUD  
AND HEALTHY INDIVIDUALS*

*Klimanova S.G. (1,2), Berezina A.A. (1,2), Trusova A.V. (2,1)*

Введение. Традиционно известно, что наиболее значимым мотивом злоупотребления алкоголем является регуляция эмоционального состояния. Однако, динамика взаимосвязи эмоционального состояния и его регуляции в процессе развития алкогольной зависимости (АЗ) и выхода в ремиссию до сих пор не до конца изучена. В частности, на данный момент данные о соотношении предпочитаемых стратегий эмоциональной регуляции (ЭР) и уровня употребления алкоголя в группах пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) и у здоровых индивидуумов крайне ограничены. Целью данного исследования является сравнение предпочитаемых стратегий ЭР у пациентов с АЗ и здоровых участников, а также выявление взаимосвязи между характеристиками ЭР и уровнем употребления алкоголя. Материалы и методы. В исследовании приняли участие 79 пациентов (средний возраст 39.5±8.95 лет, 80% мужчин), проходящие лечение от алкогольной зависимости (F10.2) на базе отделения лечения зависимостей ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и 25 здоровых участников (средний возраст 32.5±10.5 лет, 80% мужчин) контрольной группы. В исследовании использовались следующие методы: биографическое интервью, а также опросники эмоциональной регуляции (ERQ, CERQ), эмоционального состояния (HADS, PANAS, PSS) и тяжести употребления алкоголя (AUDIT, PACS). Результаты. 8 участников контрольной группы сообщили о злоупотреблении алкоголем (≥8 баллов по шкале AUDIT). Пациенты, проходящие лечение от

АЗ по сравнению с участниками контрольной группы с низким уровнем риска злоупотребления отметили значимо более выраженную степень выраженности негативного аффекта ( $p=.003$ ), воспринимаемого стресса ( $p=.009$ ), и катастрофизации ( $p=.005$ ), а также значимо более низкую степень выраженности позитивного аффекта ( $p=.024$ ) и использования стратегии позитивной переоценки ( $p=.005$ ). В контрольной группе, суммарный балл по шкале AUDIT позитивно коррелировал с общим уровнем воспринимаемого стресса ( $r=.42$ ,  $p=.035$ ) и перенапряжения ( $r=.49$ ,  $p=.013$ ). Однако, когда участники контрольной группы с высоким уровнем злоупотребления были исключены из анализа, потребление алкоголя по шкале AUDIT не коррелировало с показателями эмоционального функционирования или с предпочитаемыми стратегиями эмоциональной регуляции. У пациентов с АЗ, выраженность влечения к алкоголю была позитивно взаимосвязана со стратегией руминации ( $r=.38$ ,  $p<.001$ ), уровнем тревожных ( $r=.38$ ,  $p<.001$ ) и депрессивных ( $r=.32$ ,  $p=.005$ ) симптомов, и уровнем негативного аффекта ( $r=.37$ ,  $p<.001$ ). Продолжительность АЗ позитивно коррелировала с использованием когнитивной переоценки ( $r=.25$ ,  $p=.028$ ). Выводы. Данное исследование показало, что пациенты с АЗ значимо отличаются от здоровых участников в выраженности эмоциональных сложностей (уровень воспринимаемого стресса, негативного аффекта) и предпочитаемых стратегиях эмоциональной регуляции (использование катастрофизации и позитивной переоценки). При этом, у участников с низким уровнем риска злоупотребления, уровень употребления алкоголя не был взаимосвязан с показателями эмоционального функционирования или стратегиями ЭР. У участников с АЗ показатели тяжести зависимости (продолжительность и выраженности влечения к употреблению) была взаимосвязана с выраженностью эмоциональных сложностей и стратегиями когнитивной переоценки.

## **ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РЕЗИДУАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Клименко Т.В., Аптикеева Р.Ф.**

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

Москва

*PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF RESIDUAL STATES IN ALCOHOL DEPENDENCE*

*Klimenko T.V., Aftikeeva R.F.*

В период воздержания от употребления алкоголя у больных с алкогольной зависимостью могут наблюдаться многообразные психические расстройства и расстройства поведения, которые в МКБ-10 квалифицируются как резидуальные психические расстройства или резидуальные состояния (F10.7). К ним предлагается относить нарушения познавательных функций, эмоций, личности или поведения, вызванные приемом алкоголя, которые сохраняются после периода, в течение которого проявляется непосредственное влияние алкоголя. Данные расстройства проявляются комплексом разнородных психических, поведенческих, соматических и неврологических расстройств, которые находятся в сложном взаимодействии. Развитие и формирование этих расстройств связано не только с хронической интоксикацией алкоголем, но и с различными и многочисленными иными этиопатогенетическими факторами, среди которых основными считаются аномалии нервно-психического развития, конституциональные особенности преморбидного периода, метаболические нарушения различного генеза. В связи с многофакторностью и полиэтиологичностью формирования диагностика и типологическая верификация этих состояний представляется достаточно сложной и нередко приводит к чрезвычайно противоречивой их интерпретации от их полного отрицания до утверждений о том, что при алкогольной зависимости всегда и уже на начальных этапах болезни развиваются разнообразные резидуальные психические расстройства. Традиционно эффективность всех терапевтических вмешательств в отношении лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения вследствие употребления алкоголя оценивается по продолжительности и качеству формирующейся ремиссии, что в свою очередь может оцениваться по клинической структуре резидуального состояния. Цель исследования. Изучение психопатологической структуры резидуальных состояний при алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования. Обследовано 229 больных алкогольной зависимостью, которым в стационарных условиях была проведена терапия синдрома отмены алкоголя, после чего они находились под диспансерное наблюдение у врача психиатра-нарколога. Оценка психического состояния

осуществлялась клинико-психопатологическим, клинико-анамнестическим, экспериментально-психологическим, психометрическим, клинико-катамнестическим методами по следующему графику: 1) после окончания терапии синдрома отмены алкоголя перед выпиской из стационара; 2) через 6 месяцев диспансерного наблюдения; 3) через 12 месяцев диспансерного наблюдения.

Длительность воздержания от употребления алкоголя: до 3-х месяцев – 10,9%; 4-6 месяцев – 23,6%; 7-9 месяцев – 19,7%; 10-12 месяцев – 19,2%; 13-24 месяца – 18,3%; 25-36 месяцев – 8,3%.

Результаты исследования. Изучение резидуальных психических расстройств и расстройств поведения у лиц с алкогольной зависимостью на этапе воздержания от употребления алкоголя показало, что они проявлялись следующими синдромальными феноменами: 1) астенические расстройства в виде раздражительной слабости, повышенной психической истощаемости, повышенной физической и психической утомляемости, низкой физической и психической работоспособности, эмоциональной лабильности, склонности к легко истощаемым аффективным разрядам; 2) эмоционально-волевые расстройства в виде эмоциональной лабильности и неустойчивости эмоциональных реакций, эйфории, эмоциональной эксплозивности или дефензивности, эмоциональной незрелости или примитивности эмоциональных реакций; 3) расстройства аффективной сферы, спектр которых был достаточно широким от разнообразных паратимий в форме дистимий, дисфорий до субдепрессий и депрессий, гипоманиакальных состояний; 4) патохарактерологические расстройства, которые обычно не отвечали клиническим критериям расстройства зрелой личности и больше отвечали клиническим критериям психопатических поведенческих реакций или преимущественному типу реагирования; 5) разнообразные расстройства поведения; 6) когнитивные нарушения в виде нарушений мышления, внимания, памяти, повышенной истощаемости внимания, что коррелировало с выраженностью астенической симптоматики; 7) расстройство влечений (нарушение пищевого поведения, нарушение сексуального поведения, расстройство инстинкта самосохранения, сенсорная жажда; патологическое влечение к алкоголю).

Одновременно наблюдались специфические личностные изменения: снижение, извращение или утрата морально-этических установок, расстройство критических функций с явлениями анозогнозии в отношении злоупотребления алкоголем и связанными с этим медицинскими и социальными последствиями.

Таким образом, наблюдавшиеся в резидуальных состояниях алкогольной зависимости психические расстройства и расстройства поведения отличались разнообразием. Диагностических кодов из рубрики F10.7 в МКБ-10, которая регулирует клиническую верификацию резидуальных состояний, оказалось недостаточно для клинической квалификации всего феноменологического диапазона психических расстройств и расстройств поведения, которые продолжают после окончания прямого действия алкоголя у лиц с алкогольной зависимостью. Поэтому возникала необходимость использования диагностических кодов из других рубрик МКБ-10, в частности из рубрики «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (F02 – F07) и из рубрики «Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте» (F60). Более точная клиническая верификация психических расстройств и расстройств поведения при алкогольной зависимости в период воздержания от употребления алкоголя с привлечением кроме диагностических кодов из рубрики F10 диагностических кодов из других рубрик МКБ 10 представляется допустимой с общеклинических позиций, поскольку психические расстройства и расстройства поведения вследствие алкогольной зависимости имеют полиэтиологический характер, в связи с чем их клиническая верификация с позиции монокаузальности невозможна, а если и проводится, то с большой долей допустимости и условности.

# КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ДОМИНИРОВАНИЕМ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА ИЛИ ВОДКИ

Клименко Т.В., Орлов А.В.

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

ГБУЗ «МНПЦ наркологии и ДЗМ»

Москва

*CLINICAL AND DYNAMIC FEATURES OF ALCOHOL DEPENDENCE WITH PREDOMINANT BEER OR VODKA CONSUMPTION*

*Klimenko T.V., Orlov A.V.*

Актуальность исследования. В последние четверть века в связи с ростом потребления пива неоднократно обсуждался вопрос о том, что существует особый тип алкоголизма – «пивной». При этом часть врачей психиатров-наркологов приняла этот тезис, другие же исключили такую возможность, ссылаясь на то, что абсолютное большинство лиц с алкогольной зависимостью редко употребляют один вид спиртного напитка и чаще наблюдается употребление различных видов спиртных напитков.

По аналогии с различными типами наркотической зависимости по виду употребляемого наркотического средства, что определяет специфику оказываемых профилактических и терапевтических вмешательств, была высказана гипотеза о клинико-динамических особенностях алкоголизма в зависимости от вида употребляемого спиртного напитка, в частности – пива или водки.

Цель исследования – сравнить клинико-динамические особенности алкогольной зависимости с преимущественным употреблением пива или водки.

Материалы и методы исследования. Парным методом было сформировано две группы больных алкогольной зависимостью средней стадии с преимущественным потреблением пива (ПА) или водки (ВА), которые не отличались по полу и возрасту. В каждую группу было включено по 40 больных. Каждая группа обследуемых ПА и ВА включала 31 мужчину и 9 женщин в возрасте от 22 до 62 лет (соответственно Ме 32,5 и 33,0; МКр 28,0–42,5 и 30,0–43,0). Больные обеих групп по основным социально-психологическим характеристикам не имели значимых различий. Между обследуемыми выявлены различия количеству травм в анамнезе: общее число травм, как в целом, так и в состоянии опьянения было 33 у ВА, что существенно больше, чем у ПА 18 ( $p=0,015$ ).

Больные обследовались методом структурированного интервью, клинико-психопатологическим и клинико-катамнестическим методом. Длительность катамнеза 10 лет. Были исследованы в сравнительном аспекте основные социально-психологические и клинико-динамические характеристики формирования и развития алкогольной зависимости с преимущественным употреблением пива или водки. Для оценки суточной толерантности доза употребляемых алкогольных напитков переводилась в мл чистого этанола в соответствии с коэффициентами Госкомстата-Росстата, например, коэффициент водки 0,4 умножался на суточный объем употребленной водки в мл.

Основные результаты работы. Первое употребление алкоголя в обеих группах исследования пришлось на возраст 15 лет ( $p>0,05$ ). На этапе первых проб чаще употреблялась водка (30%) или пиво (24%) или вино (21%). Реже первые пробы алкоголя были связаны с употреблением других алкогольных напитков (коньяк, самогон, спирт, ликеры и др.). Суточная толерантность составила 0,03 литра у ПА и 0,04 литра у ВА ( $p>0,05$ ). Продолжительность этапа эпизодического употребления не превышала пяти лет без достоверной разницы по группам исследования.

На этапе систематического употребления алкоголя происходил предпочтительный выбор вида алкогольного напитка с преимущественным употреблением, при этом наряду с пивом (группа ПА) или водкой (группа ВА) больные эпизодически (ПА – 80%; ВА – 75%) по викарным механизмам употребляли другие спиртные напитки (вино, коньяк, алкогольные коктейли). Суточная толерантность увеличивалась группе ПА до 0,05 литра и в группе ВА – до 0,08 литра ( $p>0,05$ ).

На начальном этапе формирования алкогольной зависимости утрачивался рвотный рефлекс на прием больших доз алкоголя, количественный и ситуационный контроль над употреблением алкоголя. Происходила смена типа мотивации употребления алкоголя за счет снижения значения мотивации субкультурального типа и увеличения доли мотивации гедонистического типа. Одновременно уменьшалась частота викарного употребления других алкогольных напитков помимо пива в группе ПА (48%) и водки (38%) в группе ВА. Продолжался рост толерантности к алкоголю: у больных ВА толерантность увеличивалась до 0,14 литра, а у больных ПА – до 0,1 литр в перерасчете на чистый

этанол, различия были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). Наблюдалось формирование патологического влечения к алкоголю обсессивного типа (Me 20,5 vs 20,0;  $p = 0,957$ ), в психопатологической структуре которого у больных ПА преобладал идеаторный компонент, а у больных ВА – аффективный. Длительность начальной стадии у больных ВА составила в среднем 5,5 лет, а у ПА 5 лет ( $p > 0,05$ ).

На средней стадии алкогольной зависимости формировался алкогольный абстинентный синдром (ААС): у больных ВА и ПА – через 6 лет после начала систематического употребления алкоголя. Различий между группами ПА и ВА по возрасту появления ААС не выявлено: медианный возраст у больных ВА – 26,5 и у больных ПА – 25,0 лет. Продолжительность ААС: у ПА 2 дня, у ВА 3 дня ( $p = 0,009$ ). По степени тяжести в группе ПА преобладал ААС легкой и средней степени тяжести, в группе ВА – средней и тяжелой степени тяжести (235 vs 301,  $p = 0,006$ ). У больных ВА в психопатологической структуре патологического влечения к алкоголю преобладал аффективный и поведенческий компонент при минимальной выраженности идеаторных и нейровегетативных нарушений, а у больных ПА, наоборот, в структуре патологического влечения были больше выражены идеаторные и нейровегетативные нарушения при минимальной выраженности аффективных и поведенческих расстройств. Суточная толерантность составила в среднем в группе ВА 0,5 литра водки и в группе ПА 3,0 литра пива. Продолжительность запоев в группе ВА была достоверно больше по сравнению с больными ПА (Me 5 vs 14 дня,  $p = 0,002$ ). Различий по количеству соматических и неврологических заболеваний, развившихся вследствие хронической алкогольной интоксикации (сердечно-сосудистая патология, заболевания ЖКТ, печени) в группах ПА и ВА не выявлено ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Формирование алкогольной зависимости у больных ПА и ВА происходило с одинаковым темпом, возраст формирования и продолжительность последовательных этапов формирования алкогольной зависимости не имели статистически значимых различий. Однако при сохранении общих для алкоголизма клинико-динамических закономерностей алкогольная зависимость с преимущественным употреблением пива или водки имела специфические клинические особенности по психопатологической структуре и тяжести ААС, по темпам роста толерантности, особенностям клиники патологического влечения к алкоголю. Выявленные клинико-динамические особенности формирования алкогольной зависимости с преимущественным употреблением пива или водки позволяет ставить вопрос о наличии различных форм алкоголизма – пивного и водочного.

## **ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Комарова А.П., Агибалова Т.В., Петросян Т.Р., Теплова С.В.**

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

**Москва**

*FEATURES OF THE IMMUNE STATUS IN HIV-INFECTED INJECTING DRUG USERS DEPENDING ON THE  
USE OF ANTIRETROVIRAL THERAPY*

*Komarova A.P., Agibalova T.V., Petrosyan T.R., Teplova S.N.*

**Резюме.** С каждым годом число ВИЧ-инфицированных пациентов имеет отчетливую тенденцию к увеличению. Это связано, прежде всего, с основным путем заражения ВИЧ-инфекцией, которым является употребление инъекционных наркотиков с использованием нестерильного инструментария и именно на данный способ заражения приходится практически половина новых случаев инфицирования. Между зависимостью от инъекционных психоактивных веществ и инфекционными заболеваниями отмечается высокий уровень коморбидности. При систематическом потреблении ПАВ, особенно на фоне роста толерантности, изменяются параметры иммунного статуса. Цель: сравнить показатели клеточного иммунитета у ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотиков в зависимости от приема антиретровирусной терапии (АРТ). Сделан вывод, что высокоактивная АРТ существенно повышает выживаемость пациентов, несмотря на одновременный прием психоактивных веществ, а также обеспечивает улучшение качества жизни, уменьшение оппортунистических инфекций, снижение риска распространения ВИЧ-инфекции.

**Введение.** Эпидемия ВИЧ-инфекции в значительной степени «подпитывается» употреблением инъекционных наркотиков. Между зависимостью от инъекционных психоактивных веществ (ПАВ) и



инфекционными заболеваниями отмечается высокий уровень коморбидности. У 54,9% ВИЧ-инфицированных, основной путь заражения – употребление инъекционных наркотиков с использованием нестерильного инструментария (1). Зависимость от ПАВ и в особенности острая интоксикация сопровождается снижением контроля над поведением, а ПАВ, имеющие психостимулирующее действие, растормаживают сексуальное влечение и его рискованную составляющую (2). В результате, наблюдается выход эпидемии ВИЧ-инфекции из уязвимых групп населения в общую популяцию, в которой активно продолжает распространяться.

Основным компонентом лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией является антиретровирусная терапия (АРТ), с помощью которой можно добиться контролируемого течения заболевания (3). Главная цель АРТ – максимальное подавление вирусной репликации до неопределяемого уровня РНК ВИЧ в плазме крови. Установлено, что употребление ПАВ изменяет прогрессирование ВИЧ-инфекции не только через нерегулярную терапию, но и прямо, путем иммунной модуляции и увеличения вирусной нагрузки ВИЧ (4). При систематическом потреблении ПАВ, особенно на фоне роста толерантности, изменяются параметры иммунного статуса (снижение Т-хелперов, естественных киллеров, В-лимфоцитов и регуляторных клеток, повышение Т-киллеров и активированных Т-лимфоцитов) (5).

Для того чтобы АРТ на протяжении длительного времени была эффективной, необходимо строгое соблюдение назначенной схемы лечения, начиная с самого первого дня (3). Поскольку несоблюдение пациентами режима лечения приводит к возникновению мутаций устойчивости и отбору устойчивых штаммов ВИЧ, а возможности дальнейшего выбора активных препаратов снижаются (6). Таким образом, в наркологической практике остро стоит вопрос о комплексном подходе к лечению ВИЧ-инфекции и зависимости от ПАВ, повышение эффективности и приверженности к АРТ у данной категории пациентов.

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

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

Результаты. При анализе основных групп пациентов было выявлено, что в I группу вошло 37 пациентов (61,7%). Из них, всего лишь 5 пациентов (13,5%) не имели первоначальных данных ИС. Средний возраст группы составил 39,3 лет. Распределение стадий ВИЧ-инфекции: с 3 ст – 37,8%; с 4А ст – 27,1%; 4Б ст – 21,6%; 4В ст – 13,5%. Во II группу вошли 23 пациента (38,3%), из них 12 пациентов (52,2%) не имели первоначальных данных ИС. Средний возраст группы – 37,9 лет. Распределение стадий ВИЧ-инфекции: 3 ст – 30,4%; 4А ст – 47,8%; 4Б ст – 13,1%; 4В ст – 8,7%. Сравнительный анализ исходных данных уровня клеток СД4 и ВН у исследуемых групп пациентов, позволяет увидеть, что уровень ВН заметно ниже в I группе (СД4 >400 кл/мл – 56,2%; ВН < 200 коп/мл – 78,8%), чем во II группе (СД4 <400 кл/мл – 54,6%; ВН 200 коп/мл – 90,9%). При сравнении уровня СД4 и ВН в исходных данных с полученными показателями ИС, во время исследования, в I группе, выявлен рост количества клеток СД4 и уменьшение вирусной нагрузки (СД4 >400 кл/мл – 56,8%; ВН >200 коп/мл – 80,7%).

Выводы. На основании проведенного исследования, можно сделать вывод, что даже несмотря на продолжение употребления ПАВ и прогнозируемое неблагоприятное течение ВИЧ-инфекции в связи со значительными нарушениями в клеточном звене иммунитета, вызванными употреблением наркотиков, эффективность приема АРТ неоспорима. Таким образом, проведенное нами исследование показывает, что важнейшую роль в лечении ВИЧ-инфекции у ПИН играет высокая приверженность к антиретровирусной терапии. Таким образом, формирование приверженности как к лечению зависимости от ПАВ, как и к АРТ у ВИЧ-инфицированных ПИН внесет большой вклад в снижение распространения ВИЧ-инфекции в РФ.

## СИМВОЛИЗАЦИЯ ТРЕЗВОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Конопатов В.А., Новикова С.П., Бруй А.О.

СПбГНБ

Санкт-Петербург

*SIMBOLIZATION OF SOBRIETY IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS OF THE NARCOLOGICAL  
DEPARTMENT*

*Konopatov V.A., Novikova S.P., Brui A.O.*

В условиях растущего числа наркологических пациентов, обращающихся вынужденно, по решению суда, за медицинской реабилитацией концептуальным подходом может служить символизация декларируемой пациентом трезвости. Трезвость – есть наиболее надежное свидетельство в движении к выбору трезвости, и в данном случае роль этого подхода найти такие реабилитационные стратегии, которые потенциально способны прописывать маршрут этого движения. Это напоминает «пустой жест» – избыточные действия не несущее буквальное содержание, но имеющее символическое значение, как для самого совершаемого, так и для посвященных окружающих [4]. Например, в ситуации: «трезвость – это принуждение и (или) все-таки его выбор, который тогда требует дополнительного символического подтверждения. В специальной литературе подобное прорабатывается как вопрос опыта самосознания в присвоении действительности [2, 4]. В отличие от принятия, присвоение понимается как акт домысливания в символическом поле [1].

Условием приема пациентов в программу медицинской реабилитации является трезвость, подтверждаемая химико-токсикологическим исследованием и готовность к выполнению пациентом программы медицинской реабилитации. В рамках существующих мероприятий программы нами дополнительно используются и (или) адаптируются задания с целью символизации трезвости: метафорические карты, символизация рисунком и др. Использование в символизации трезвости подобных заданий продиктовано необходимостью особого подхода к группе пациентов, которые декларируют трезвость на протяжении всего курса медицинской реабилитации, но при этом честно отдают себе отчет в двойственности своих намерений.

Пример символизации при помощи метафорических карт – задание «Что нужно, чтобы оставаться в трезвости...». В нем предлагается выбрать серию из метафорических карт. На карте изображен косяк рыб разной величины, плывущих в одну сторону. Пациент К. декларирует: «Рыбка плывет не туда». Что является его, пациента К., иллюзией – такой рыбке на предложенной карте нет. Этот разрыв того, что реально представлено, с его (пациента) домысливанием в символической форме: «Не нужно плыть по течению». В символизации рисунком, например, в задании: «Я в форме сосуда» пациент Д. символизирует наполненность живительной жидкостью как крынка, заполненная молоком. В задании «Карта моей души» с помощью взаимопересекающихся окружностей и множества линий пациент И. передает также наполненность, что символизирует отношения.

Выполнение заданий с целью символизации помогает «достраивать» образы, в особенности, когда с помощью воображения это сделать не представляется возможным.

Тем самым преодолеваются разрывы в представлении о действительности. Другими словами, через присвоение действительности принимается трезвость. Таким образом, символизация трезвости нам видится перспективным подходом, расширяющим возможности в медицинской реабилитации пациентов наркологического отделения.

# СЕЛАНК, ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ СРЕДСТВО, КУПИРУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ. СРАВНЕНИЕ С АНКСИОЛИТИКАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА

Константинопольский М.А., Чернякова И.В.

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова»

Москва

*SELANK, A POTENTIAL DRUG FOR THE TREATMENT OF OPIATE DEPENDENCE. COMPARISON WITH BENZODIAZEPINE ANXIOLYTICS*

*Konstantinopolsky M.A., Chernyakova I.V.*

Объективно. Лекарственные средства, представители разных фармакологических классов, нейролептики, антидепрессанты, анксиолитики, применяются в наркологической практике для устранения разнообразных проявлений зависимости от опиатов. Многие из них имеют выраженные побочные эффекты. В частности, анксиолитики, производные бензодиазепинов (диазепам, феназепам и аналоги), при длительном применении (месяц и более) и превышении рекомендуемых дозировок, могут вызывать состояние психической и физической зависимости. Однако, их назначение связано с необходимостью купировать состояния тревоги, страха, эмоционального напряжения и невротоподобные реакции у больных, зависимых от опиатов. Нейролептики также рассматриваются как важный класс средств коррекции психотических реакций у этой группы больных. Наиболее часто применяют галоперидол, некоторые атипичные нейролептики, такие как клозапин, оланзапин и кветиапин. Развивающиеся вследствие их приема депрессия, заторможенность, снижение моторных реакций, увеличение массы тела, наряду с неоднозначной эффективностью в осложненных случаях, ограничивают спектр их клинического применения [Kelly T.M, et al., 2012]. Разработка и экспериментальная оценка новых безопасных средств коррекции зависимости от опиатов, антидепрессантов и анксиолитиков пептидной природы с минимальными побочными эффектами, с перспективой клинического применения, является актуальным направлением экспериментальной наркологии. Ранее показано, что триптофан содержащие ретро-аналоги холецистокинина-4 (ХЦК-4) демонстрируют анксиолитическую активность в поведенческих тестах и некоторые из них, ГБ-101 и ГБ-115 [ $\text{Ph}(\text{CH}_2)_5\text{-CO-Gly-L-Trp-NH}_2$ ], были способны устранять или существенно ослаблять отдельные признаки синдрома отмены (СО) морфина у животных [Konstantinopolsky M.A et al., 2005, 2011]. Среди других перспективных соединений, ранее изученных, отметим дипептид Дилепт, созданный на базе эндогенного нейропептида нейротензина NT (8-13) [Середенин С.Б. и соавт., 1998], показаны его антипсихотический и нейропротекторный эффекты [Островская Р.У. и соавт., 2009], а также способность устранять проявления зависимости от морфина [Константинопольский М.А. и соавт., 2013]. Существенный интерес с вероятностью клинического применения в наркологии представляют функциональный миметик BDNF ГСБ-106, обладающий антидепрессантной активностью (Gudasheva T.A., et al. 2012) и способный устранять признаки зависимости от опиатов (Konstantinopolsky M.A., et al., 2016), а также гептапептиды Семакс и Селанк, известные препараты с нейропротекторной и анксиолитической активностью, соответственно, разработанные ранее в Институте молекулярной генетики РАН.

Цель исследования. Настоящее исследование было посвящено изучению эффектов Селанка, интраназальная форма которого используется в клинической практике в качестве анксиолитика, однако, данные о его антинаркотической активности отсутствуют.

В качестве препаратов сравнения в данном исследовании использовали бензодиазепиновые анксиолитики, диазепам и феназепам, а также гептапептид с нейропротекторной активностью, Семакс. Предполагалось изучить влияние субстанций указанных препаратов на разнообразные поведенческие, неврологические и вегетативные проявления синдрома отмены (СО) морфина у животных с предварительно выработанной зависимостью от морфина, а также оценить влияние препаратов на тактильную чувствительность до и после развития зависимости.

Методы исследования. Зависимость от морфина гидрохлорида вырабатывали у беспородных лабораторных крыс-самцов при его внутрибрюшинном введении (2 раза/сутки/5 дней, в дозах 10 – 20 мг/кг). Для провокации СО вводили антагонист опиатов налоксона гидрохлорид (1 мг/кг) за 15 мин до тестирования животных в установке «открытом поле» (ОП). Исследуемые субстанции готовили extempora и вводили в/брюшинно: гептапептид Селанк (Thr-Lys-Pro-Arg-Pro-Gly-Pro, аналог нейропептида тафтцина), в дозе – 0,3 мг/кг, 1-кратно, за 30 мин до тестирования животных в ОП или

ежедневно, в тех же дозах, за 30 мин до введения морфина; субстанцию гептапептида Семакса вводили в дозах 0,05 и 0,5 мг/кг, 1-кратно; препараты сравнения – диазепам в дозе 2,0 мг/кг вводили 1-кратно или субхронически, феназепам – 1-кратно или ежедневно в дозе 0,5 мг/кг интрагастрально. Специфические неврологические и вегетативные признаки СО (16 – 18 показателей) выражали в количественной и альтернативной форме, рассчитывали средние значения суммарного индекса (СИ) СО для каждой группы животных (10 особей) в соответствии с протоколом, описанным ранее [Константинопольский М.А., 2011]. Тактильную чувствительность у животных, исходную и после отмены морфина, оценивали в тесте vonFrey (UgoBasile, Италия). Для статистической верификации полученных результатов использовали – Mann-Whitney-U-test, onewayANOVA и t-test.

Результаты и обсуждение. Селанк уменьшал значение СИ СО на 39,6 -38,9 % ( $P < 0,01$ ) при 1-кратном и субхроническом введении, соответственно, При этом значимо снижалась выраженность таких поведенческих показателей СО как нарушение позы, скрежет зубами, диспноэ, судороги; выраженность диареи также имела заметную тенденцию к падению. Такая картина изменений показателей зависимости отмечалась как при 1-кратном, так и при субхроническом введении Селанка; пептид восстанавливал уровень тактильной чувствительности животных до значений 31,0 – 12,8 %,  $P < 0,05$ , при разных схемах введения морфина (в сравнении с референтной группой активного контроля - «морфин хр +налксон» – 4,2 %). Эталонный анксиолитик диазепам уменьшал выраженность СО морфина на 48,3 % ( $P < 0,01$ ) при однократном введении и восстанавливал тактильные пороги до уровня 19,5 %. ( $P < 0,05$ ). Анксиолитик феназепам снижал величину СИ СО на 32,1 %, ( $P < 0,05$ ) и частично восстанавливал тактильную чувствительность животных до уровня 12,7 % ( $P < 0,05$ ), относительно исходных значений, но только при субхроническом введении. Семакс, вводимый в дозе 0,05 мг/кг, при в/брюшинном ежедневном введении снижал значение СИ СО, соответственно, на 36,4-30,0 % ( $P < 0,05$ ) и частично восстанавливал тактильную чувствительность до уровня 24,7% в сравнении с группой активного контроля (7,59 %),  $P < 0,01$ . Введение Семакса в более высокой дозе, 0,5 мг/кг, было не эффективным. Полученные результаты показывают, что отмеченные эффекты Селанка в отношении выраженности признаков СО сопоставимы с соответствующими эффектами диазепама и феназепама. В то же время, отсутствие каких-либо побочных эффектов, возможность использовать в клинической практике его интраназальную форму, дают заметные преимущества Селанку в сравнении с бензодиазепиновыми анксиолитиками. Механизм действия Селанка недостаточно хорошо изучен.

Наиболее обоснованными можно считать концепцию и факты вовлечения ГАМК-ергической системы мозга, соответствующих нервных путей, медиаторов, рецепторных механизмов и генов в анксиолитический эффект Селанка (Volkova A., et al., 2016). В этой связи, наши результаты согласуются с данными о сходстве механизма анксиолитического действия и синергизме эффектов Селанка и бензодиазепинов у крыс, находившихся в условиях неизбежного стресса (KasianA., et al., 2017). Другие возможные механизмы, опосредующие эффекты Селанка в нашем исследовании, могут представлять собой вовлечение BDNF-связанных сигнальных путей и рецепторных систем в реализацию отмеченных поведенческих и неврологических реакций (Konstantinopolsky M. et al., 2014; KoliL., et al., 2019).

Заключение. В выполненном исследовании анксиолитик Селанк показал способность существенно снижать выраженность поведенческих и неврологических проявлений зависимости от морфина у животных, в том числе, частично восстанавливал уровень тактильной чувствительности у морфин-зависимых крыс. Возможность Селанка устранять проявления зависимости от морфина лишь незначительно уступала таковой у диазепама.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКВЕ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА 5 ЛЕТ**

**Копоров С.Г., Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Кошкин Е.А.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*THE PREVALENCE OF DRUG ADDICTION DISEASES IN MOSCOW AND ST. PETERSBURG OVER 5 YEAR PERIOD: COMPARATIVE ANALYSIS*

*Koporov S.G., Koshkina E.A., Smirnovskaya M.S., Koshkin E.A.*

Влечение к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) – серьезная медико-социальная проблема, негативно сказывающаяся на здоровье и качестве жизни человека. С целью разработки

профилактических мер осуществляется мониторинг наркологической ситуации как в отдельном субъекте, так и в России в целом. При проведении мониторинга и его оценке используются средние показатели по России.

Углубленный анализ наркологической ситуации в Москве выявил значительные расхождения показателей при сравнении с данными по России. Сравнительный анализ данных Москвы и Санкт-Петербурга (СПб), являющимися аналогичными субъектами по численности и социально-демографическим факторам, позволит выявить особенности формирования контингента больных в городах-миллионниках субъектов Российской Федерации (РФ) с целью разработки рекомендаций для совершенствования оказания наркологической помощи населению в крупных городах.

Мониторинг наркологической ситуации проведен за 5 лет (2016-2020) на основании данных, представленных в статистических отчетных формах №37 и №11 по Москве, Санкт-Петербургу и России, а также статистических сборниках Минздрава России.

В Москве в 2020 г. показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами составил 587,9 на 100 тыс. нас., в СПб показатель почти соответствует московскому – 598,1 при этом среднероссийский в два раза выше этих показателей (1203,5 на 100 тыс. нас.). За 5 лет наблюдалось снижение данного показателя; в Москве на 41%, в СПб на 20,5%, в РФ на 26,7%. Наиболее высокий темп снижения отмечается в Москве.

Контингент лиц, обратившихся за наркологической помощью в государственные медицинские учреждения, имеет свои особенности распределения по нозологическим формам. Основной процент зарегистрированных пациентов с психическими и поведенческими расстройствами наркологического профиля составляют потребители алкоголя, доля которых в 2020 г. в Москве составила 67,0%. в СПб – 64,8%. Процент лиц с расстройствами вследствие употребления наркотиков в Москве составил 29,2%, в СПб – 34,5%. В РФ потребители алкоголя составляют 77,6%, наркотиков – 12,7%, то есть, в Москве и СПб доля потребителей наркотиков, обратившихся в государственные наркологические учреждения практически более, чем в два раза выше, чем в РФ.

В наркологическую службу Москвы в 2020 г. обратились за помощью 49 949 пациентов с алкогольными проблемами, из них 95% имели диагноз алкоголизм, включая алкогольные психозы; на долю пациентов с пагубным употреблением алкоголя пришлось 5% больных. В СПб соответственно 20 919 пациентов с алкогольными проблемами, из них имели диагноз 93,6%, на долю пациентов с пагубным употреблением пришлось 6,4%. В РФ из 1 370 760 пациентов с алкогольными проблемами имели диагноз синдром зависимости 86,7%, а доля пациентов с пагубным употреблением в 2 раза выше, чем в РФ и Москве и составила 13,3%. По сравнению с 2016 г. число лиц, обратившихся за помощью, в Москве сократилось в 1,7 раза, в СПб и РФ – в 1,3 раза. Соотношение диагностических групп пациентов с алкогольными проблемами сохранилось на прежнем уровне, т.е. в течение всех лет преобладали пациенты со сформировавшимся синдромом зависимости.

Показатель общей заболеваемости алкоголизмом, включая алкогольные психозы (АП), в Москве в 2020 г. составил 374,3 больных на 100 тыс. населения в СПб – 362,7. По отношению к 2016 г. показатель снизился соответственно на 43,2% и 27%. В РФ этот показатель составил 810,2 на 100 тыс. нас. и более, чем в два раза превышает показатели Москвы и СПб, но тенденция к снижению данного показателя отмечается и в среднем по стране, но темп снижения данного показателя наибольший в Москве.

Показатель общей заболеваемости АП в Москве в 2020 г. составил 7,6 в СПб – 6,2 на 100 тыс. населения, и этот показатель в Москве в 3,5, а в СПб 4,3 раз ниже уровня в РФ (26,9 на 100 тыс. нас.). По сравнению с 2016 г. показатель общей заболеваемости алкогольными психозами в Москве снизился на 40%; в РФ – на 33%, в СПб наблюдался наибольший темп снижения – 66,9%

Показатель обращаемости пациентов с пагубным употреблением алкоголя в 2020 г. составил в Москве 19,8, в СПб - 24,8 на 100 тыс. населения, что в 6,5 в Москве и в 5 раз в СПб ниже, чем в среднем по стране (123,9 на 100 тыс. нас.). По сравнению с 2016 г. как в Москве, так и в РФ этот показатель снизился на 39%, в то время в СПб он практически стабилен.

Среди общего контингента, обратившихся за лечением в наркологическую службу Москвы и СПб, число больных, употребляющих различного вида наркотики, в 2 раза меньше, чем больных алкоголизмом. В среднем по России таких лиц почти в 4 раза меньше, чем в Москве и СПб.

Показатель общей заболеваемости наркоманией в 2020 г. в Москве и СПб практически одинаков и составил соответственно (171,6 и 170,5 на 100 тыс. нас.), что выше аналогичного показателя по России более, чем на 10%. В Москве по сравнению с 2016 г. отмечено снижение этого показателя на 32,3%, в СПб на 15,4%; по России темп снижения составил 23,4%.

В Москве и СПб, как и в РФ в целом, среди зарегистрированных больных наркоманией преобладают больные, употребляющие опиоиды. Процент потребителей опиоидов в 2020 г. в Москве составил 54,6%, в СПб – 78,2%, в РФ – 53,8%. За 5 лет данный показатель снизился соответственно на 17,9%, на 10,3%, на 22,7%. Второе ранговое место занимают пациенты с зависимостью от других наркотиков и их сочетаний, доля которых в 2020 г. составила в Москве 37,2%, в СПб 11,5%, в РФ – 25,8%. За пять доля потребителей других наркотиков и их сочетаний выросла в Москве на 39,8%, в СПб на 62%, в РФ – на 63,3%. Процент потребителей психостимуляторов увеличился в Москве с 3,7% до 4,6%, в СПб с 4% до 7,6%, в РФ с 4,9% до 8,7%. Употребление каннабиноидов увеличилось незначительно: в Москве 3,1% до 3,6%, в СПб с 1,7% до 2,8%, в РФ – с 4,9% до 8,7%.

Показатель обращаемости пациентов с пагубным употреблением наркотиков в Москве в 2020 г. составил 18,5, в СПб – 36,9 на 100 тыс. нас., и за пятилетний период он снизился в Москве на 63%, а в СПб вырос на 44,1%. В России показатель составил 107,3 на 100 тыс. нас. и снизился на 22,7%. Следует отметить, что все годы в России этот показатель значительно выше, чем в изучаемых городах: в 2020 г. в Москве он в 5 раз ниже, и в СПб – в 3 раза ниже, чем в РФ.

Показатель первичной заболеваемости отражает число больных, впервые обратившихся за наркологической помощью в медицинские учреждения, и широко используется для оценки ситуации с употреблением ПАВ. В 2020 г. в Москве за наркологической помощью впервые в жизни обратились 38,7 на 100 тыс. нас. пациентов с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления ПАВ, в СПб - 33,3 на 100 тыс. нас. Данные показатели более, чем в 2 раза меньше среднероссийского уровня (87,2 на 100 тыс. нас.). За пятилетие отмечается снижение уровня первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Москве на 53,4%, в СПб на 35%. В среднем по России снижение первичной заболеваемости составило 44,3%.

Таким образом, показатель общей заболеваемости наркологическими расстройствами имеет тенденцию к снижению, но в Москве и СПб он в два раза ниже, чем в России. Доля потребителей наркотиков в стране в 2 раза меньше, чем в исследуемых городах. Общий показатель заболеваемости алкоголизмом, включая АП, имеет тенденцию к снижению. Уровень пагубного употребления алкоголя в Москве и СПб значительно ниже, чем по стране в целом. Показатель общей заболеваемости наркоманией в 2020 г. в Москве и СПб практически одинаков и на 10% выше аналогичного показателя по России, и имеет тенденцию к снижению. За 5-летний период произошли некоторые изменения в структуре потребляемых ПАВ, и они неоднозначны в изучаемых городах. В отличие от общего показателя заболеваемости наркоманией, пагубное употребление наркотиков в изучаемых городах в 2020 г. ниже, чем в РФ: в Москве в 5 раз, в СПб – в 3 раза. За исследуемый период отмечалось снижение уровня первичной заболеваемости наркологическими расстройствами в Москве, СПб и России. Показатели первичной обращаемости по поводу наркологических заболеваний в данных городах в 2 раза меньше среднероссийского уровня.

Проведенный анализ показал значительное совпадение показателей распространенности наркологических заболеваний среди населения изучаемых городов, характеризующих обращаемость в государственные наркологические учреждения. Низкая обращаемость населения за наркологической помощью в государственные наркологические организации Москвы и Санкт-Петербурга может быть обусловлена наличием в этих городах большого числа негосударственных организаций, оказывающих услуги в сфере болезней зависимости, но не предоставляющих статистические отчеты в наркологическую службу города.

# ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН

Корольков А.И., Ненастьева А.Ю.

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;  
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*INFLUENCE OF THE AGE FACTOR ON THE CLINICAL AND DYNAMIC CHARACTERISTICS OF ALCOHOL DEPENDENCE IN WOMEN*

*Korolkov A.I., Nenasteva A.Yu.*

Проблема зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) в позднем возрасте обусловлена, прежде всего, демографическим сдвигом – увеличением в популяции пожилых лиц. Прогрессирующий процесс старения населения ведет к нарастанию, как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих ПАВ пожилых лиц в популяции. В последние десять лет потребление ПАВ среди пожилых людей растет быстрее, чем в более молодых возрастных группах. К особым нежелательным последствиям злоупотребления ПАВ пожилыми относятся: потеря способности к выполнению повседневных дел, изоляция, депрессия, одиночество, что определяет специфику и особенности медицинской и социальной помощи в данной демографической группе. Алкоголь остается самым потребляемым ПАВ в мире во всех возрастных группах населения, включая пожилых. Почвой для беспокойства специалистов является не только высокий процент потребителей алкоголя старше 65 лет, но и тот факт, что в возрастной группе старше 60 лет 50% мужчин и 38% женщин сообщили, что в течение года ежедневно потребляли спиртные напитки. Количество женщин, употребляющих алкоголь за последние 10 лет возросло более чем на 80%, но сведения о распространенности злоупотребления алкоголем среди женщин могут быть не полными, так как часть женщин скрывает наличие проблемного употребления и не обращается за специализированной помощью. Анализ научной литературы показывает, большинство имеющихся работ отражает специфику наркологической патологии преимущественно в мужских либо в смешанных контингентах больных, редко учитывая клинические особенности зависимости у женщин.

Целью настоящего исследования стало изучение влияния возрастного фактора на клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у женщин. В задачи исследования входило межгрупповое сравнение женщин, у которых синдром отмены алкоголя (ААС), как стержневой синдром средней стадии алкогольной зависимости, сформировался либо до, либо после достижения ими пенсионного возраста. Группы подверглись сравнительному анализу по социально-демографическим характеристикам, клинико-динамическим особенностям зависимости, сопутствующей соматоневрологической и психической патологии. В основную группу вошли женщины, у которых формирование ААС произошло в возрасте старше 55 лет, в контрольную – женщины, у которых ААС возник до 55 лет, включительно. Группы формировались по принципу простой случайной выборки. На основе данных предварительного межгруппового анализа был сформирован окончательный объем выборки в 100 пациенток – по 50 больных в каждой группе. Методы исследования: клинико-анамнестический, клинический, клинико-психопатологический и статистический.

Результаты исследования. На момент проведения исследования группы не различались между собой по возрасту, уровню образования, наследственной отягощенности наркологической и психиатрической патологией. Межгрупповые различия по давности заболевания ( $21,8 \pm 9,2$  года, против  $7,0 \pm 6,3$  лет,  $p \leq 0,001$ ) были обусловлены целью исследования. Анализ трудовой деятельности показал, что основная была заметно сохраннее в плане занятости: вдвое больше пациенток продолжали работать (34,0% в основной и 14,0% в контрольной,  $p \leq 0,01$ ), а уволенных в пенсионном периоде было меньше приблизительно в 15 раз (6,1% в основной и 93,9% в контрольной,  $p \leq 0,001$ ). Для сопоставления клинико-динамических характеристик алкогольной зависимости оценивался темп формирования этапов болезни внутри каждой из групп. В обеих группах показатели темпа формирования заболевания не различались. Большая давность заболевания обусловила и высокий процент пациенток с конечной стадией (12,0%) в контрольной группе, в сравнении с основной, где конечная стадия не диагностировалась. Среднее время формирования начальной стадии зависимости занимало: в контрольной группе  $4,4 \pm 3,1$  года, в основной –  $5,2 \pm 4,4$  лет ( $p = 0,174$ ), среднее время формирования средней стадии от возраста возникновения патологического влечения к алкоголю (ПВА) –  $3,5 \pm 3,1$  года

против  $3,0 \pm 2,9$  лет, соответственно ( $p=0,271$ ). Соотношение больных с разным темпом прогрессивности заболевания в наркологическом толковании у женщин в обеих группах также был одинаков: более чем у половины пациенток ААС формировался в срок до 7 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем.

Внутригрупповой корреляционный анализ между отдельными клинико-динамическими характеристиками алкогольной зависимости показал, что в основной группе возраст начала систематического злоупотребления алкоголем сильнее отрицательно коррелировал с длительностью формирования ПВА ( $\rho=-0,810$  против  $\rho=-0,503$  в контрольной): более старший возраст ускорял становление зависимости. Такая же обратная корреляционная связь имела место между возрастом становления начальной стадии болезни и длительностью формирования ААС: с возрастом формирование ПВА и дальнейшее синдромообразование ускорялось ( $\rho=-0,706$  в основной против  $\rho=-0,510$  в контрольной группе). Полученные результаты говорят о тенденции к ускорению темпов развития заболевания с наступлением под влиянием фактора возраста, чем старше возраст начала злоупотребления алкоголем, тем быстрее развиваются симптомы заболевания. Однако, скорость развития основных синдромов заболевания не рассматривался как облигатный признак тяжести или злокачественности зависимости: при высокой прогрессивности и достаточно большой давности заболевания пациентки основной группы оставались относительно сохранными в психической, соматической и социальной сферах, и, наоборот, в ряде случаев малой прогрессивности сопутствовали проявления тяжелой соматической патологии токсического генеза. Межгрупповые различия в суточной переносимости алкоголя на этапах систематического злоупотребления алкоголем, в период «плато» толерантности и на момент обследования среди больных со средней стадией обнаружены не были. Структура эмоциональных эффектов опьянения в группах различалась: в основной в 5,3 раза чаще встречалась эйфория в чистом виде, в контрольной – в 4,7 раза чаще опьянение сопровождалось дисфорией (раздражительность, конфликтность), что свидетельствовало о формировании измененных форм опьянения в результате длительного токсического воздействия алкоголя и накопления органических изменений в головном мозге. Контрольная группа также опережала основную по выраженности алкогольно-токсических эффектов на центральную нервную систему: достоверно чаще отмечены обратимые неврологические нарушения (тремор рук, мелкокоразмашистый горизонтальный нистагм, девиация языка; 20% против 2%,  $p=0,008$ ), нарушения координационных проб (18% против 0%,  $p=0,003$ ); значительно преобладала диагностированная специалистами неврологами энцефалопатия (26% против 4,0%,  $p=0,004$ ). В пользу меньшей тяжести заболевания в основной группе свидетельствует достоверное преобладание более легких форм амнезий опьянения (палимпсесты 72% в основной против 36% контрольной; тотальные: 28% против 64%, соответственно;  $p \leq 0,001$ ) и длительность ААС ( $4,0 \pm 1,0$  в основной, против  $5,0 \pm 1,0$  в контрольной;  $p \leq 0,001$ ). Достоверно чаще ( $p \leq 0,001$ ) пациентки контрольной группы обращались за лечением в наркологические учреждения в сравнении с пациентками основной группы, что объяснялось большей давностью заболевания. Тем не менее, даже заметно меньший срок существования болезни у пожилых женщин в основной группе при сопоставимых с группой контроля дозах употребляемого алкоголя нанёс их физическому здоровью существенный вред: различий между группами по частоте выявляемости миокардиодистрофии, алкогольной болезни печени отсутствовали. Последнее обстоятельство может свидетельствовать об особой чувствительности возрастных пациенток к токсическим эффектам этанола.

Результаты сравнения групп по особенностям психического статуса пациенток показали, что при равной доле различных эмоциональных нарушений (депрессивных, тревожных расстройств и эмоциональной лабильности) в основной группе наблюдались тенденции к большей степени критического отношения к болезни, нравственно-этической сохранности и менее формальному отношению к проводимой терапии. Достаточно высокий процент эмоциональных расстройств в обеих группах ещё раз подтверждает известный тезис об особенностях клиники «женского алкоголизма», коррекция которых является, как правило, одним из приоритетов лечебных усилий.

Выводы. Обследование нашего контингента больных женщин не выявило значимых клинических маркеров, позволивших считать фактор возраста облигатным фактором, усугубляющим течение алкогольной зависимости. Возрастной фактор не приводил к существенному патоморфозу зависимости, однако в определённой степени ускорял становление начальной стадии зависимости. Тем не менее, женщины особенно чувствительны к токсическим эффектам этанола, поэтому должны рассматриваться как отдельная группа риска и являться объектом особого внимания медицинских и социальных работников. Для восстановления полноценного психофизического и социального функционирования наиболее важно определять фактическое состояние психической, соматоневрологической и социальной



сфер женщины в конкретный возрастной период жизни. В этом смысле женщины с поздно сформировавшейся зависимостью, в сравнении с давно болеющими, имеют лучшие терапевтические перспективы в силу меньшей степени алкогольно-токсического ущерба.

## **НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**Корчагина Г.А., Гречаная Т.Б.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*EVIDENCE-BASED APPROACHES TO SUBSTANCE USE PREVENTION*

*Korchagina G.A., Grechanaya T.B.*

Изменение ситуации с распространенностью употребления и видами психоактивных веществ (ПАВ), развитие науки о профилактике приводит к необходимости изменения приоритетов в сфере профилактики употребления ПАВ.

В соответствии с определением, данным Управлением по наркотикам и преступности ООН, профилактика – это применение научно-обоснованных подходов для решения проблем здоровья и безопасности людей посредством совершенствования процессов социализации, способствующих самореализации и участию в жизни общества (UNODC, 2017).

Наука о профилактике – это развивающаяся междисциплинарная область, которая изучает поведение, связанное как с положительными, так и с отрицательными последствиями для здоровья. Профилактика направлена на то, чтобы улучшить общественное здоровье за счет выявления поддающихся изменению факторов риска и факторов защиты, оценки действенности и эффективности профилактических вмешательств и определения оптимальных стратегий для реализации и принятия программ, политики и практики, основанных на фактических научных данных.

Профилактические мероприятия опираются на данные исследований, изучающих поведение в отношении здоровья, и направлены на снижение риска и усиление защиты на разных уровнях: индивидуальном, семейном, сверстников, сообщества и более широких слоев окружающей среды. Они основываются на теории развития человека, включая физиологические, генетические, психологические, поведенческие, когнитивные и социальные аспекты, которые учитываются при разработке плана профилактических программ.

Для обобщения достижений научных исследований в сфере профилактики и повышения качества и эффективности применяемых в разных странах подходов были разработаны «Международные стандарты по профилактике употребления наркотиков» (УНП ООН/ВОЗ, 2013 – 2018). Разнообразные стратегии профилактического воздействия показали разный уровень эффективности, что важно учитывать при определении приоритетов в политике и финансировании, а также при разработке плана дальнейших научных исследований в сфере профилактики. Приводятся профилактические стратегии с указанием показателя эффективности: ограниченного; приемлемого; высокого; очень высокого и отличного.

Среди стратегий, направленных на работу с семьей, очень высокий уровень эффективности имеют программы обучения родительским навыкам. Патронаж беременных и младенцев -приемлемую; интервенции, направленные на беременных женщин с расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами – ограниченную эффективность.

К стратегиям, направленным на работу в школах, имеющим очень высокую эффективность относится образование в раннем детстве. Высокую эффективность продемонстрировали развитие личностных и социальных навыков, профилактика на основе личностных и социальных навыков и социального влияния, и программы по улучшению атмосферы в школе. Приемлемый уровень эффективности у работы с индивидуальными психологическими уязвимостями, политики по удержанию детей в школе и школьной политики и культуры.

Из стратегий, направленных на работу в сообществе, отличную эффективность показала политика в области табакокурения и употребления алкоголя. Многоотраслевые меры по инициативе сообществ имеют высокую эффективность. У других подходов, включая развлекательные учреждения, кампании в СМИ и наставничество, эффективность ограниченная. У спорта и других видов досуга эффективность не доказана, требуются дальнейшие исследования.

Стратегии, направленные на работу в трудовых коллективах, включают профилактику на рабочем месте, показавшую высокую эффективность.

Из стратегий в здравоохранении очень высокую эффективность продемонстрировали кратковременные интервенции.

Профилактические вмешательства, основанные на данных научных исследований, имеют позитивные краткосрочные результаты, связанные с развитием про-социальных установок и поведения, среднесрочные результаты, связанные с положительными результатами развития, такими как академическая успеваемость, школьные и семейные связи, долгосрочные результаты, такие как сокращение употребления ПАВ и расстройств, связанных со злоупотреблением ПАВ, а также преступности и агрессивного поведения.

Эти результаты обосновывают их высокий приоритет в социальной политике, как на государственном, так и на региональном уровнях. Цели профилактических программ не концентрируются только на определенном виде поведения (например, предотвращении употребления наркотиков), а оказывают более широкое воздействие на здоровье подрастающего поколения. Необходимо, чтобы профилактические программы влияли на целостный контекст развития детей и подростков, изменяя неблагоприятные траектории развития, помогая более адаптивному поведению с учетом, как факторов риска, так и факторов защиты.

В «Международных стандартах по профилактике употребления наркотиков» (УНП ООН/ВОЗ) отражены также результаты анализа подходов, которые оказались неэффективными, а в некоторых случаях давали обратный негативный эффект. К ним относятся проведение в школах или на предприятиях тестирования на наркотики без опоры на основанную на научных данных политику в отношении употребления психоактивных веществ, а также мероприятия или программы, применяющие тактику запугивания или просто предоставляющие информацию, не подкрепленную элементами упомянутых выше мер, основанных на данных научных исследований.

Даже хорошо продуманные и хорошо спланированные программы могут принести вред, а не положительные профилактические эффекты, в связи с чем оценка эффективности проводимых мероприятий является важным компонентом системы профилактики.

Разработка научно-обоснованных программ профилактики является сложным и трудоемким процессом. Даже самая перспективная креативная идея нуждается в научном обосновании, включая анализ потребностей целевой аудитории, оформление в виде программы или ее концепции, тестирование на практике, получение обратной связи от целевой аудитории, проведение в достаточно большой группе целевой аудитории, оценке процесса проведения, оценке результатов, как непосредственных после проведения программы, так и отсроченных. Это задача для коллектива специалистов на несколько лет. И такая работа требует целевого финансирования профилактических проектов.

Для формирования научно обоснованной системы профилактики необходимо отказаться от подходов с недоказанной эффективностью и перейти к отбору и целевому финансированию профилактических проектов по проведению программ профилактики с доказанной эффективностью.

Важными условиями являются конкурсный отбор с участием квалифицированных специалистов и целевое финансирование профилактических проектов.

Создание системы планирования и финансирования, научно обоснованных и доказавших свою эффективность программ профилактики предполагает:

- Разработку национального стандарта профилактики с привлечением ведущих специалистов в этой области и с использованием опыта Международных и Европейских стандартов профилактики.
- Разработку дорожной карты по распространению научно-обоснованных программ профилактики, доказавших свою эффективность, включающую следующее:
  - Создание регистра профилактических программ, доказавших свою эффективность в научных исследованиях, имеющих подробные руководства по их проведению, оценке качества внедрения и подготовке (тренингу) специалистов, необходимых для распространения положительного опыта.
  - Обеспечение качественной профессиональной экспертизы перспективных программ, основанных на научных концепциях, с проведением оценки эффективности, для решения вопросов предоставления финансирования в форме грантов.
  - Решение задачи обучения и подготовки специалистов в сфере профилактики двух уровней: 1) по планированию и обучению организаторов профилактических программ (менеджеров); и 2) тренеров для обучения методологии проведения программ профилактики.

# ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ)

Латышева Т.В., Мысливцева А.В., Малышко Е.В.

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер»

Ростов-на-Дону

*PSYCHOPHYSIOLOGICAL ADAPTABILITY OF PATIENTS WITH ALCOHOL AND DRUG DEPENDENCE  
(COMPARATIVE ANALYSIS)*

*Latysheva T.V., Myslivtseva A.V., Malyshko E.V.*

Актуальность исследования: Адаптация является одним из фундаментальных и универсальных свойств любой биосистемы. Ее можно рассматривать, во-первых, как процесс приспособления некоего объекта к изменяющимся условиям внешней или внутренней среды, во-вторых, как результат этого процесса приспособления – сохранение устойчивости объекта в изменяющихся средовых условиях. Свойство же системы, обозначающее ее способность к адаптации, является адаптивностью. Для жизнедеятельности человека адаптивность играет важнейшую роль. Мир и сам человек не стабильны, поэтому проблема приспособления к изменяющимся условиям как к внешним, так и к внутренним, не утрачивает свою значимость.

В процессе адаптации человека участвуют все его составляющие: биологическая, психологическая, социальная и духовная.

Влияние психоактивных веществ на физиологические и личностные особенности человека в настоящее время достаточно хорошо изучено. Очевидно предположить, что вследствие их неблагоприятного воздействия страдает также и адаптивность. Разрушительное воздействие алкоголя и наркотиков на сердечно-сосудистую и нервную системы приводит к снижению психофизиологической адаптивности зависимого. Именно этот аспект общей адаптивности рассматривается в данной работе.

Цель исследования: провести сравнительный анализ психофизиологической адаптивности пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями.

Материалы и методы: аналитическое исследование психофизиологической адаптивности пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями проводилось на базе государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Наркологический диспансер» (далее ГБУ РО «НД») за 2021 г.

Проводился анализ результатов обследования пациентов на устройстве психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 «Психофизиолог». Интегральный показатель адаптивности складывался из результатов оценки по параметрам ритма сердечной системы уровня адаптации вегетативной нервной системы (ВНС) методом вариационной кардиоинтервалометрии (ВКМ) и оценки уровня операторской работоспособности на основе сложной зрительно-моторной реакции.

В исследовании были проанализированы результаты тестирования 240 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями (по 120 человек по каждой нозологии).

При сравнительном анализе использовались методы математической статистики и корреляционного анализа.

Результаты исследования: проанализированы результаты обследования 240 пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями. Средний показатель психофизиологической адаптивности пациентов с алкогольной и наркотической зависимостями составил соответственно: 0,38 и 0,44. Оба показателя находятся близко к нижней границе среднего класса адаптивности. Однако нужно учесть влияние возраста на данный показатель. Можно сказать, что заболевание наркоманией является значительно более «молодым» по отношению к алкоголизму. Средний возраст пациентов, страдающих наркоманией, составил 35 лет, в то время как средний возраст больных алкоголизмом – 44,5 года. Т.е. разница в среднем возрасте пациентов одной и другой нозологии составляет почти 10 лет. Также стоит отметить, что наибольшее количество человек (42% от всех обследуемых), страдающих наркоманией приходится на возраст от 30 до 40 лет, а страдающих алкоголизмом – на 40-50 лет.

Проведенный далее корреляционный анализ показал четкую обратную зависимость уровня психофизиологической адаптивности пациента от его возраста (коэффициент корреляции  $r=-0,92$ ). Такая зависимость не характерна для пациентов с наркотической зависимостью (в данном случае корреляция слабая, коэффициент  $r=-0,44$ ). Этот факт требует более углубленного исследования с учетом химического вещества, от которого сформирована зависимость у того или иного пациента.

Выводы:

1. Психофизиологическая адаптивность зависимых от алкоголя и наркотиков находится на нижнем уровне среднего класса адаптивности (средние показатели составляют 0,38 и 0,44, соответственно).
2. Тот факт, что психофизиологическая адаптивность пациентов с наркотической зависимостью выше, чем у пациентов с алкогольной зависимостью, возможно обусловлен существенной разницей (9,5 лет) их среднего возраста.
3. Наблюдается четкая отрицательная корреляция между психофизиологической адаптивностью пациентов с алкоголизмом и их возрастом.
4. Для пациентов с наркотической зависимостью связь психофизиологической адаптивности и возраста не значима, что требует дополнительных исследований с учетом психоактивного вещества, вызвавшего зависимость.

## **В ПОИСКАХ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ**

**Кузнецов В.В.**

Областной наркодиспансер

Калининград

*IN SEARCH OF WAYS TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND REHABILITATION CARE  
IN NARCOLOGY*

*Kuznetsov W.W.*

Официальная статистика регистрирует значительное, на 26,6% за последние пять лет, снижение показателя общей заболеваемости наркологическими расстройствами в Российской Федерации, преимущественно за счет снижения первичной заболеваемости – на 44,3%. При этом результативность лечебно-реабилитационной деятельности остается стабильно низкой: около четверти пролеченных больных госпитализируются повторно, вовлеченность в реабилитационные программы не достигает 6%, количество снятых с учета по выздоровлению имеет отчетливую тенденцию к снижению (снизилось за 5 лет на 24,3%).

С целью поиска причин низкой эффективности лечебно-реабилитационного процесса выполнен катamnестический анализ случаев регоспитализации пациентов в отделение неотложной наркологической помощи Калининградского областного наркодиспансера в течение года со дня выписки, госпитализировавшихся в 2020 году для лечения абстинентного синдрома. Всего в отделение было госпитализировано 2025 человек. Из них 1818 человек госпитализировались по поводу алкогольного абстинентного синдрома (в том числе 344 по поводу алкогольных психозов) и 207 человек по поводу опийного абстинентного синдрома. После купирования абстинентного синдрома в отделении неотложной наркологической помощи 1642 пациента были выписаны под амбулаторное наблюдение и 176 человек были вовлечены в стационарные реабилитационные программы длительностью от 2 до 3 месяцев, которые были успешно завершены 167 пациентами (95,2%). Из общего числа лечившихся по поводу абстинентного синдрома 1377 пациентов в течение последующего после выписки из отделения года повторно не госпитализировались – либо оставались в интермиссии, либо имели рецидивы заболевания, протекавшие в относительно легкой, не требующей госпитализации форме. Повторно в течение текущего года поступили для лечения абстинентного синдрома 648 пациентов (32% от числа первично поступивших): 568 (31,2%) больных алкоголизмом и 80 (39%) страдающих опийной наркоманией. Из числа пациентов, вовлекавшихся в стационарные реабилитационные программы регоспитализировано было всего 48 человек (27%), из них 28 (29%) больных алкоголизмом и 20 (26%) наркоманией. Средняя длительность временного промежутка между первой и второй госпитализациями (интермиссии) составила 162 дня – у больных алкоголизмом 166 дней (меньше 6 месяцев), у больных наркоманией – 136 дней (4,5 месяца). В первые три месяца после выписки повторно поступили на лечение 11,8% регоспитализированных (алкоголизм – 9,7%, наркомания – 14,2%), в интервале от 3 до 5 месяцев 42,2% регоспитализированных (алкоголизм – 38,4%, наркомания – 45,3%), в интервале от 6 до 7 месяцев – 28,1% (алкоголизм – 29,6%, наркомания – 22,5%), от 7 месяцев до одного года – 17,9% (алкоголизм – 22,3%, наркомания – 18%). У повторно госпитализированных пациентов из числа вовлекавшихся в стационарные реабилитационные программы средняя длительность интермиссии

составила 172 дня. При этом в первые три месяца повторно поступили на лечение 2,1%, в интервале от 3 до 5 месяцев 28,8%, в интервале от 6 до 7 месяцев – 48,2% и от 7 месяцев до одного года – 20,9%.

Таким образом, не смотря на успешность выполнения реабилитационных программ (95,2% пациентов их успешно завершили) вовлеченность в стационарные реабилитационные программы практически не повлияла ни на повторность госпитализаций в течение года после выписки – регоспитализирован каждый третий пациент (27% прошедших реабилитацию и 32% не проходивших её), ни на длительность интермисии (соответственно 172 дня и 162 дня).

В качестве одной из причин низкой эффективности реабилитационной помощи при наркологических заболеваниях может рассматриваться несвоевременность её оказания.

Человека, страдающего наркологическим заболеванием, необходимо рассматривать как динамическую саморазвивающуюся систему, эволюция которой реализуется через последовательные переходы устойчивых, урегулированных во времени и месте состояний («порядок») и состояний, когда связи, отношения между элементами системы ослабевают («хаос»). Переход из одного состояния в другое осуществляется через точки бифуркации. Течение наркологического заболевания может быть описано как диссипативно-синергетический процесс со спектром ключевых критических, переломных моментов – точек бифуркации. Изначально упорядоченная система в процессе обусловленной энтропией диссипативности утрачивает свою устойчивость к воздействию факторов среды и функциональных субструктур в самой системе (аттракторам) и неизбежно приближается к точке бифуркации, в которой даже слабое воздействие способно обеспечить скачкообразный переход к новому стационарному состоянию. Нелинейность системы обеспечивает многообразие траекторий её развития после точки бифуркации, порождая зависящие от интегральных управляющих параметров новые уровни её организации.

Пациент, госпитализированный для лечения абстинентного синдрома (алкогольного психоза), на момент выписки из отделения неотложной помощи представляет собой прошедшую очередную точку бифуркации, самоорганизовавшуюся на новом уровне диссипативную систему. В этот период времени основной аттрактор аддиктивного пациента (психоактивное вещество) дезактуализирован или полностью отсутствует, система характеризуется высокой устойчивостью. Пациент устремлен к новой, здоровой жизни, возможность возобновления употребления психоактивных веществ (ПАВ) не рассматривается, все предложения такого плана легко отвергаются. Но, в соответствии с концепцией непрерывного поэтапного лечебно-реабилитационного процесса, пациенту предлагается перевод в реабилитационное отделение для активного участия в психотерапевтических программах, призванных усилить аттракцию к здоровому образу жизни, которая в этот период и без того в этот период очень сильна, дополнительное её усиление невозможно и не нужно. Через два – три месяца реабилитационная программа считается успешно завершённой и прекращается, пациент передается под амбулаторное наблюдение, предусматривающее встречу с врачом не реже одного раза в месяц. Диссипативная система тем временем продолжает движение в сторону очередной точки бифуркации на фоне сниженного или полностью прекращенного внешнего поддерживающего реабилитационного воздействия. Нарастающая диссипативность обуславливает снижение степени устойчивости установки на трезвость, с одной стороны, и повышение чувствительности системы к случайным воздействиям среды, способным актуализировать основной аттрактор аддиктивного пациента – психоактивное вещество.

Конкретная траектория развития динамической системы после точки бифуркации отличается принципиальной непредсказуемостью из-за большого количества случайных сверхмалых воздействий вблизи точки бифуркации, способных коренным образом изменить судьбу системы. Очень важно выделение и изучение интегральных управляющих параметров, знание которых обеспечивает применение «принципа рычага», который будучи приложен в нужную точку опоры (точка бифуркации) «позволит и ребенку сдвинуть грузовик». Максимальный учет управляющих, влияющих на динамику системы, параметров повышает вероятность успешности целенаправленных внешних реабилитационных воздействий.

Как свидетельствуют результаты проведенного катamnестического анализа, такая актуализация основного аттрактора реализуется у каждого третьего пациента через 5 – 6 месяцев после выписки из наркологического стационара. Перенос во времени применения максимально интенсивных реабилитационных программ – не с первых дней после купирования абстинентного синдрома, а по мере приближения к точке бифуркации, через 3-4 месяца после купирования – может существенно повысить эффективность лечебно-реабилитационного процесса. Что и планируется нами к реализации в ближайшее время.

## КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ СОЧЕТАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Кучерявая В.И., Скороходов М.А., Цыба И.В., Кононенко И.Н., Чудикова А.Е.

Республиканский наркологический центр

Донецк, ДНР

*CLINICAL OBSERVATIONS OF PATIENTS WITH ADDICTIONS FROM THE COMBINED USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES*

*Kucheryavaya V.I., Skorokhodov M.A., Tsyba I.V., Kononenko I.N., Chudikova A.E.*

С целью изучения особенностей течения синдромов зависимостей от сочетанного употребления наркотиков и других психоактивных веществ среди больных наркологического стационара Республиканского наркологического центра г. Донецка, нами было изучено 113 историй болезней больных, пролеченных в 2020 году, из которых 111 мужчин и 2 женщины. Из них: 18-25 лет – 3 чел, 26-35 лет – 42 чел, 36-45 лет – 65 чел, 46 -55+ лет – 3 человека. На сегодняшний день, больные, склонные к сочетанному употреблению психоактивных веществ, отдают предпочтение веществам, наиболее доступным для приобретения: уличному метадону в сочетании с габапентином, лирикой и алкоголем.

Приведем пример наиболее типичного анамнеза такого больного: со слов пациента, с 2016 года с различной частотой принимает уличный метадон. Последнее время толерантность до 0,2 г в сутки 1-2 раза в неделю. Употребление алкоголя и метадона сочетает с употреблением других наркотических и психоактивных веществ: курит каннабис, принимает габапентин до 50 к в сутки, фенибут до 30 т в сутки, эпизодически интраназально и инъекционно принимает L-rvp, амфетамин. Последнее употребление метадона около недели назад, габапентин, фенибут – около двух недель назад, L-rvp – за 2-3 дня до поступления в стационар. Каннабис курил накануне поступления. Алкоголь – в день госпитализации. В анамнезе эпилепсии. Со слов пациента последний около недели назад. Другой пример развития подобной сочетанной зависимости: со слов пациента около 12 лет злоупотребляет наркотическими веществами. Длительное время принимает опиоиды в различном виде (ацетилованный опий, вытяжка из семян мака, уличный метадон). Параллельно курит каннабис. Сформированы психическая и физическая зависимость. Неоднократно лечился в стационаре, ремиссии непродолжительные. Около трех лет принимает габапентин, лирику. Последняя госпитализация в феврале 2020 года. После выписки в течение года регулярно курил спайсы, эпизодически принимал метадон, вытяжку из семян мака. С марта 2021 года, после смерти отца, в течение двух месяцев злоупотреблял алкоголем. Пил ежедневно. Толерантность до 1,5л крепкого алкоголя в сутки. Употребление спайсов с весны 2021 года отрицает. С лета 2021 года по настоящее время ежедневно принимает габапентин до 10-15 к в сутки, иногда принимает лирику 300 мг 2-3 к в сутки. Практически ежедневно употребляет алкоголь до 300 мл в сутки. Эпизодически курит каннабис. Несколько раз вводил в/в вытяжку из семян мака. Последнее употребление габапентина и алкоголя накануне поступления.

Все больные, истории которых были изучены, отмечают, что стадия эпизодического употребления быстро прогрессирует и переходит в синдром зависимости при сочетанном употреблении наркотиков, психостимуляторов и алкоголя, зачастую, с развитием экзотоксической энцефалопатии и эписиндрома. На высоте абстинентного синдрома либо в состоянии острой интоксикации вследствие сочетанного употребления психостимуляторов, опиоидов, каннабиноидов и алкоголя (в различных вариациях) достаточно часто развиваются психотические расстройства, преимущественно делириозные либо шизофреноподобные устрашающего характера. Превалирующими симптомами при поступлении в стационар являются непреодолимая тяга к употреблению ПАВ, раздражительность, слабость, нарушение сна и депрессия. Наиболее яркая психотическая симптоматика характерна для лиц женского пола либо больных, страдающих шизофренией при сочетанном употреблении психостимуляторов («солей»), синтетических каннабиноидов («миксов», «спайсов») и алкоголя, преимущественно устрашающего характера: «видят» смерть близких людей, «проникновение в квартиру и преследование с целью убийства посторонних лиц» и т.д. Часто встречающаяся бредовая симптоматика с преобладанием бреда воздействия (овладения): «в меня что-то вселилось и живет, они забрали мою душу, ее манипулируют» и преследования зачастую требует дифференциальной диагностики с шизофреническим процессом.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что сочетанное употребление нескольких ПАВ влияет на общую клиническую картину заболевания и приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям. В условиях уже сформированной зависимости к одному ПАВ, зависимость к другим ПАВ формируется довольно быстро. В динамике болезни формирование стабильной длительной ремиссии

затруднительно и маловероятно. Форма употребления ПАВ тяготеет к постоянной. Пациент, как правило, не способен жить вне интоксикации, а наличие возможности приобретения в аптечной сети без особых ограничений противоэпилептических препаратов, таких как габапентин и прегабалин- особо популярных, на сегодняшний день, среди наркозависимых и лиц, склонных к немедицинскому употреблению сильнодействующих лекарственных препаратов, вызывающих одурманивание, облегчает к ним доступ и способствует продолжению наркотизации.

## **ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ**

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

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

Санкт-Петербург

*THE SEVERITY OF ASTHENIC SYNDROME IN PATIENTS WITH DEPENDENCE ON SYNTHETIC CATHINONES AT THE STAGE OF REMISSION*

*Markov A.V., Kurasov E.S., Shamrey V.K., Fokin A.S.*

Введение. В связи с тем, что на территории РФ в последнее десятилетие происходит замещение опиоидных наркотиков синтетическими катинонами, становится актуальным исследование воздействия последних на организм их потребителей. Работ по изучению выраженности астенического синдрома у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов в современной литературе практически нет, что подчеркивает актуальность исследования.

Цель исследования. Изучить выраженность астенического синдрома у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты мужского пола, находившиеся на реабилитации по поводу зависимости от синтетических катинонов. Реабилитацию данные пациенты проходили в частном центре «Лайф», расположенном в Ленинградской области и православном центре «Сологубовка», находящимся в одноименной деревне Ленинградской области. Критериями включения пациентов в исследование были: срок трезвости от 3-х недель до 6 месяцев, возраст от 18 до 50 лет, добровольное согласие на исследование. Не включались в исследование пациенты с сопутствующими соматическими, неврологическими и психическими заболеваниями, а также с симптомами, характерными для абстинентного синдрома. Группу сравнения составили 30 условно здоровых мужчин, обратившиеся за прохождением регулярной медицинской комиссии для плавсостава в ООО «Медрыбпром» в городе Санкт-Петербурге.

Методами исследования были клинико-психопатологический, психометрический и статистический. Диагностика выраженности астенического синдрома проводилась с помощью шкалы астенического состояния (ШАС) Л.Д. Малковой в адаптации Т.Г. Чертовой.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов основной группы исследования составил  $30,3 \pm 5,5$  лет, группы сравнения –  $32,3 \pm 4,8$  лет ( $p > 0,05$ ). Средний срок трезвости пациентов основной группы исследования –  $2,8 \pm 1,8$  месяцев.

Средние значения по шкале астенического состояния у пациентов основной группы –  $47,5 \pm 13,5$ , а у группы сравнения –  $36,3 \pm 5,7$ . Данные различия между группами оказались статистически значимы,  $p = 0,0001$ . У 8 (26,7%) пациентов основной группы была выявлена астения легкой степени тяжести, а у одного (3,3%) – тяжелой. У группы сравнения астения легкой степени тяжести обнаружена у 2-х человек (6,6%).

Наиболее частыми симптомами из астенического синдрома у пациентов основной группы исследования в ходе реабилитации были выявлены: раздражительность (наблюдалась у 93% пациентов), сложности в сосредоточении внимания (87%), упадок сил (83%), апатия (80%), слабость (70%) и головные боли (70%).

Заключение. Средний уровень астенического состояния у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии достоверно ( $p = 0,0001$ ) выше, чем у здоровых лиц. Планируется продолжение исследования по изучению особенностей этапа становления ремиссии у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов.

# ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ

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

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

*THE SEVERITY OF PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS AT THE STAGE OF REMISSION IN PATIENTS  
TAKING SYNTHETIC CATHINONES*

*Markov A.V., Kurasov E.S., Shamrey V.K., Fokin A.S.*

Введение. На территории РФ последние 10 лет происходит замещение опиоидных наркотиков на синтетические катиноны. В связи с этим становится актуальным изучение качества ремиссии у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов, для корректировки длительности и способов их лечения и реабилитации.

Цель исследования. Изучить выраженность психопатологической симптоматики на этапе становления ремиссии у пациентов, принимавших синтетические катиноны.

Материалы и методы. В исследование включено 168 пациентов, находившихся на реабилитации в связи с приемом психоактивных веществ. Основная группа исследования – 93 человека с зависимостью от синтетических катинонов (далее СК), первая группа сравнения – 35 человек с эпизодическим приемом СК, вторая группа сравнения – 40 человек с зависимостью от алкоголя.

Критериями включения в исследование были: срок трезвости от 3-х недель до 6 месяцев при условии полного купирования сомато-вегетативных, неврологических, астенических и выраженных психических расстройств, характерных для абстинентного синдрома, возраст от 18 до 40 лет. Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациента от участия в исследовании, выраженные когнитивные и мнестические нарушения, наличие сопутствующих психических расстройств.

Для исследования использовался опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Derogatis LR, 1974).

Для сравнения показателей между группами применялся критерий Краскелла-Уоллиса, с дальнейшим проведением попарных сравнений по критерию Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов в группе систематического приема катинонов (основная группа) составил  $29,1 \pm 6,5$  года, в группе эпизодического приема –  $28,9 \pm 6,1$  года, в группе зависимых от алкоголя –  $31,3 \pm 4,6$  года. Статистически группы между собой не различаются по этому показателю ( $p > 0,05$ ). Половой состав всех групп характеризовался преобладанием мужского пола: в основной группе лиц мужского пола 75,3%, в первой группе сравнения – 69,7%, во второй группе сравнения – 65,0%.

Сравнительная характеристика выраженности психопатологической симптоматики у пациентов исследуемых групп на этапе становления ремиссии с помощью опросника SCL-90-R:

Шкала SOM: основная группа -  $0,95 \pm 0,7$ ; эпизодического приема СК -  $0,70 \pm 0,5$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,67 \pm 0,5$  ( $p_{1/2} = 0,048$ ;  $p_{1/3} = 0,038$ ).

Шкала O-C: основная группа -  $1,49 \pm 0,7$ ; эпизодического приема СК -  $0,91 \pm 0,6$ ; группа зависимых от алкоголя -  $1,1 \pm 0,5$  ( $p_{1/2} = 0,0001$ ;  $p_{1/3} = 0,0015$ ).

Шкала INT: основная группа -  $1,61 \pm 0,7$ ; эпизодического приема СК -  $1,09 \pm 0,7$ ; группа зависимых от алкоголя -  $1,28 \pm 0,7$  ( $p_{1/2} = 0,0005$ ;  $p_{1/3} = 0,02$ ).

Шкала DEP: основная группа -  $1,42 \pm 0,7$ ; эпизодического приема СК -  $1,0 \pm 0,6$ ; группа зависимых от алкоголя -  $1,14 \pm 0,6$  ( $p_{1/2} = 0,003$ ;  $p_{1/3} = 0,037$ ).

Шкала ANX: основная группа -  $1,3 \pm 0,8$ ; эпизодического приема СК -  $0,8 \pm 0,6$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,9 \pm 0,7$  ( $p_{1/2} = 0,002$ ;  $p_{1/3} = 0,01$ ).

Шкала NOS: основная группа -  $1,26 \pm 0,8$ ; эпизодического приема СК -  $0,78 \pm 0,6$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,65 \pm 0,4$  ( $p_{1/2} = 0,002$ ;  $p_{1/3} < 0,0001$ ).

Шкала PNOB: основная группа -  $0,86 \pm 0,8$ ; эпизодического приема СК -  $0,36 \pm 0,3$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,49 \pm 0,5$  ( $p_{1/2} = 0,001$ ;  $p_{1/3} = 0,01$ ).

Шкала PAR: основная группа -  $1,44 \pm 0,8$ ; эпизодического приема СК -  $0,76 \pm 0,5$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,81 \pm 0,5$  ( $p_{1/2} < 0,0001$ ;  $p_{1/3} < 0,0001$ ).



Шкала PSY: основная группа -  $1,03 \pm 0,7$ ; эпизодического приема СК -  $0,55 \pm 0,5$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,51 \pm 0,4$  ( $p_{1/2}=0,0003$ ;  $p_{1/3}<0,0001$ ).

Индекс GSI: основная группа -  $1,25 \pm 0,6$ ; эпизодического приема СК -  $0,80 \pm 0,5$ ; группа зависимых от алкоголя -  $0,86 \pm 0,5$  ( $p_{1/2}=0,0002$ ;  $p_{1/3}=0,0007$ ).

Индекс PST: основная группа -  $58,3 \pm 18$ ; эпизодического приема СК -  $43,9 \pm 21$ ; группа зависимых от алкоголя -  $47,5 \pm 20$  ( $p_{1/2}=0,0002$ ;  $p_{1/3}=0,003$ ).

Индекс PSDI: основная группа -  $1,83 \pm 0,5$ ; эпизодического приема СК -  $1,50 \pm 0,4$ ; группа зависимых от алкоголя -  $1,61 \pm 0,5$  ( $p_{1/2}=0,0002$ ;  $p_{1/3}=0,015$ ).

Как видно из результатов исследования показатели основной группы исследования достоверно выше показателей двух других групп по всем шкалам и 3-м индексам, что свидетельствует о выраженности переживаемого психического дистресса пациентами основной группы исследования.

Заключение. Исследование показало, что выраженность психопатологической симптоматики на этапе становления ремиссии у пациентов с зависимостью от СК статистически значимо выше, чем у пациентов с эпизодическим приемом СК и у пациентов с зависимостью от алкоголя. Данные результаты целесообразно учитывать при составлении программы реабилитации для данной группы пациентов.

## **АССОЦИАЦИЯ СТЕПЕНИ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОГИ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ** **Меркулова Т.В., Чупрова Н.А., Горецкая Т.А., Денисов В.Е., Арзуманов Ю.Л., Кибитов А.О.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

### *ASSOCIATION BETWEEN FAMILY HISTORY DEGREES OF ALCOHOL DEPENDENCE AND ANXIETY LEVEL IN HEALTHY YOUNG ADULTS*

*Merkulova T.V., Chuprova N.A., Goretskaya T.A., Denisov V.E., Arzumanov Y.L., Kibitov A.O.*

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

Лица с семейной отягощенностью по АЗ имеют повышенный риск развития АЗ, уровень которого повышается при наличии высокой степени семейной отягощенности – более двух кровных родственников с АЗ в семье. Нарушения аффективной сферы (депрессия и тревога) имеют высокий уровень коморбидности с АЗ и могут выступать в качестве доклинических проявлений формирующейся АЗ. Вопрос о связи аффективных нарушений и семейной отягощенности по АЗ остается практически неизученным.

Цель исследования – анализ ассоциации семейной отягощенности по алкогольной зависимости и ее степени с проявлениями тревоги и депрессии у здоровых молодых взрослых.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди добровольцев – студентов московских вузов в возрасте от 17 до 32 лет без психических и наркологических заболеваний. Участники исследования в ходе однократного визита проходили анкетирование и самостоятельно заполняли психометрическую шкалу HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, Hospital Anxiety and Depression Scale) для оценки проявлений тревоги и депрессии. На основании суммарного балла по подшкалам HADS-A (тревога) и HADS-D (депрессия) участники относились к группам с клинически выраженной (более 11 баллов), субклинически выраженной (8-11 баллов) тревогой или депрессией. При суммарном балле менее 8 участник относился к группе без проявлений тревоги (депрессии).

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

Анализ данных проводили с использованием статистического пакета IBM SPSS Statistics 20. Исследование групп проводилось по подшкалам HADS. Ни одна переменная не соответствовала нормальному

распределению при проверке с использованием критерия Колмогорова-Смирнова, в связи с этим для сравнения групп по количественным переменным был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Для сравнения групп по качественным и категориальным переменным использовали критерий  $\chi^2$  Пирсона с вычислением отношения шансов (ОШ) и 95% доверительного интервала (95% ДИ) с применением поправки Бонферрони для множественных сравнений. Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ . Для оценки ассоциаций с корректировкой на пол был применен метод одномерной общей линейной модели.

Дизайн: проводили сравнение групп FH, FH1 и FH2 с группой FH0. Дополнительно сравнивали группы FH1 и FH2 для выявления возможных эффектов степени семейной отягощенности.

Результаты.

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

Было обнаружено, что среди участников группы FH по сравнению с FH0 достоверно чаще встречались категории субклинически и клинически выраженной тревоги по HADS-A (более 7 баллов) (53,9% и 27,9%,  $p=0,033$ ), средний балл по HADS-A в группе FH также был выше, чем в группе FH0 (7,788 (SD=3,7329) и 6,395 (SD=3,9529),  $p=0,026$ ). После корректировки на пол данные различия не были подтверждены ( $p=0,751$ ), но присутствовали эффекты пола - у женщин средний балл был выше,  $p=0,032$ ,  $F=4,760$ ). Различий в проявлении депрессии между этими группами не было обнаружено.

Различий в проявлениях тревоги или депрессии между группами FH1 и FH0 не было обнаружено.

Среди участников группы FH2 по сравнению с FH0 достоверно чаще встречались категории выраженной тревоги (более 7 баллов) (67,8% и 27,9%,  $p=0,003$ ), в частности клинически выраженной тревоги (более 11 баллов) (32,3% и 11,6%, тенденция –  $p=0,087$ ), средний балл по HADS-A также был достоверно выше, чем в группе FH0 (8,968 (SD=3,9029) и 6,395 (SD=3,9529),  $p=0,003$ ). После корректировки на пол данные различия не были подтверждены ( $p=0,153$ ) и эффекта пола не выявлено. Различий в проявлении депрессии между этими группами не было обнаружено.

Среди участников группы FH2 по сравнению с FH1 чаще встречались категории выраженной тревоги (67,8% и 33,4%,  $p=0,045$ ), в частности клинически выраженной (32,3% и 4,8%,  $p=0,051$ ), средний балл по HADS-A был выше, чем в группе FH1 (8,968 (SD=3,9029) и 6,048 (SD=2,7106),  $p=0,007$ ). После построения одномерной общей линейной модели для корректировки на пол была подтверждена значимость различий по HADS-A ( $p=0,008$ ,  $F=7,688$ ).

Заключение. Полученные в ходе исследования результаты подтверждают связь семейной отягощенности по алкогольной зависимости с проявлениями тревоги, но не депрессии, у здоровых молодых взрослых, с определенными различиями для мужчин и женщин. Наиболее выраженные эффекты обнаружены для группы участников с высокой степенью семейной отягощенности, выраженность тревоги у которых выше, чем у лиц без семейной отягощенности и у лиц со средней степенью отягощенности. Важно, что различия, связанные с полом, оказываются незначимыми для лиц с отягощенностью. Вероятно, высокий уровень агрегации АЗ в семье выступает значимым фактором выраженности тревожных расстройств у здоровых молодых взрослых. Необходимо проведение дополнительных исследований на расширенных выборках.

# ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ OPRM1 (RS1799971), OPRK1 (RS997917), OPRD1(RS4654327), SLC6A3 (DAT1-VNTR) НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ НАЛТРЕКСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Мирошкин С.С., Брюн Е.А.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» КФ

Москва

*INFLUENCE OF POLYMORPHISMS OF OPRM1 (RS1799971), OPRK1 (RS997917), OPRD1 (RS4654327), SLC6A3 (DAT1-VNTR) GENES ON THE EFFICACY OF PROLONGED NALTREXONE FORMS AT PATIENTS WITH MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDE*

*Miroshkin S.S., Bryun E.A.*

В настоящее время алкогольная зависимость остаётся одной из наиболее острых социально-значимых проблем, что связано с масштабами распространённости злоупотребления алкоголем в России. По данным ННЦ наркологии на 2019 год под диспансерным наблюдением состоит более миллиона пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. В течение 2019 года за наркологической помощью обратилось около 1,5 миллионов пациентов с различными расстройствами, связанными с употреблением алкоголя. Как следствие, усовершенствование существующих и поиск новых методов поддержания трезвости остаются в высшей степени актуальными.

В ранее проведенных исследованиях установлена более высокая эффективность терапии налтрексоном у лиц с определенными генетическими особенностями. На эффективность терапии налтрексоном значительное влияние оказывает генетический полиморфизм OPRM1. У пациентов, являющихся гомозиготными носителями мутантного генотипа GG, более выражен терапевтический ответ на терапию налтрексоном, пролонгировано время ремиссии и реже частота рецидивов. Недостаточно исследованы фармакогенетические аспекты применения пролонгированной формы налтрексона у носителей функциональных полиморфизмов генов OPRK1 (rs997917) и OPRD1 (rs4654327) опиоидных рецепторов, а также сочетания полиморфизмов двух систем – дофаминовой (DAT1 VNTR гена трансмембранного переносчика дофамина) и опиоидной (OPRM1 A118G), на эффективность терапии налтрексоном у пациентов с алкогольной зависимостью. Противоречивости результатов исследований, посвященных влиянию генетических факторов на эффективность применения налтрексона для лечения алкогольной зависимости, ограничивает использование генетического тестирования в практической медицине, что и диктует необходимость пополнения доказательной базы.

Цель исследования. Изучить частоту распределения генотипов по полиморфным маркерам генов OPRM1 (rs1799971), OPRK1 (rs997917) и OPRD1 (rs4654327), кодирующих синтез опиоидных рецепторов, а также SLC6A3 (DAT1-VNTR), кодирующего синтез трансмембранного переносчика дофамина у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью.

Оценить влияние полиморфизмов OPRM1 (rs1799971), OPRK1 (rs997917), OPRD1 (rs4654327) и SLC6A3 (DAT1-VNTR) на эффективность и безопасность применения пролонгированной формы налтрексона у пациентов, страдающих алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. В исследование вошли 100 пациентов с подтвержденным диагнозом F 10.212 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Синдром зависимости средней стадии. Воздержание в условиях, исключающих употребление психоактивных веществ», подписавшие информированное согласие на участие в исследовании и добровольное согласие на обработку персональных данных. Пациенты находились на лечении в государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» в период с мая 2017 по май 2018. Курс лечения заканчивался введением первой инъекции пролонгированной формы налтрексона в дозе 380 мг. Перед последующими инъекциями, проводился контроль лабораторных маркеров на фоне терапии – АСТ, АЛТ, ГГТ, СДТ (для контроля соблюдения режима трезвости), регистрация побочных эффектов и тестирование по психометрическим шкалам проводились ежемесячно, в течение 6 месяцев в дневном стационаре.

Выраженность патологического влечения оценивалась с помощью шкал патологического влечения к алкоголю Альтшулера В.Б. и Пенсильванской исходно в стационаре и на фоне терапии налтрексоном

(ретестовая надежность) на 30, 60, 90, 120, 150 дни лечения, динамика характеризовалась разницей в итоговых баллах.

Генотипирование проведено на базе лаборатории МНПЦ Наркологии отдела исследований молекулярных и генетических факторов болезней зависимости. Было проведено генотипирование по локусам DAT1 (VNTR-40bp), OPRM1 (rs1799971), OPRK1 (rs997917) и OPRD1 (rs4654327). Выделение геномной ДНК из венозной крови (собранной у пациентов в пробирки IMPROVE с ЭДТА-К3) проводилось набором реагентов «М-сорб»; ПЦР исследование проведено на ДНК- Амплификаторе Mastercycler nexus gradient, Eppendorf. Для рестрикции были использованы рестриктазы DseDI (OPRM1), EcoRV (OPRK1) и FaeI (OPRD1) (2 ед/реакцию). Анализ длин рестриктных (OPRM1, OPRK1, OPRD1) и амплифицированных (DAT) проводилось методом электрофореза в агарозном геле в присутствии бромистого этидия. Визуализация проводилась с помощью трансиллюминатора Gel doc Xr+.

По данным статической обработки обнаружено статистически значимое различие в длительности пребывания в программе противорецидивной терапии налтрексоном у пациентов с различными генотипами по полиморфному маркеру rs(28363170) гена SLC6A3 (DAT1-VNTR): (10R/10R) –  $3,8 \pm 2,3$  vs (9R/9R) –  $1,6 \pm 0,9$ ,  $p=0,049$ ; (10R/9R-  $4,2 \pm 2,1$ ) vs (9R/9R) –  $1,6 \pm 0,9$ . Таким образом, пациенты с аллельным вариантом (9R/9R) реже удерживались в противорецидивной программе.

Выявлено статически значимое различие в количестве алкоголя, необходимого для достижения состояния опьянения на фоне терапии налтрексоном у пациентов с различными генотипами. Так, носителям генотипа AG по полиморфному маркеру OPRM1 (rs1799971), необходимо употребить больше алкоголя на фоне терапии налтрексоном для достижения состояния опьянения по сравнению с носителями генотипа AA ( $p$ -value по результатам сравнительного анализа = 0,008).

При оценке влияния полиморфного маркера OPRD1 (rs4654327) на изменение количества алкоголя необходимого для достижения состояния опьянения выявлено, что носителям AA необходимо употребить больше алкоголя на фоне терапии налтрексоном для достижения состояния опьянения по сравнению с носителями генотипа AG ( $p$ -value по результатам сравнительного анализа = 0,011).

Проведена оценка влияния генотипа на длительность запоев при возобновлении употребления алкоголя. У носителей генотипа СТ по полиморфному маркеру OPRK1 (rs997917) запои на фоне терапии имели достоверно меньшую продолжительность, чем у носителей генотипа СС ( $p$ -value по результатам сравнительного анализа = 0,040). Аналогичное наблюдение проведено в отношении полиморфного маркера OPRM1 (rs1799971) – носители генотипа AA имели большую длительность запоев по сравнению с носителями AG ( $p$ -value по результатам сравнительного анализа = 0,014).

Заключение. В рамках исследования выявлено влияние полиморфных маркеров генов OPRM1 (rs1799971), OPRK1 (rs997917), OPRD1 (rs4654327) кодирующих опиоидные рецепторы, а также гена кодирующего синтез трансмембранного переносчика дофамина SLC6A3 (DAT1-VNTR), на эффективность применения пролонгированных форм налтрексона.

Носители генотипа 9R/9R по полиморфному маркеру SLC6A3 (DAT1-VNTR) реже удерживаются в программерепроцидивной терапии налтрексоном по сравнению с носителями генотипов 9R/10R и 10R/10R.

Генотип AG по полиморфному маркеру OPRD1(rs4654327) у пациентов, получающих налтрексон в качестве терапии, снижает выраженность патологического влечения к алкоголю по сравнению с генотипами AA и GG. У носителей генотипа AG по полиморфному маркеру OPRD1(rs4654327) выше вероятность возникновения нежелательных явлений в виде тошноты, снижения аппетита.

Генотип AG по полиморфным маркерам OPRD1 (rs4654327) и OPRM1 (rs1799971) на изменение количества алкоголя необходимого для достижения состояния опьянения. Носителям данного генотипа необходимо употребить большее количество алкоголя для достижения состояния опьянения по сравнению с носителями генотипов AA и AG.

Носители генотипа СТ по полиморфному маркеру OPRK1 (rs997917) и носители генотипа AG по полиморфному маркеру OPRM1 (rs1799971) имеют достоверно меньшую продолжительность запоев по сравнению с носителями других генотипов.

Использование данных факторов при назначении пролонгированных форм налтрексона позволит прогнозировать эффективность терапии, качество ремиссий, возможность возникновения нежелательных реакций

# КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ

Михайлов М.А.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*A CONCEPTUAL MODEL OF ALTERED STATES OF CONSCIOUSNESS INITIATED BY PSYCHOACTIVE  
SUBSTANCES*

*Mikhaylov M.A.*

Клинико-психопатологическое исследование структуры измененных состояний сознания (ИСС), на материале болезней зависимости в интоксикации и при обострении патологического влечения к психоактивным веществам (ПАВ) вне интоксикации позволили определить структуру и динамику этих состояний, включающих четыре последовательно развивающихся уровня дезинтеграции психики, на каждом из которых происходит поэтапное утяжеление психопатологической симптоматики в телесной, аффективной и идеаторной сферах. Развитие процесса идет от инициальных проявлений расстройств общего чувства до максимально выраженной аффективной напряженности кардинальной трансформации сознания, инициирующей поведение, направленное исключительно на употребление ПАВ (Брюн Е.А., Михайлов М.А., Автономов Д.А., 2019, 2020; Михайлов М.А., 2021).

Создание концептуальной модели измененных состояний сознания, инициированных психоактивными веществами, предполагает определение последовательности появления той или иной психопатологической симптоматики, учет взаимодействия и взаимовлияния психических феноменов из телесной, аффективной и идеаторной сфер друг на друга, наличие триггерных точек процесса.

Цель исследования: разработка концептуальной модели ИСС, инициированных ПАВ как клинико-психопатологической и медико-психологической основы формирования и развития болезней зависимости.

Материалы и методы: Объектом качественного, феноменологического, гипотезогенерирующего, выборочного исследования была психопатологическая симптоматика, укладывающаяся в рамки ИСС, возникавших на пике интоксикации и при обострении патологического влечения (ПВ) у 647 больных (мужчин и женщин), со сформированной зависимостью от различных ПАВ (опиоиды, психостимуляторы, каннабиноиды, летучие углеводороды, коаксил, галлюциногены, сочетанное употребление наркотиков и других ПАВ). На первом этапе исследования в качестве основного использовался метод феноменологической реконструкции психопатологических событий для качественно-количественной оценки их структуры и динамики в состоянии ИСС (Михайлов М.А., 2015), на втором этапе – использовался статистический метод путевого анализа (Bentler P.M., Bonnett D.G., 1980; Hoyle R.H., Panter A.T., 1995).

Результаты и их обсуждение: Анализ регрессионных нагрузок (путевых коэффициентов) показал, что самый большой вклад в выявленной модели вносят «Этап инициальных проявлений расстройств общего чувства» ( $P_{1,2}=1,69$  при  $p<0,001$ ), «Этап парциального нарушения сознания» ( $P_{6,9}=1,62$  при  $p<0,01$ ) и «Этап выраженных проявлений смешанного аффекта» ( $P_{8,10}=1,73$  при  $p<0,01$ ) и «Этап парциального нарушения сознания» ( $P_{6,9}=1,8$  при  $p<0,01$ ), «Поведение, направленное употребление ПАВ» ( $P_{11,12}=1,94$  при  $p<0,001$ ). Таким образом, в ходе проведения путевого анализа было выявлено и статистически доказано существование 4 триггеров, которые вносят самый больший вклад в данную модель, т.е., имеют самые большие путевые (регрессионные) коэффициенты.

Для доказательства 4 уровней дезинтеграции результаты путевого анализа рассматривались с точки зрения декомпозиции влияния.

Проведенные вычисления показали, что с каждым выделенным уровнем дезинтеграции идет накопление и увеличение непрямого влияния на формирование последующих уровней дезинтеграции, при этом все накопленные коэффициенты влияний имеют высокую значимость ( $p<0,01$ ), так как все путевые веса, полученные в ходе анализа, являются статистически значимыми ( $p<0,01$ ). Так, накопленное влияние на I уровне дезинтеграции составляет 3,79 ( $p<0,01$ ), на II уровне этот показатель значительно увеличивается и достигает 4,00 ( $p<0,01$ ), на III уровне дезинтеграции данное накопленное влияние составляет уже 6,47 ( $p<0,01$ ), а на IV уровне дезинтеграции данное накопленное влияние составляет уже 7,27 ( $p<0,01$ ). Таким образом, в результате движения патологического процесса от I-го до IV-го уровня дезинтеграции интенсивность негативных изменений, сопряженных с актуализацией ПВ возрастает почти в 2 раза (7,27 против 3,79).

Также было исследовано и каузальное влияние (TCE или Total Causal Effect) для каждой выделенной сферы (телесной, аффективной и идеаторной), которое позволяет рассчитать степень влияния отдельных элементов системы друг на друга и систему в целом и, таким образом, определить вектор движения патологического процесса. В ходе проведенных вычислений было выявлено, что каузальное влияние телесной сферы составляет 7,08 ( $p < 0,01$ ); для аффективной сферы каузальное влияние составило уже 11,35 ( $p < 0,01$ ), а для идеаторной сферы – 12,07 ( $p < 0,01$ ). Подсчет каузального влияния каждой выделенной сферы показал, что изменения происходят не только в вертикальной плоскости модели, накапливая негативное влияние от I к IV уровню дезинтеграции, но и накопление негативного влияния прослеживается от телесной к идеаторной сфере, изменяясь в горизонтальной плоскости модели.

Выводы: Полученные данные о структуре и динамике ИСС показали высокую достоверность созданной концептуальной модели ( $p = 0,019$ ). Модель может существовать именно с таким количеством этапов и с такой последовательностью влияний, которое было предложено. Любое изменение, либо направления влияния, либо уменьшение или увеличение переменных, или этапов, приводит к снижению достоверности модели ( $p < 0,05$ ).

## **АНАЛИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

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

Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Наркологический диспансер»

Ростов-на-Дону

*ANALYSIS OF THE USE OF NEW NARCOTIC SUBSTANCES IN THE ROSTOV REGION*

*Myslivtseva A.V., Malyshko E.V., Linnik A.A.*

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

К «аптечным наркотикам» относят лекарственные средства, содержащие наркотические вещества, а также те, которые вызывают привыкание и желание употреблять их в больших количествах для достижения эйфории. Среди данных веществ наибольший интерес вызывают производные гамма-аминомасляной кислоты (прегабалин и габапентин). Это агонисты ГАМК- $\alpha$ - и  $\beta$ -рецепторов и их производные. В настоящее время используются промышленно синтезированные гамма-бутиролактон и 1,4-бутандиол. Механизм их действия основан на способности связываться с альфа<sub>2</sub>, дельта-субъединицами кальциевых каналов нейронов, за счет чего происходит снижение поступления кальция в нейроны. В результате уменьшается высвобождение нейромедиаторов. Данные вещества воздействуют на дофаминергическую систему «вознаграждения», вследствие чего и развивается пристрастие к препарату. При употреблении данных веществ организм пытается адаптироваться к вводимым химическим веществам, развивая к ним толерантность. Далее растёт потребность в увеличении концентрации медикамента, поскольку в начале приёма быстрее достигался психотропный эффект. Подобные изменения могут приводить к болезням зависимого поведения.

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

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

Результаты исследования: В 2020 г. в кабинете медицинского освидетельствования было проведено всего 3033 освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического, токсического). Из них у 200 (6,6 %) человек было выявлено алкогольное опьянение, были признаны трезвыми 1196

(39,4%) человек, отказались от прохождения освидетельствования 107 (3,5%) человек, у 1530 (50,5%) человек было выявлено наркотическое опьянение и среди них у 413 (27%) человек были выявлены новые, потенциально опасные ПАВ, не относящиеся к списку наркотических веществ.

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

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

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

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

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

Выводы:

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

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

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

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

## **«АЛКОГОЛЬНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ» СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГРУПП У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Надеждин А.В., Тетендова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Петухов А.Е., Кошкина Е.А., Брюн Е.А.**

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

**Москва**

*«ALCOHOL BURDEN» IN VARIOUS DIAGNOSTIC GROUPS IN NEUROLOGICAL PATIENTS*

*Nadezhdin A.V., Tetenova E.Yu., Kologashkin A.Yu., Petukhov A.E., Koshkina E.A., Bryun E.A.*

Употребление алкоголя является как прямой, так и косвенной причиной многих заболеваний, причиняя существенный ущерб в глобальном масштабе. Последствия употребления алкоголя ложатся серьезным бременем на экономику многих стран мира. По данным ВОЗ более 200 патологических состояний связаны с употреблением алкоголя с вредными последствиями, начиная от заболеваний печени и мозга и заканчивая травмами, онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, суицидами, туберкулезом и ВИЧ/СПИД (Global status report on alcohol and health. WHO, 2018).

Злоупотребление алкоголем является причиной целого ряда патологических неврологических состояний (Говорин, Сахаров, 2010; Leach, Mohanraj, Borland, 2012; Rehm et al., 2019). По данным Pervin, Stephen (2021) у пациентов с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, наблюдается значительная потеря объема мозговой ткани, включая сокращение белого вещества, что вызвано

дефицитом питания и/или алкогольной эксайтотоксичностью и/или окислительным стрессом. Эксцессивное и постоянное употребление алкоголя приводит к синдрому Вернике-Корсакова, различной степени когнитивных нарушений, включая тяжелую деменцию, эпилептические эпизоды, цереброваскулярные поражения. К неврологическим заболеваниям, преимущественно обусловленным потреблением алкоголя, относятся: алкогольная полинейропатия (G62.1) и дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем (G31.1), а частично обусловленным – болезнь Альцгеймера и другие деменции (G30 – G31), эпилепсия (G40 – G41), ишемический инсульт (I63 – I67, I69.1) (Rehm et al., 2003a, 2009; Shield, 2014).

В этой связи нам представляется важным изучить алкоголь-атрибутированные состояния, встречающиеся в отделении общей неврологии крупного многопрофильного стационарного лечебного учреждения, оказывающего неврологическую помощь, за исключением острых нарушений мозгового кровообращения.

Данная работа является частью совместного норвежско-российского обсервационного, кросс-секционного исследования, проводимого Университетским госпиталем г. Осло и Московским научно-практическим центром наркологии. Здесь мы рассматриваем только российскую часть этого проекта. Исследование российской стороны проводилось в ГБУЗ Городская клиническая больница № 68 им. В.П. Демикова Департамента здравоохранения г. Москвы среди неотложно госпитализированных больных с соматическими заболеваниями в отделениях общей неврологии, общей терапии, пульмонологии, и неинтервенционной кардиологии. Срок проведения – с ноября 2016 года по декабрь 2017. Принять участие предлагалось всем пациентам в возрасте  $\geq 18$  лет, госпитализированным по неотложным показаниям. Критерием исключения являлись: 1) нежелание или неспособность дать информированное согласие на проведение исследования; 2) неспособность эффективно объясняться на русском языке; 3) тяжесть состояния больного, препятствующая продуктивному контакту с исследователем; 4) перевод в другое лечебное учреждение или отделение по неотложным показаниям; 5) плановая госпитализация. После получения письменного информированного согласия пациентом заполнялась анкета, в том числе содержащая вопросы скринингового теста AUDIT-4 об употреблении алкоголя. Взятые у пациентов анализы крови исследовались, в том числе на фосфатидилэтанол (PEth), в химико-токсикологической лаборатории МНПЦ наркологии. PEth представляется наиболее объективным и точным методом диагностики злоупотребления алкоголем и мониторинга стабильности ремиссии (Hill-Kapurturczak et al., 2018; Jain et al., 2014). Показатель не зависит от других факторов, таких как ожирение, пол, возраст и заболевания печени. Концентрации PEth  $\geq 0,3$   $\mu\text{M/l}$  были определены как положительные и свидетельствующие о чрезмерном употреблении алкоголя. Группа пациентов, госпитализированных в неврологическое отделение, составила 748 человек, 718 пациентам, находившихся на момент нашего обследования в неврологическом отделении, была оказана медицинская помощь по профилю «неврология» и выставлен соответствующий диагноз, 30 – по результатам обследования был поставлен иной диагноз. На основании диагноза все больные были разделены на 7 групп: «иная патология (C00-D48; E20-E35; N80-N83; I00-I99; J00-J99; K80-K87; M00-M25; R50-R69; S00-T98)» (пациенты с диагнозами не неврологического профиля); «другая неврологическая патология (G00-G09; G10-G14; G20-G26; G30-G32; G35-G37; G70-G73; G90-G99)»; «эпизодические и пароксизмальные расстройства (G40-G47)»; «поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений (G50-G59)»; «полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы (G60-G64)»; «цереброваскулярные болезни (I60-I69)»; «дорсопатии (M40-M54)».

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

Сведения, характеризующие употребление алкоголя пациентами неврологического отделения представлены таким образом: 31,8% пациентов, отвечая на вопросы теста AUDIT-4, сообщили, что они не употребляли алкоголь в течение последних 12 месяцев, не набрав не одного балла. Употребляли алкоголь с вредными последствиями (cut-off AUDIT-4  $\geq 5$  для женщин и  $\geq 7$  для мужчин) 25,5%. Оценка уровня употребления алкоголя посредством теста AUDIT- QF дала несколько меньшее количество лиц, употребляющих с вредными последствиями – 20,9%. Показатели PEth в периферической крови 0,3 мкмоль/л и более отмечены у 24,5% пациентов неврологического отделения. При госпитализации 15,9% признали факт употребления алкоголя в течение суток, предшествующих госпитализации.

Наибольшее количество лиц, злоупотребляющих алкоголем (PEth  $\geq 0,3$   $\mu\text{M/l}$ ), было среди диагностической группы «полинейропатии и другие поражения периферической нервной системы» – 78,2%, затем среди больных группы «эпизодические и пароксизмальные расстройства» – 47,6% и группы



«цереброваскулярные болезни» – 21,7%. В группах «иная патология», «другая неврологическая патология»; «поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений»; «дорсопатии» процент лиц, злоупотребляющих алкоголем, составил – 7,4; 4,7; 2,3, 7,8 соответственно).

В результате проведенного исследования нами были сделаны следующие выводы: среди экстренно госпитализированных больных отделения общей неврологии около 25% злоупотребляют алкоголем с вредными последствиями на основании оценки теста AUDIT-4 и прямого маркера употребления алкоголя фосфатидилэтанола (PEth). Среди больных с полинейропатиями и пароксизмальными расстройствами было самое большое количество лиц, употребляющих алкоголь с вредными последствиями – 78,2% и 47,6% соответственно, что делает их главной «мишенью» для проведения антиалкогольных интервенций.

## **ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕЛАНКА И МОРФИНА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛИ IN VIVO**

**Надорова А.В., Чернякова И.В., Колик Л.Г.**

ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова»

Москва

### *INTERACTION BETWEEN SELANK AND MORPHINE IN MODELING ACUTE SOMATIC PAIN IN VIVO EXPERIMENTS*

*Nadorova A.V., Chernyakova I.V., Kolik L.G.*

Актуальность. Стремительный рост потребления препаратов опиоидного ряда является серьезной проблемой, что в значительной степени обусловленной назначением опиоидов для лечения хронической боли. Комбинация низких доз препаратов из разных фармакологических классов является признанной стратегией предотвращения потенциальных нежелательных побочных эффектов опиоидов. Несмотря на значительный интерес к разработке новых терапевтических средств для лечения боли при минимизации риска формирования лекарственной зависимости, внедрение в клиническую практику альтернативных стратегий лечения занимает много лет и сопровождается высокими финансовыми затратами. С каждым годом становится актуальной задача – уменьшить бремя использования опиоидов и обеспечить стабильное облегчение боли с минимальными побочными эффектами. Известно, что при действии опиоидов в процессы нейроадаптации «включается» эндогенная опиоидная система. Отечественный препарат Селанк, синтезированный на основе эндогенного регуляторного пептида тафтсина угнетает активность энкефалин-деградирующих ферментов, повышая содержание лей-энкефалинов в плазме крови. Селанк разработан и изучен в качестве анксиолитического средства для терапии генерализованных тревожных расстройств. Механизм действия селанка преимущественно связывают с изменением функционального состояния серотонинергической системы и влиянием на ГАМК-ергическую систему в качестве аллостерического модулятора. При расширенном изучении особенностей противотревожного действия селанка показано, что на фоне предварительной блокады опиатных рецепторов ответ «низкотревожных» мышей линии C57Bl/6 на пептидный аналог тафтсина усиливался, что указывает на значимость активности энкефалин-опиоидной системы в формировании индивидуальной чувствительности к селанку, однако, данные о возможном взаимодействии селанка с опиоидными анальгетиками в настоящее время отсутствуют.

Цель. Оценить влияние селанка на морфин-индуцированную анальгезию в опытах in vivo.

Методы. Эксперименты выполнены на инбредных мышах-самцах линии C57Bl/6 (n=77) с массой тела 18 - 22 г. (ФГБНУ «Научный центр биомедицинских технологий Федерального медико-биологического агентства», филиал «Столбовая»). Животных содержали по 15 особей в клетке в условиях вивария ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова» (температура 21-23оС, относительная влажность воздуха 40-60%) при естественной освещенности и свободном доступе к воде и брикетированному корму в течение 10 суток до начала тестирования.

Селанк (Thr-Lys-Pro-Arg-Pro-Gly-Pro), субстанция (ИМГ РАН) в дозе 0,3 и 0,9 мг/кг; морфин гидрохлорид (Минмедбиопром объединение «Чимкентбиофарм», субстанция) в дозе 3,0 мг/кг и воду для инъекций вводили из расчета 0,1 мл/10 г веса животного согласно схеме эксперимента:

- «Контроль» – вода для инъекций + через 30 минут вода для инъекций;
- «Селанк» – селанк + через 30 минут вода для инъекций;
- «Морфин» – вода для инъекций + через 30 минут раствор морфина;

- «Селанк + Морфин» – селанк + через 30 минут раствор морфина.

Тест «горячая пластина» использовали для оценки ноцицептивной реакции. С помощью анальгезиметра «Ugo Basile» (Италия) регистрировали латентное время реакции (лизание лап или прыжок). До начала опыта отбирали животных на основе базовой реактивности в условиях экспериментальной модели, исключая мышей, остававшихся на нагретой до  $55 \pm 0.5^\circ\text{C}$  пластине дольше 10 с. Латентный период в 20 с (максимальное время экспозиции) расценивали как 100% анальгезию. Фиксировали время появления реакции у мышей через 30, 60, 90 и 120 мин после введения изучаемых препаратов. Полученные результаты выражали в виде максимально возможного эффекта (МВЭ) в %. МВЭ = (латентный период реакции после введения препарата минус фоновый латентный период реакции)/(максимальное время экспозиции минус фоновый латентный период реакции) X 100%.

Статистический анализ проводили при помощи двухфакторного дисперсионного анализа ANOVA с последующим применением критерия Дункана.

Результаты. Изучено действие гептапептидного аналога тафтсина селанка, применяемого в качестве быстродействующего пептидного анксиолитика с активирующим компонентом, на морфин-индуцированную анальгезию у мышей. Морфин в дозе 3,0 мг/кг с 60 минуты эксперимента вызывал выраженную антиноцицепцию по сравнению с контролем, селанк в дозах 0,3 и 0,9 мг/кг не обладал антиноцицептивными свойствами *per se*. Селанк в дозе 0,3 мг/кг при совместном действии с морфином не оказывал влияния на изменение антиноцицепции по сравнению с морфином. При сочетанном введении с морфином селанк в дозе 0,9 мг/кг на 60 минуте эксперимента увеличивал латентный период реакции, вызывая выраженную антиноцицепцию (29,6 % Максимально Возможный Эффект) МВЭ.

Заключение. Получены данные о синергетическом действии гептапептидного анксиолитика селанка и опиоидного анальгетика морфина в отношении ослабления острой соматической боли. Таким образом, полученные результаты дополняют общий профиль фармакологической безопасности синтетического аналога тафтсина. Последующие исследования этого фармакологического взаимодействия могут иметь значение для формирования эффективных стратегий фармакотерапии болевых синдромов, в особенности коморбидных с тревожными расстройствами.

## ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ОСОБЕННОСТЯХ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Нартова Т.В., Николаева А.А., Каймакова В.А.

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

Москва

*GENDER DIFFERENCES AND COGNITIVE ABILITIES IN INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS*

*Nartova T.V., Nikolaeva A.A., Kaimakova V.A.*

В настоящее время общемировые тенденции роста немедицинского потребления психоактивных веществ (ПАВ), проблемы лечения и вопросы реабилитации зависимых пациентов остаются актуальными. Подробное изучение современных данных о рассматриваемой проблеме способствует повышению эффективности методологии и технологий организации лечебно-реабилитационного процесса для лиц с расстройствами аддиктивного спектра. Практическая значимость настоящего исследования состоит в повышении эффективности диагностики и коррекции когнитивных нарушений у лиц, злоупотребляющих ПАВ, путем подбора диагностических методик и разработки оптимальных схем психокоррекции на основании выявления ранних клинико-психологических паттернов.

Целью исследования является клинико-психологический анализ когнитивных функций у лиц с зависимостью от ПАВ: оценка степени выраженности когнитивных нарушений, изучение гендерных особенностей когнитивных нарушений.

Выборку исследования составили 84 пациента с зависимостью от ПАВ, в возрастном диапазоне от 18 до 55 лет, из них 41 мужчина (48%) и 43 женщины (52%). Небольшой объем выборки был связан с ограничениями по COVID-19 и вынужденным изменением внутреннего режима клиники. Для решения поставленных задач использованы следующие количественные и качественные методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, психодиагностический, психометрический и анализ проведенных ранее исследований когнитивной сферы у лиц с зависимостью ПАВ.

В ходе проведенного исследования у обследуемых лиц были выявлены следующие нарушения мнестической деятельности – снижение объема опосредованного и непосредственного запоминания,

снижение способности к запоминанию логических, рациональных понятий в сравнении с эмоциональными, снижение способности запоминания текстовой информации, снижение возможностей активного запоминания.

К выявленным нарушениям активного внимания относятся повторы одного и того же действия, уменьшение объема внимания, трудности в переключении внимания и его неустойчивость, а также повышенная отвлекаемость и истощаемость внимания.

При исследовании мыслительной деятельности зафиксировано: замедление темпа мыслительных процессов, общая торпидность мышления и нарушения по типу снижения уровня обобщения. В суждениях обследуемых доминировали непосредственные представления о предметах и явлениях, обобщенные признаки подменялись конкретно-ситуационными сочетаниями, отмечалась склонность к умозаключениям по первому попавшемуся признаку без раздумываний (первое, что пришло в голову), отмечались трудности абстрагирования от конкретных деталей.

У обследованных пациентов наиболее сохранными остаются: в сфере внимания и сенсомоторных реакций – избирательность внимания (74%), в сфере мнестической деятельности – краткосрочная память (81%), в сфере мыслительной деятельности – мотивационная сторона мышления (93%), смысловая сфера (90%).

На основании полученных нами результатов можно судить о высокой распространенности когнитивных нарушений у лиц с зависимостью от ПАВ, независимо от гендерной принадлежности. В первую очередь характерны нарушения большинства компонентов внимания (объем, избирательность, распределение и концентрация внимания) за исключением устойчивости внимания, где различия наблюдаются, но носят недостаточно значимый характер.

Для обобщения и сравнения результатов, полученных по двум группам исследования (43 женщины и 41 мужчина) была использована классификация когнитивных нарушений Н.Н. Яхно (2005 г.). Нормальное состояние когнитивной сферы было зафиксировано у 24 пациентов (28,6%). Легкие когнитивные расстройства (ЛКР) были отмечены у 43 пациентов (51,2%). Наличие ЛКР у данной группы лиц отражает присущее им снижение когнитивных способностей, которое может отражаться в наличии жалоб, но при этом не обращать на себя внимания окружающих. Затруднения в повседневной жизни при ЛКР не отмечаются, даже при наиболее сложных видах интеллектуальной деятельности. Умеренные когнитивные расстройства (УКР) выявлены у 17 пациентов (20,2%). При УКР отмечается снижение когнитивных способностей по сравнению как с индивидуальной, так и со среднестатистической возрастной нормой, которое является заметным для наблюдения извне и отражается в жалобах индивида. УКР не приводят к существенным затруднениям в повседневной жизни, хотя может препятствовать наиболее сложным видам интеллектуальной активности. Тяжелых когнитивных нарушений в исследуемой выборке зарегистрировано не было.

У мужчин и женщин выраженность когнитивных нарушений была различной. Среди мужчин нормальное состояние когнитивной сферы зафиксировано у 8 пациентов (19,5%), среди женщин – у 16 пациентов (37,2%). Синдром ЛКР у мужчин встречался чаще – 24 пациента (58,5%); у женщин – 19 пациентов (44,1%). Синдром УКР был выявлен у 9 мужчин (21,9%) и 8 женщин (18,6%).

Вероятными причинами выявленных различий в гендерном аспекте когнитивного функционирования могут быть:

- 1) различный уровень образования у мужчин и женщин;
- 2) давность заболевания, стиль употребления, качество жизни;
- 3) различия в возрасте (в данном исследовании возрастной фактор не учитывался);
- 4) иные факторы.

Данная информация позволяет осуществлять психологическое сопровождение и психокоррекцию пациентов с учетом индивидуальной оценки когнитивных функций. Выделенная таким образом группа больных является первоочередной целью при лечении зависимости ПАВ.

Гендерные различия заключаются не только в биологических особенностях. Важное значение имеют социальные роли, «исполняемые» лицами противоположного пола. И, несмотря на определенное стирание граней между социальными ролями мужчины и женщины в современном обществе, уровень образования и профессиональная принадлежность сохраняют свои традиции. Последнее предположение требует дальнейшей разработки с целью создания персонализированных программ психологической коррекции лиц с аддиктивными расстройствами.

Требуется продолжение обсуждения связей когнитивного и социального функционирования, когнитивных дефицитов и успешности адаптации, динамика когнитивных нарушений на фоне лечения и других клинико-психологических проблем в отношении пациентов с зависимостью от ПАВ. Решение

данных задач возможно при своевременном проведении психодиагностики, использовании современных методик и индивидуально разработанных когнитивных тренингов в условиях реабилитационного отделения.

## **СМЕРТНОСТЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЯХ, ЗАВИСИМАЯ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ**

**Немцов А.В.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*MORTALITY IN ALCOHOLIC DELIRIUM, DEPENDENT ON WEATHER CONDITIONS*

*Nemtsov A.V.*

Цель: Поиск дополнительных возможностей для лечения алкогольных делириев – тяжелого и широко распространенного заболевания, иногда со смертельным исходом. Проблемными остаются их профилактика, лечение, а также патогенез этого заболевания. Материалы и методы: В 2000-2014 гг. исследовали в России все случаи заболевания (госпитальные) и смерти с диагнозом «синдром отмены с делирием» (F10.4; всего 2,08 миллиона заболеваний и 8,32 тысячи смертей). Изучали распределение смертей по месяцам года при сопоставлении с атмосферной температурой и содержанием кислорода в эти месяцы.

Результаты: Показано, что начиная с февраля, повышение атмосферной температуры и связанное с ней снижение концентрации кислорода сопровождается ростом смертности при делирии с максимумом в июле. Пороговыми для роста смертности является  $-9,6^{\circ}\text{C}$  и  $303 \text{ г/м}^3 \text{ O}_2$ . Снижение температуры и нарастание содержания кислорода в августе-октябре сопровождается снижением заболеваемости и смертности. Прирост смертности в марте-октябре составил 36% по отношению к показателям в зимние месяцы. Обсуждение и выводы: изменение погодных условий в весенне-летний период увеличивают частоту и тяжесть течения алкогольного делирия, а также риск летального исхода за счет того, что ацетальдегид активизирует катаболизм (окисление и распад белков с высвобождением тепла). С этим связана гипертермия и алкогольный кетоацидоз, а сам катаболизм требует притока большого количества кислорода. Отсюда высокая чувствительность к экзогенному кислороду. В связи с этим перспективным в лечении алкогольной абстиненции и делирия может стать субстратные антигипоксанты. Результаты работы приобретают особое значение в связи с потеплением климата.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛОНИДИНА НА УРОВЕНЬ ИЛ-6 У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕТОКСИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ СИНДРОМА ОТМЕМЫ ОПИОИДОВ**

**Палаткин В.Я., Крупицкий Е.М., Блохина Е.А.**

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Санкт-Петербург

*CLONIDINE LOWERS INTERLEUKIN-6 IN PEOPLE WITH HIV DURING OPIOID WITHDRAWAL*

*Palatkin V.Ya., Krupitsky E.M., Blokhina E.A.*

Введение. В Российской Федерации (РФ) опиоиды занимают лидирующее место по частоте употребления среди людей употребляющих инъекционные наркотики (ЛУИН). Инъекционное употребление наркотиков является одним из главных путей передачи ВИЧ-инфекции в РФ, составляя более 30%. Употребление опиоидов больными ВИЧ-инфекцией способствует прогрессированию ВИЧ-инфекции и неблагоприятных исходов заболевания, однако механизмы, лежащие в основе этого явления, остаются недостаточно изученными. Этот вопрос является актуальным в связи с высокой распространённостью ВИЧ-инфекции среди пациентов с синдромом зависимости от опиоидов (СЗО). Учитывая, что ведущим звеном патогенеза ВИЧ-инфекции является поражение иммунной системы, то наибольший интерес представляет понимание особенностей иммунной регуляции при сочетанном течении с СЗО. Известно, что ИЛ-6 - один из ключевых провоспалительных цитокинов и растворимый CD14 (sCD14) – биомаркер активации моноцитов участвуют в иммунной активации и показали

прогностическую значимость в отношении неблагоприятных исходов у больных ВИЧ-инфекцией. В исследовании Z.Wang было показано, что у хронических потребителей героина синдром отмены опиоидов (COO) может приводить к длительной дисрегуляции функционирования иммунной системы. В свою очередь это обуславливает прогрессирование инфекционного заболевания. Одним из звеньев патогенеза развития COO является гиперактивация симпатической нервной системы, которая сопровождается избыточным выделением адреналина и норадреналина. В клинической практике для снижения симпатической гиперстимуляции наиболее часто используемым неопиоидным препаратом для лечения COO является альфа2-адреноблокатор – клонидин. В исследованиях на животных был выявлен дозозависимый протективный эффект клонидина в отношении иммуносупрессии, спровоцированной развитием COO. Анализ уровня ИЛ-6 и sCD14 в период COO позволит расширить представления о патогенезе данного состояния и определить пути оптимизации терапии.

**Цель.** Оценить влияние детоксикационной терапии с использованием клонидина на уровень биомаркеров системного воспаления (ИЛ-6) и иммунной активации (sCD14) у пациентов с синдромом зависимости от опиоидов и сопутствующей ВИЧ-инфекцией.

**Материалы и методы.** В проспективном когортном исследовании был проведен кросс-секционный анализ 45 ВИЧ-положительных пациентов, не принимающих антиретровирусную терапию (АРВТ) с диагнозом СЗО, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница» для купирования COO. Все участники соответствовали критериям включения в исследование: установленный диагноз – синдром зависимости, вызванный употреблением опиоидов по МКБ-10, установленный диагноз ВИЧ-инфекция, отсутствие АРВТ на момент включения, возраст 18 лет и старше, для женщин отрицательный результат теста мочи на беременность. Критериями не включения были: выявленное на момент осмотра психотическое расстройство, наличие мыслей суицидального характера, развитие острого судорожного состояния и выраженные когнитивные расстройства. Сбор данных и анализ крови (определение уровня ИЛ-6 и sCD14) проводились на предполагаемом пике синдрома отмены опиоидов (3-7 день госпитализации). Оценка включала в себя сбор социально-демографической и клиничко-anamnestической информации, включая оценку тяжести COO при помощи Клинической шкалы для оценки синдрома отмены опиоидов (COWS). Уровень биомаркеров (ИЛ-6 и sCD14) сравнивался между участниками, получавшими и не получавшими клонидин во время детоксикационной терапии. Для статистической обработки полученных результатов был использован тест Манна-Уитни.

**Результаты.** Среди 45 пациентов (средний возраст [SD] 34,5[4,3] лет; 95% мужчин; медиана уровня образования 11 лет (Q1; Q3:10; 12)) длительность зависимости от опиоидов составила 13[7,5] лет. До госпитализации наиболее часто участники употребляли героин и метадон 47% (n=21), только метадон 33% (n=15) и только героин 20% (n=9). Почти все (93%) испытали легкую степень COO (общий балл COWS <12), у остальных участников была умеренная степень COO. Медиана длительности ВИЧ инфекции составила 11 лет (Q1; Q3:6; 15), медиана ВИЧ вирусной нагрузки 24000 копий/мл (Q1; Q3:12000;47500), медиана уровня периферических CD4 клеток 264 кл/мм<sup>3</sup> (Q1; Q3: 142; 369). У большинства участников был гепатит С (n=43 [95%]).

Сравнительный анализ проводился между группой пациентов, у которых в схеме детоксикационной терапии был использован клонидин (19 человек), и пациентами, не получавшими клонидин (26 человек). Анализ показал, что в группе, принимавшей клонидин, был выявлен более низкий уровень ИЛ-6 (Me [Q1; Q3] = 2.7 [0.9; 5.4]) по сравнению с группой сравнения (Me [Q1; Q3] = 9.2 [7.9; 10.9]) (95% Доверительный Интервал [ДИ] = -7.9; -4.3; p<0,001). Разницы между уровнями sCD14 в группе клонидина и группе сравнения выявлено не было (95% ДИ = -2.7; 3.4): Me [Q1; Q3] = 13.4 [11.6; 18.3] и (Me [Q1; Q3] = 12.7 [10.1; 18.1]), соответственно.

**Выводы.** Среди людей, живущих с ВИЧ-инфекцией с СЗО, клонидин снижал уровень ИЛ-6, который повышался во время COO, но не изменял растворимый CD14. Поскольку повышение уровня ИЛ-6 связано с прогрессированием ВИЧ-инфекции, лечение клонидином может улучшить исход заболевания у людей живущих с ВИЧ-инфекцией с СЗО во время COO.

# СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА 1846G> А ГЕНА CYP2D6 С ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ

Пархоменко А.А., Застрожин М.С., Брюн Е.А.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России

Москва

*RELATIONSHIP OF CYP2D6 GENE POLYMORPHISM 1846G>A TO THE EFFICACY AND SAFETY PROFILE OF HALOPERIDOL IN PATIENTS WITH ACUTE ALCOHOLIC HALLUCINATIONS*

*Parkhomenko A.A., Zastrozhin M.S., Brun E.A.*

Актуальность. Биотрансформация галоперидола происходит при участии изофермента CYP2D6, кодируемого одноименным геном. Ген CYP2D6 высокополиморфен, что может привести к изменению его активности, что может приводить к изменению скорости биотрансформации галоперидола, его эффективности и безопасности. В исследовании D.A. Sychev, проведенном на пациентах, страдающих алкогольной зависимостью, было обнаружено повышение балла в результате тестирования по шкале SAS, а также повышение балла по шкале UKU среди пациентов, являющихся носителями генотипа GA по сравнению с пациентами, имеющими генотип GG по полиморфному маркеру 1846G>A гена CYP2D6 [1]. Šimić I. в своем исследовании описал клинический случай, когда пациенту был назначен 1 мг галоперидола и быстро развились тяжелые экстрапирамидные симптомы. Это было связано с одновременным применением ципрофлоксацина, который ингибировал CYP3A4, а также с тем, что пациент был медленным метаболитатором CYP2D6 [2].

Цель. Целью исследования было изучение влияния полиморфизма 1846G>A гена CYP2D6 на показатели эффективности и безопасности галоперидола у пациентов с острыми алкогольными галлюцинозами, с целью оптимизации терапии для снижения риска развития дозозависимых нежелательных лекарственных реакций (НЛР).

Материалы и методы. В исследовании принимал участие 71 пациент мужского пола с острыми алкогольными галлюцинозами (средний возраст – 40,3±14,4 лет). Для лечения применяли галоперидол в дозе 5-10 мг/сут. Профиль эффективности оценивали с помощью валидизированной психометрической шкалы PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Безопасность терапии оценивали при помощи международной валидизированной шкалы UKU (Side-Effect Rating Scale) и по шкале SAS (Simpson-Angus Scale for Extrapyramidal Symptoms). Генотипирование проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (ПЦР Real-time). Статистический анализ осуществлялся с помощью пакета прикладных программ «Statsoft Statistica v. 10.0» (Dell Statistica, Tulsa, OK, USA).

Результаты. По результатам исследования не были получены статистически значимые результаты в показателях оценки эффективности (динамика изменения баллов по шкале PANSS: генотип GG-13,00 [11,00; 17,00], генотип GA-15,00 [13,00; 17,00],  $p=0,421$ ). В показателях оценки безопасности статистически значимая разница была получена (динамика баллов по шкале UKU: генотип GG-8,50 [7,00; 10,00], генотип GA-12,00 [8,00; 19,00],  $p=0,009$ ; динамика баллов по шкале SAS: генотип GG-11,00 [9,00; 15,00], генотип GA-14,00 [12,00; 17,00],  $p=0,013$ ).

Обсуждение результатов. Результаты нашего исследования необходимо учитывать при назначении галоперидола пациентам с острыми алкогольными галлюцинозами, так как это позволит повысить эффективность терапии галоперидолом и снизить риск развития НЛР. Пациентам с генотипом GA по полиморфному маркеру CYP2D6 1846G>A стартовая доза галоперидола должна быть снижена на 25%, а гомозиготным носителям GG рекомендуется назначение галоперидола в стандартной терапевтической дозе. Согласно существующей инструкции DPWG по фармакогенетике галоперидола, для мутантных гомозигот рекомендуется 50% снижение стартовой дозы [3]. По данным нашего исследования было отмечено ухудшение профиля безопасности у гетерозиготных носителей, следовательно, необходима коррекция стартовой дозы галоперидола. Вероятно, коррекция необходима не столь выраженная, как в существующих рекомендациях для гомозиготных носителей.

Выводы. Таким образом, в исследовании на группе из 71 пациента с острыми алкогольными галлюцинозами, было продемонстрировано наличие ассоциации между полиморфизмом 1846G>A гена CYP2D6 (rs3892097) и показателя профиля безопасности терапии галоперидолом. Следовательно,

можно сделать вывод, что у пациентов с генотипом GA риск развития НЛР более высокий по сравнению с пациентами являющимися носителями генотипа GG.

## **МОЗГОВОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (BDNF, BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR) В ДИНАМИКЕ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**

**Перегуд Д.И., Корольков А.И., Баронец В.Ю., Лобачева А.С., Аркус М.Л., Игумнов С.А., Теребилина Н.Н.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*RELATIONSHIP BETWEEN BRAIN-DERIVED NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF) AND DYNAMICS OF ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME*

*Peregud D.I., Korolkov A.I., Baronets V.Y., Lobacheva A.S., Arkus M.L., Igumnov S.A., Terebilina N.N.*

Поиск и валидация объективных биологических маркеров выраженности синдрома отмены алкоголя (COA) и эффективности оказания соответствующей терапевтической помощи является актуальным направлением исследований в современной наркологии. Целью настоящей работы явилось определение уровня мозгового нейротрофического фактора (BDNF, brain-derived neurotrophic factor) в сыворотке крови лиц с синдромом зависимости от алкоголя в динамике COA, а также сопоставление полученных результатов с клинической картиной и эффективностью терапевтической программы. Концентрацию BDNF в сыворотке крови определяли с помощью иммуноферментного анализа на 2-ой, 8-ой и 21-ый день абстиненции. На 8-ой и 21-й день абстиненции проводили тестирование с использованием шкалы оценки состояния отмены алкоголя Клинического института фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar), Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю (PACS), шкалы депрессии Бека (BDI), шкалы Спилбергера-Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности STAI, шкалы оценки ангедонии Снайта-Гамильтона SHAPS и Монреальской когнитивной шкалы (MoCA). По мере редукции симптоматики COA наблюдалось достоверное повышение уровня BDNF в сыворотке крови: на 21 день абстиненции уровень BDNF был значительно выше значений на 2 и 8 день абстиненции. На 8 день абстиненции BDNF в сыворотке крови образует прямые корреляционные отношения с уровнем личностной тревожности измеренной с помощью шкалы Спилбергера-Ханина. Согласно множественному регрессионному анализу на 21 день абстиненции BDNF может предсказать выраженность тяги к алкоголю, установленной с помощью Пенсильванской шкалы влечения к алкоголю. Таким образом, содержание BDNF в сыворотке крови может выступать независимым прогностическим маркером успешности оказания помощи при терапии COA.

## **ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ**

**Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»  
Москва

*PERSONALIZED APPROACH TO REHABILITATION OF PATIENTS WITH PSYCHOSTIMULANT ADDICTION.*

*Poplevchenkov K.N., Agibalova T.V., Zastrozhin M.S., Buzik O.Zh.*

Цель исследования – разработка персонализированного подхода к реабилитации пациентов с зависимостью от психостимуляторов с учетом полиморфизма генов, контролирующих работу серотониновой системы головного мозга. Задачи исследования: 1) изучение полиморфных вариантов генов, контролирующих работу серотониновой системы головного у больных с зависимостью от психостимуляторов; 2) выявление взаимосвязи полиморфизма в генах, контролирующих работу серотониновой системы головного мозга, с эффективностью мотивационной работы, направленной на прохождение пациентами стационарной и амбулаторной реабилитации; 3) выявление взаимосвязи полиморфизма в генах, контролирующих работу серотониновой системы головного мозга, с длительностью ремиссий у больных с зависимостью от психостимуляторов.

Материалы и методы. В исследование вошло 325 пациентов с диагнозом зависимости от психостимуляторов, определенным по критериям МКБ-10, соответствующих критериям включения в исследование и подписавших информированное согласие. Критерии включения в исследование: 1) установленный диагноз «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина» (F 14.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением других психостимуляторов» (F 15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F 19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов); 2) мужчины и женщины в возрасте от 18 до 50 лет, этнически русские; 3) подписание информированного согласия. Критерии исключения из исследования: 1) пациенты с психическим расстройством и/или эндогенной психической патологией (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия); 2) пациенты с обострением неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытой формой туберкулеза; 3) пациенты с ВИЧ – инфекцией. Методы, используемые в исследовании: 1) клинико-психопатологический; 2) молекулярно-генетический; 3) анамнестические сведения от больных и их родственников; 4) данные катamnестического наблюдения; 5) статистический. Используемая документация: 1) истории болезни больных; 2) индивидуальная карта и протокол исследования; 3) данные генотипирования. Результаты. Больше всего было выявлено больных с зависимостью только от психостимуляторов (1-я группа, 74 человека – 24,2%). Больных с зависимостью от психостимуляторов и со сформированной зависимостью от каннабиноидов было 67 человек – 22%, 2-я группа. В 3-ю группу (44 человека – 14,4%) вошли больные с зависимостью от психостимуляторов и сформированной зависимостью от опиоидов (метадон, героин). В 4-ю группу вошло 48 пациентов (15,7%) употребляющих психостимуляторы сочетано с алкоголем. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7%), которые наряду с систематическим употреблением психостимуляторов, употребляли несколько ПАВ, и у них была сформирована зависимость от нескольких ПАВ одновременно. Шестую группу составили 47 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую коморбидную патологию. У 30 больных (64%) из 6 группы психиатрическая патология была представлена шизотипическим расстройством, у 10 человек (21%) был диагностирован депрессивный эпизод разной степени тяжести, у 7 пациентов (15%) наблюдалось генерализованное тревожное расстройство. У больных 2-5 групп психиатрическая патология была представлена расстройством личности (от 74,6 до 93% обследованных больных). У больных 1 группы расстройства личности встречались значительно реже – 37%. Чаще всего встречалось диссоциальное расстройство личности (F60.2 по МКБ-10). При анализе результатов генотипирования было установлено, что эффективность мотивационной работы направленной на прохождение реабилитации у больных с зависимостью от психостимуляторов связана с полиморфизмом в генах, контролирующих работу серотониновой системы головного мозга (SLC6A4 (rs3813034) – ген, кодирующий транспортер серотонина, rs6311 – ген, кодирующий рецептор к серотонину типа 2A, rs6318 – ген, кодирующий рецептор к серотонину типа 2C, rs6265 – ген, кодирующий нейротрофический фактор головного мозга). Длительность ремиссии после лечения у данных больных также связана с полиморфизмом в данных генах. Заключение. В результате исследования установлена взаимосвязь некоторых клинических характеристик пациентов с зависимостью от психостимуляторов, эффективностью мотивационной работы специалистов, направленной на прохождение пациентами программы реабилитации и полиморфизма в генах, контролирующих работу серотониновой системы головного мозга. Результаты исследования позволяют выделить персонализированные реабилитационные профили пациентов с зависимостью от психостимуляторов:

1-й профиль: больные с низким уровнем наследственной отягощенности, не имеющие расстройства личности, употребляющие только психостимуляторы. Наиболее эффективна мотивационная работа на прохождение стационарной и амбулаторной реабилитации, а также наиболее продолжительные ремиссии наблюдаются у больных с генотипами SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипами GA и AA гена HTR2A (rs6311); генотипом G гена HTR2C (rs6318); генотипом GG гена BDNF (rs6265).

2-й профиль: больные с высокой наследственной отягощенностью, имеющие расстройство личности, употребляющие психостимуляторы и другие ПАВ. Наиболее эффективна мотивационная работа на прохождение стационарной и амбулаторной реабилитации, у больных с генотипами SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипами GA и AA гена HTR2A (rs6311); генотипом G гена HTR2C (rs6318); генотипом GG гена BDNF (rs6265). Наиболее продолжительные ремиссии наблюдаются у больных, употребляющих психостимуляторы с каннабиноидами, с генотипами LL гена SLC6A4 (rs3813034) и генотипом GG гена BDNF (rs6265). Наиболее продолжительные ремиссии наблюдаются у больных, употребляющих вместе с



психостимуляторами опиоиды, алкоголь и сразу несколько ПАВ, с генотипами SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипом GG гена HTR2A; генотипами CG и C гена HTR2C (rs6318); генотипами GA и AA гена BDNF (rs6265).

3-й профиль: больные с высокой наследственной отягощенностью, имеющие коморбидную патологию (шизотипическое расстройство, депрессивный эпизод, генерализованное тревожное расстройство), употребляющие психостимуляторы. Наиболее эффективна мотивационная работа на прохождение стационарной и амбулаторной реабилитации, у больных с генотипами SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипами GA и AA гена HTR2A (rs6311); генотипом G гена HTR2C (rs6318); генотипом GG гена BDNF (rs6265). Наиболее продолжительные ремиссии наблюдаются у больных с генотипами SL и SS гена SLC6A4 (rs3813034); генотипом GG гена HTR2A (rs6311); генотипами CG и C гена HTR2C (rs6318); генотипами GA и AA гена BDNF (rs6265).

## **АССОЦИАЦИЯ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ АЛКОГОЛЯ И ОПИАТОВ С АНГЕДОНИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ СНА**

**Рыбакова К.В. (1), Гончаров О.В. (1), Ветрова М.В. (2), Нечаева А.И. (1), Крупицкий Е.М. (1,2)**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России (1); ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России (2)  
Санкт-Петербург

### *ASSOCIATION OF RELAPSE IN PATIENTS WITH ALCOHOL AND OPIOID DEPENDENCE WITH ANHEDONIA AND SLEEP SCORES*

*Rybakova K.V. (1), Goncharov O.V. (1), Vetrova M.V. (2), Nechaeva A.I. (1), Krupitsky E.M. (1,2)*

**Цель:** Динамическая оценка показателей сна у пациентов с синдромами зависимости от алкоголя или опиатов для определения факторов риска рецидива в раннем периоде ремиссии.

**Методы.** 24-недельное проспективное когортное исследование 150 пациентов, госпитализированных с диагнозом психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (F10.2, F10.30, n=100, группа АЗ) или опиоидов (F11.2, F11.30, n=50, группа ОЗ) с нарушениями сна ( $\geq 8$  баллов Индекса Тяжести Инсомнии). Показатели сна оценивались на основании самоотчета и актиграфии. Регрессионные модели применялись для оценки динамики сна, определения взаимосвязи между сном и срывом/рецидивом, а также сном и ангедонией.

**Результаты.** Качество сна улучшалось, а продолжительность сна увеличивалось за время наблюдения в обеих нозологических группах ( $p < 0,001$ ). В группе АЗ низкое качество сна (балл  $> 5$  по Питтсбургскому опроснику) обуславливало повышение риска срыва, рецидива или выбывания из исследования в 9 раз (95% ДИ 4,27; 17,30), а в ОЗ в 2 раза (95% ДИ 1,10; 5,17). Более высокий риск срыва был среди больных, у которых сон начинался после 12 часов ночи (данные актиграфов), как в группе АЗ (ОР = 2,01; 95%ДИ 1,00; 4,06), так и в ОЗ (ОР = 11,23; 95% ДИ 3,05; 41,27). В группе АЗ меньшее количество часов общего и медленного сна, а также меньшее отношение медленного сна к быстрому (данные актиметрии) обуславливали увеличение риска срыва на 23,5%, 35,6% и 63,4%, соответственно ( $p < 0,001$ ). Выявлена взаимосвязь между низким качеством сна и отсутствием интереса к жизни ( $F = 46,85$ ,  $p < 0,001$ ), а также отсутствием удовольствия от жизни ( $F = 52,84$ ,  $p < 0,001$ ).

**Заключение:** Качество, время начала и продолжительность сна, в особенности – медленного сна, являются факторами, влияющими на становление ремиссии после купирования синдрома отмены у пациентов с зависимостью от алкоголя или от опиоидов. В течение нескольких недель после детоксикации качественные и количественные показатели сна постепенно улучшаются. Выраженность ангедонии связана с нарушениями сна, и, вероятно, является одним из факторов, обуславливающих рецидив заболевания у больных с зависимостью от алкоголя или опиатов.

## ПСИХОЗЫ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Северцев В.В. (1), Винникова М.А. (1,2)

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский  
Университет), кафедра психиатрии и наркологии (1);

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (2)

Москва

*PSYCHOTIC DISORDERS ASSOCIATED WITH SYNTHETIC CATHINONES USAGE: CLINICAL FEATURES AND  
APPROACHES TO TREATMENT*

*Severtsev V.V. (1), Vinnikova M.A. (1,2)*

Введение: Синтетические катиноны (SCath) – это группа психоактивных веществ (ПАВ), известная под уличным названием «соли», которые относятся к «дизайнерским» или «новым» наркотикам. SCath преимущественно обладают свойствами, схожими с «классическими» стимуляторами, однако, обращает на себя внимание их способность вызывать психозы, которые по своим клиническим проявлениям далеко не всегда укладываются в рамки классического представления об интоксикационных психозах.

Цель исследования: изучить и систематизировать психопатологические и клинико-динамические особенности психотических расстройств, связанных с употреблением синтетических катинонов, на основании полученных данных оптимизировать подходы к терапии.

Материалы исследования: В исследование было включено 176 пациентов, из них 64,8% (n=114) составили мужчины и 35,2% (n=62) – женщины. Медиана возраста составила 27 лет (22–32 (Q1–Q3)). Пациенты были разделены на исследуемую группу (Psy) и контрольную (Control) в зависимости от наличия психотического расстройства. Основная группа (Psy) составила 96 человек, а контрольная группа (Control) составила 80 человек. Медиана возраста составила 30 (23–34 (Q1–Q3)) лет в группе Psy и 25 (21–30 (Q1–Q3)) лет в группе Control. 65,9% (n=116) пациентов были госпитализированы в отделение острых отравлений с диагнозом: «Т40.9 Отравление неустановленными психодислептиками», 10,2% (n=18) в отделение неотложной наркологической помощи с диагнозом: «F15.5 Психотическое расстройство, вызванное употреблением стимуляторов», 23,8% (n=42) в линейное отделение с диагнозом: «F15.2 Синдром зависимости от стимуляторов».

Методы исследования: клинико-психопатологический, параметрический, химико-токсикологический, статистический. Для оценки состояния использовались шкалы и опросники: Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20), Brief Psychiatric Rate Scale (BPRS), World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF). Химико-токсикологический анализ производился путем газовой хромато-масс-спектрометрии (ГХ-МС). Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.5.8 (разработчик - ООО «Статтех», Россия). Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, описывались с помощью средних арифметических величин (M) и стандартных отклонений (SD), границ 95% доверительного интервала (95% ДИ). В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью медианы (Me) и нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей.

Результаты: Наследственная отягощенность психическими заболеваниями не оказывала влияния на частоту развития психоза. Патология беременности и способ родоразрешения не оказывали влияния на частоту развития психоза. В контрольной и исследуемой группах была выявлена статистически значимая разница в медиане возраста при включении в исследование: 30 лет (23 – 34) в Psy и 25 лет (21 – 30) в Control (p<0,001). Пациенты более старшего возраста были сильнее подвержены развитию психоза. В гендерном составе группы не имели различий: в Psy мужчины составили 61,2% (n=60), а женщины 38,8% (n=38); в Control мужчины составили 69,2% (n=54), женщины 30,8% (n=24) (p=0,489). На частоту развития психоза влияла длительность употребления ПАВ. Ежедневное употребление ПАВ более месяца подряд в 75,0% случаев приводило к развитию психоза, а ежедневное употребление от 1 до 14 дней в 50% случаев (p=0,030). На развитие психоза влиял и вид употребляемого ПАВ. Чаще всего к развитию психотической симптоматики приводило употребление альфа-пировалерона (a-pvr) или смесей его содержащих: 63,0% (n=58) и 61,5% (n=16), соответственно (p=0,010).

Психозы имели различную психопатологическую структуру. По ведущей симптоматике было выделено 3 варианта. 1-й вариант – делириозный (Delirium tremens (DT)), клинически проявлялся характерной

триадой – помрачением сознания, яркими галлюцинаторными переживаниями и сомато-вегетативными нарушениями. 2-й вариант – бредовый (Delusion (Del)), клинически проявлялся острым чувственным бредом параноидного характера. 3-й вариант – полиморфный (Polymorphic (Poly)), клинически проявлялся шизофреноподобной симптоматикой (психические автоматизмы, псевдогаллюцинации и др.), галлюцинаторно-бредовыми и аффективными расстройствами. Характерной особенностью всех психозов, связанных с SCath было психомоторное возбуждение. По частоте встречаемости преобладал 1-й вариант психоза (DT), он наблюдался у 55,1% (n=54) пациентов; на втором месте – 3-й вариант (Poly), он наблюдался у 24,5% (n=24) пациентов; наиболее редким был 2-й вариант (Del), он наблюдался у 20,4% (n=20) пациентов. Чаще психозы развивались в интоксикации – 100,0% при DT; 90% (Del); 75,0% (Poly). Del форма в 10% (n=2) развилась в период абстинентного синдрома. При варианте Poly в 8,3% случаев психоз развился на фоне трезвости более 10 суток, в 16,7% случаев – в абстинентном синдроме. Тяжесть психоза оценивалась по шкале BPRS: медиана подгруппы DT составила 80 баллов, а в подгруппах Del и Poly – 62 и 66, соответственно (p=0,002). Психозы DT были самыми тяжелыми (это видно по шкале BPRS), в связи с чем в этой подгруппе 70,4% (n=38) пациентам потребовалось лечение в условиях отделения реанимации (p=0,001). В условиях отделения реанимации проходили лечение в группе Psy – 69,7% (n=46), а в группе Control 30,3% (n=20) (p=0,004). Психозы различались по длительности течения: форма DT чаще всего купировалась в течение 1 (1–3) суток; в Del и Poly психозы были дольше: 8 (1–23) суток и 10 (3–21) суток, соответственно (p<0,001). Динамика психопатологической симптоматики была различной: медиана баллов по BPRS к 10м суткам в подгруппах Del и Poly была выше и составила 41 (30–46) и 44 (33–50) балла, а в подгруппе DT 34 (30–38) (p=0,023). То есть, в DT психотическая симптоматика купировалась быстрее, чем в Del и Poly. У пациентов основной группы после выхода из психоза наблюдался более выраженный астенический синдром: по шкале астении (MFI-20) 50 (39–63) баллов в Psy, 46 (39–63) баллов в Control (p=0,025). Однако в подгруппах эти различия были более значимы. По шкале MFI-20 медиана составила: для Poly – 64 (52–78) балла, для Del – 52 (39–65), и 47 (36–54) для DT (p=0,004). Физическое и психологическое самочувствие по WHOQOL пациенты в подгруппе Poly оценивали ниже, чем в других двух подгруппах. Физическое самочувствие: 53 (48–64) балла в Poly 75 (56–88) баллов в Del и 69 (52–81) баллов в группе DT (p=0,018); Психологическое самочувствие: 47 (24–59) баллов в подгруппе Poly, 56 (50–69) в Del и 69 (56–75) в DT (p=0,001).

В рамках этого исследования было выделено четыре лечебные тактики: дезинтоксикационная терапия без применения седации (ДЗ), дезинтоксикация в сочетании с типичными нейролептиками (ТН), дезинтоксикация в сочетании с атипичными нейролептиками (АН), дезинтоксикация с пропифолом (ПР). Применение лечебных тактик в группах был следующим: в Control: ДЗ 82,1% (n=64), ПР 17,9% (n=14); Psy: ДЗ 33,7% (n=33), ТН 27,6% (n=27), АН 14,3% (n=14), ПР 24,5% (n=24). В подгруппе DT: ДЗ 40,7% (n=22), ТН 25,9% (n=14), ПР 33,3% (n=18); Del: ДЗ 50,0% (n=10), ТН 20,0% (n=4), АН 30,0% (n=6); Poly: ДЗ 4,2% (n=1), ТН 37,5% (n=9), АН 33,3% (n=8), ПР 25,0% (n=6). Длительность лечения при разных тактиках значимо различалась: ДЗ 1 (1–3) день, ТН 3 (1–7) дня, АН 20 (16–29) дней, ПР 2 (1–4) дня. Все методы лечения были одинаково эффективными и демонстрировали значимое уменьшение психотической симптоматики, что отражалось в уменьшении баллов по BPRS. При тактике АН отмечались более высокие баллы по MFI-20 и более низкие по шкале психологического благополучия WHO-QOL на 10е сутки, чем остальных групп. Это связано с меньшей длительностью лечения при использовании других тактик. Применение пропифола было чаще ассоциировано с применением ИВЛ (73,7% (n=28)), тогда как применение других тактик лечения никогда не приводило к применению ИВЛ. На данном этапе исследования делать выводы о причинно-следственных связях делать сложно и лечение таких состояний требует дальнейшего изучения.

Выводы: Психотические расстройства, связанные с SCath – гетерогенная группа психозов, с тремя характерными формами: делириозной, бредовой и полиморфной. Обнаружена связь между развитием психоза и употреблением а-рвр. Фактором риска развития психоза является длительность ежедневного употребления. В большинстве случаев психозы возникают в интоксикации, однако, полиморфная и бредовая формы могут развиваться в абстинентном синдроме и даже после 10-дневной трезвости. Наиболее часто встречается делириозная форма психоза, она хорошо поддается лечению и чаще всего купируется в рамках трех суток. Бредовая и полиморфная формы чаще требуют более длительного лечения, улучшение наступает к 8 (Del) и 10-м (Poly) суткам. Полиморфную форму можно считать прогностически неблагоприятной, так как при ней дольше всего сохраняется психотическая симптоматика, постпсихотические астенические расстройства более выражены. Все сравниваемые лечебные тактики эффективны, применение атипичных нейролептиков ассоциировано с большей

длительностью лечения, а использование пропосола с переводом пациентов на ИВЛ. Выводы о лечебных тактиках предварительны, требуются дальнейшие исследования.

## ПЬЮЩИЕ ВРАЧИ: КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ И ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ?

Сиволап Ю.П.

ООО «Лечебный центр»

Москва

*DRINKING PHYSICIANS: WHAT DOES IT LOOK LIKE AND WHAT TO DO ABOUT IT?*

*Sivolap Y.P.*

Алкогольная зависимость или, в соответствии с терминологией DSM-5, расстройство употребления алкоголя (alcohol use disorder) во врачебной среде представляет серьезную проблему мирового здравоохранения в связи с двумя типами неблагоприятных последствий: ухудшением здоровья врачей и снижением качества оказываемой при их участии медицинской помощи.

Факторы, предрасполагающие к злоупотреблению алкоголем и другим психоактивными веществами в профессиональных медицинских сообществах, достаточно неспецифичны и включают аддиктивные расстройства и другие психические нарушения в собственной и семейной биографии, жизненные невзгоды и вызванные ими психические травмы, повышенную психическую уязвимость, недостаточные навыки преодоления стресса без помощи психоактивных веществ, семейное неблагополучие (например, плохие супружеские отношения или вдовство), текущие психические расстройства, а также внутренние болезни, особенно если последние сопровождаются болями.

В формировании алкогольной зависимости играют роль такие личностные особенности и психологические факторы, как сниженная самооценка, перфекционизм, неудовлетворенные амбиции и профессиональное выгорание.

Специфическими для врачей факторами, способствующими злоупотреблению алкоголем и другим психическим расстройствам, служат чрезмерные профессиональные нагрузки, высокий уровень стресса, депривация сна (в том числе связанная с ночными дежурствами), наблюдение тяжелых травм и смертей, диагностические и этические трудности, неудачи в лечении пациентов, юридические проблемы, недостаточная поддержка в коллективе, а также нарушенный баланс между работой и обычной жизнью [Latt N., et al., 2009].

Как и у любых людей, пристрастие к алкоголю у врачей часто сочетается с другими психическими расстройствами, что приводит к возникновению коморбидных пар по типу двойного диагноза (dual diagnosis), к наиболее частым формам которого относится сочетание расстройства употребления алкоголя и большого депрессивного расстройства.

Критическое значение для ухудшения профессиональной врачебной деятельности имеет вызванный алкоголем нейрокогнитивный дефицит, в том числе нарушения памяти и внимания, поверхностный характер оценок, отсутствие должной глубины мышления и снижение способности к логическому анализу; положение может усугубляться компенсаторно завышенной самооценкой. Перечисленные феномены способны сказываться на точности диагностики и выборе оптимальных методов лечения, а также – при сопутствующих нарушениях нейромоторики – на качестве и безопасности инструментальных диагностических манипуляций и хирургических вмешательств.

T.J. Toney-Butler и D. Siela (2019) утверждают, что угроза безопасности пациентов наиболее высока при оказании экстренной медицинской помощи, требующей быстрых и точных врачебных решений.

Помощь врачам, испытывающим трудности с алкоголем, нередко затруднена в связи с тем, что те скрывают свои проблемы, опасаясь стигматизации, остракизма, потери работы или понижения в должности либо утраты врачебной практики. Кроме того, серьезным препятствием к получению помощи служат психологические защиты, в том числе рационализация употребления алкоголя, отрицание и минимизация в оценке тяжести собственных расстройств, отсутствие специальных знаний, а также самостоятельная диагностика и самостоятельное (как правило, неудачное и часто небезопасное) лечение.

R.M. Geuijen и соавторы (2022) в исследовании с участием 1685 врачей общей практики в Нидерландах показали, что одним из барьеров для получения медицинской помощи врачами, злоупотребляющими психоактивными веществами, является негативное восприятие их коллегами, в основе которого лежат разные факторы, в том числе недостаточная осведомленность о болезни.

Авторы подчеркивают важность неосуждающей и ненаказующей поддержки со стороны коллег при обращении врачей за наркологической помощью и положительного имиджа предлагаемых терапевтических программ.

M.R. Oreskovich и соавторы (2015) провели одно из наиболее крупных исследований расстройств употребления психоактивных веществ в США с приглашением к участию 27 276 врачей, из которых завершили исследование 7 288 человек (26,7%), констатировали диагностические признаки расстройства злоупотребления алкоголем у 12,9% мужчин и 21,4% женщин; следует сказать, что отмеченное соотношение полов нетипично для наркологической практики, в которой количество обратившихся за помощью мужчин существенно превосходит количество женщин.

Авторы делают вывод, что злоупотребление алкоголем в медицинской среде представляет серьезную проблему американского здравоохранения, указывают на необходимость как можно более раннего выявления алкогольных проблем со своевременным вмешательством и включением в лечебные программы в тех случаях, когда это необходимо, и вдобавок высказывают весьма примечательное и неожиданное суждение о том, что прогноз аддиктивных расстройств у врачей следует расценивать как «исключительно благоприятный» (extremely high).

Процитированное суждение согласуется с мнением цитированных выше N. Latt и соавторов (2009), утверждающих (в том числе на основании собственных данных), что тщательное медицинское наблюдение позволяет добиться «прекрасных результатов» (wonderful outcomes) у врачей, испытывающих трудности с психоактивными веществами, с впечатляющими 75 процентами пятилетней ремиссии, «немыслимыми» (unthinkable) в практике лечения любых других пациентов наркологической клиники, а также наблюдениями M.D. Seppala и K.H. Berge (2010), которые сообщают об успешном применении в США и Канаде специальных программ психиатрической помощи врачам с психическими расстройствами, в том числе с расстройством употребления алкоголя – Minnesota Health Professionals Services Program and Physicians Serving Physicians («Врачи помогают врачам») с достижением «впечатляющих показателей выздоровления» (remarkable recovery rates).

Приведенные данные, которые легко могут быть экстраполированы на российское врачебное сообщество, показывают, что расстройство употребления алкоголя у врачей представляет собой немаловажную и в то же время в значительной степени поддающуюся разрешению проблему клинической медицины.

Смягчение проблемы злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами во врачебной среде может достигаться благодаря уменьшению влияния модифицируемых факторов риска (например, улучшению атмосферы и усилению коллегиальной поддержки в медицинских коллективах), дестигматизации аддиктивных расстройств, их раннему выявлению и возможности получения помощи со стороны коллег без ущерба для репутации и профессиональной карьеры.

Представляется весьма перспективным применение в российском здравоохранении программ помощи врачам, показавших высокую эффективность в зарубежных медицинских сообществах.

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ВАРИАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Сидорова Е.Ю., Асадуллин А.Р.**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*GENETIC ASSOCIATIONS OF SUICIDAL BEHAVIORS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

*Sidorova E.Yu., Asadullin A.R.*

Актуальность. Ежегодная смертность в мире от самоубийств составляет 14,5 самоубийств на 100 000 человек, что составляет примерно одну смерть каждые 40 секунд [4]. Согласно статистическим данным, уровень самоубийств в Российской Федерации в конце прошлого века значительно превышал критический уровень (41,5 случая в 1995 году, 48,9 летальных случаев в 2008 году) и имел тенденцию к сохранению высокого до конца первого десятилетия XXI века [3]. Частота суицидов в России в 2018 г. составила 12,2 на 100 тыс. населения [3], а в 2019 году она соответствует коэффициенту 11,6 на 100 тыс. населения, однако приведенные данные не исключают важность дальнейшего изучения этой проблемы [1]. Суицидальное поведение часто формируется структуре психических расстройств и расстройств, вызываемых потреблением алкоголя [6]. Среди лиц, зависимых от психоактивных веществ, особенно

велик риск развития суицидальных мыслей и попыток [2]. Более 40% всех пациентов, обращающихся за лечением от алкогольной зависимости, сообщают о суицидальной попытке в какой-то момент своей жизни [5]. Ряд научных работ доказывают связь генетического компонента и изменений функционирования нейромедиаторных систем головного мозга с суицидальным поведением, однако в настоящее время существует недостаточное количество таких исследований, поэтому целесообразно рассмотрение данной проблемы, учитывая ее актуальность и распространённость в мире.

Цель – определить генетические ассоциации полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) с формами суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью.

Задачи:

1. Определить наиболее характерные формы суицидального поведения у пациентов с алкогольной зависимостью.
2. Исследовать ассоциации суицидального поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя и носительства полиморфных вариантов генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497).

Материалы и методы. В исследование было включено 307 пациентов, проживающих на территории Республики Башкортостан, госпитализированных в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №2» МЗ РБ (г. Стерлитамак) и ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер №1» МЗ РБ (г. Уфа) в период с 2019 по 2021гг. Средний возраст пациентов составил  $42,48 \pm 7,8$  года. Среди включенных в исследование: 21,1% (65/307) – женщины, 79% (242/307) – мужчины, что в целом соответствует распределению по полу в общей популяции среди страдающих алкогольной зависимостью.

Исследование проводилось на базе Республиканского наркологического диспансера №1 города Уфы (Республика Башкортостан), Республиканского наркологического диспансера №2 города Стерлитамак (Республика Башкортостан). Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе центра персонализированной психиатрии и неврологии НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева (Санкт-Петербург).

Генетическое тестирование: определение полиморфных вариантов генов происходило с помощью метода полимеразной цепной реакции в реальном времени.

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

Результаты. В исследуемой выборке наличие суицидальных тенденций было выявлено у 25% пациентов (77/307). Среди них 43% (33/77) были отнесены к пациентам с внешними и внутренними формами суицидального поведения, у 57% (44/77) отмечались только внутренние формы суицидального поведения.

В дальнейшем был проведен частотный анализ носительства различных генотипов указанных генов MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) у лиц с внутренними и внешними формами суицидального поведения с применением критерия Хи-квадрат Пирсона.

Были обнаружены следующие закономерности: у носителей генотипа ТТ гена MTNR1A чаще встречались внешние формы суицидального поведения в анамнезе, чем у носителей других генотипов (21,8% и 9,4% соответственно; Хи квадрат=4,609;  $p=0,032$ ). Также, для носительства генотипа СС гена DRD2 (rs1800497) характерна меньшая частота встречаемости внешних форм суицидального поведения, чем для носительства других генотипов (15,4% и 7,5% соответственно; Хи квадрат=4,222;  $p=0,04$ ). Также обнаружена тенденция к меньшей встречаемости всех форм суицидального поведения у носителей генотипа СС (Хи квадрат=3,379;  $p=0,066$ ). Ассоциаций носительства генов CLOCK (rs1801260), MTNR1B (rs10830963) с суицидальным поведением не обнаружено.

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

С повышенным риском внешних форм суицидального поведения у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя ассоциируется носительство генотипа ТТ гена MTNR1A (rs34532313).

## ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОСКВЕ В 2019-2021 ГГ.

Смирнов А.В., Петухов А.Е., Ненастьева А.Ю.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*INDICATORS FOR THE IDENTIFICATION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN MOSCOW IN 2019-2021*

*Smirnov A.V., Petuhov A.E., Nenasteva A.Yu.*

Современная сложная и динамичная реальность в области незаконного оборота наркотических средств (НС), психотропных веществ (ПВ) и иных психоактивных веществ (ПАВ) предопределяет необходимость проведения исследований по определению скрытого уровня их потребления в мегаполисах и регионах. Система раннего оповещения могла бы помочь в проведении мониторинга нелегального рынка и перейти к упреждению негативных последствий наркологических заболеваний. Это позволит объективно отражать ситуацию с потреблением НС, ПВ и ПАВ, выявлять возможные негативные тенденции развития наркоситуации и своевременно вырабатывать предложения по ее улучшению.

Цель настоящего исследования явилось изучение скрытого уровня потребления ПАВ в Москве. В задачи исследования входил сравнительный анализ данных, характеризующих уровень скрытого потребления ПАВ в Москве в течение последних 3-х лет.

Материалы и методы. Учитывались случаи выявления НС, ПВ и иных ПАВ по результатам проведенного химико-токсикологического исследования (ХТИ) среди: лиц, направленных на медицинское освидетельствование на состояние опьянения; пациентов, проходивших лечение в токсикологических центрах и отделениях многопрофильных стационаров по поводу отравления ПАВ; пациентов наркологических стационаров, проходивших лечение по поводу зависимости от ПАВ; лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и направленных на ХТИ по результатам социально-психологического тестирования; лиц, употребление ПАВ у которых было выявлено сотрудниками учреждений социальной защиты населения.

В соответствии с целью и задачами исследования по определению скрытого уровня потребления ПАВ в Москве были проанализированы результаты 53814 положительных проб на разные виды ПАВ. Все ХТИ биологических объектов проводились с использованием как минимум двух независимых методов анализа. При проведении предварительных (скрининговых) исследований использовались портативные иммунохимические анализаторы, обеспечивающие регистрацию и количественную оценку результатов. Для подтверждающих исследований применялись методы: газовой хроматографии с масс-селективным детектированием, газовой хроматографии с тандемным масс-селективным детектированием, высокоэффективной жидкостной тандемной хромато-масс-спектрометрии.

Результаты исследования. В течение последних лет в Москве отмечены следующие общие тенденции нелегального потребления ПАВ: существенно сокращается потребление опиатов (героина), постоянно увеличивается потребление новых ПАВ из числа синтетических катинонов - преимущественно альфа-пирролидиновалерофенона (α-PVP) и мефедрона. Другие катиноны (MDPV, 4-метилэтилкатинон, 4-метилкатинон и новый α-PHP (альфа-пирролидиногексифенон)) в Москве встречаются редко. Синтетические катиноны в 2021 году стали «лидерами» как по выявляемости среди всех НС, ПВ и ПАВ, так и приросту потребления за последние 3 года, составившему 216,6%: с 2250 до 7124 положительных проб. Значительное количество случаев обнаружений синтетических катинонов приходится на пациентов, поступающих в отделения реанимации и интенсивной терапии.

НС каннабиноидной группы в настоящее время занимают второе место по частоте выявляемости, их доля в общем количестве положительных проб на ПАВ за последние 3 года существенно не изменилась. Выявление синтетических каннабиноидов в Москве за рассматриваемый период сократилось в 6 раз: в 2021 г зафиксировано всего 10 случаев (в 2020г. – 25, в 2019 г - 63); за последние 6 лет их выявление сократилось более чем в 50 раз.

Обнаружение в биопробах барбитуратов, метадона и кокаина в последние годы существенно не меняется. Однако в 2021 году эти группы веществ стали выявляться чаще на 10-15%, это связано с общим увеличением количеств биопроб, поступивших на ХТИ.

В 2021 году количество случаев обнаружения иных наркотиков, которые относятся к категории труднообнаруживаемых, не превысило 1% среди общего количества положительных проб. Так, ЛСД обнаружен в 68 пробах (в 2020 г. – в 44), дизайнерские галлюциногены, производные NBOMe в 3 (в 2020 г. – в 9), гаммабутиролактон в 674 (в 2020 г. – в 551), псилоцин в 4 (в 2020 г. – в 6). Обеспокоенность

вызывает ежегодный рост случаев потребления гаммабутиролактона, обнаруживающегося у пациентов, поступающих на лечение в отделения токсикореанимации и/или интенсивной терапии различных ЛПУ ДЗМ как «неизвестный/ая». Обнаружение в моче псилоцина (всего 10 случаев за 2 года) вследствие потребления псилоциновых грибов относится к прорыву в области ХТИ благодаря внедрению в 2020 г новой методики в ХТИ-скрининг (автор методики врач зав. ХТЛ Петухов А.Е.), ранее в лабораториях РФ псилоцин в моче не обнаруживался. Все вышеперечисленные и другие наркотики не определяются предварительными тестами, их идентификация возможна только с применением подтверждающего метода жидкостной хроматографии-тандемной масс-спектрометрии (ВЭЖХ/МС/МС).

За последние годы в Москве сохраняется проблема употребления с немедицинскими целями некоторых лекарственных препаратов (ЛП), обладающих психотропным действием. Частота их выявления в изучаемый период остается высокой. Наиболее часто с немедицинскими целями использовались: прегабалин, тропикамид, трамадол, габапентин, баклофен, фенибут, феназепам, дицикловерин, циклопентолат. В сравнении с 2019г наблюдается снижение случаев выявления отдельных ЛП: прегабалина – с 1254 до 583 (снижение в 2,2 раза), тропикамида – с 901 до 167 (снижение в 5,4 раза), трамадола – с 893 до 736 (снижение в 1,2 раза), баклофена – с 344 до 311 (снижение в 1,1 раза), феназепама – с 980 до 800 (снижение в 1,2 раза). В то же время увеличилось потребление фенибута - с 365 до 467 (прирост в 1,3 раза), габапентина - с 122 до 301 (прирост в 2,5 раза). Динамика снижения выявляемости ряда ЛП объясняется внесением их в списки сильнодействующих веществ и усилением мер контроля за их оборотом. В то же время участились случаи выявления алпрозолама, который употребляется молодежью в клубной среде: 36 случаев в 2021 г, против 16 в 2020 г., который также отнесен в списки сильнодействующих веществ.

Полученные данные о выявленных по результатам ХТИ ПАВ, в целом, согласуются со сведениями официальной статистики по распространенности общей и первичной заболеваемости наркоманией в Москве. Так, тенденция снижения заболеваемости опиоидной наркоманией подтверждается более чем 2-кратным уменьшением выявляемости опиоидов. Однако, увеличение выявляемости синтетических катинонов, барбитуратов и ЛП в Москве за последние годы, свидетельствует о скрытом росте заболеваемости (от пагубного употребления до синдрома зависимости от данных видов ПАВ), находящемся пока вне поля зрения наркологической службы Москвы.

## **АЛКОГОЛЕФИЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ**

**Соловьев А.Г., Дьячков А.А.**

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»

Минздрава России

Архангельск

*ALCOHOL-DRINKING INSTALLATIONS OF THE RUSSIAN ARCTIC TERRITORIES POPULATION*

*Soloviev A.G., Dyachkov A.A.*

В совокупность психических расстройств населения арктических территорий России немалую лепту вносит развитие алкогольной зависимости. Один из крупных регионов арктической зоны Европейской части РФ - Архангельская область – является уникальной территорией с наркологических позиций. В значительно меньшей степени она подвержена наркотическим воздействиям в связи с особенностями географического расположения, невысоким социально-экономическим статусом, климатическим своеобразием с невозможностью выращивания растительного наркосырья и отсутствием предприятий по его переработке. Вместе с тем, область является ярким представителем «алко-территории» арктической зоны страны, что проявляется в исторических и традиционных особенностях отношения населения к алкоголизации, а также некоторых социальных и культуральных аспектах.

Социальное поведение населения в арктических территориях нередко имеет алкоголефильные установки. Субъективные и объективные объяснения этому связаны с климатическими условиями: выраженная алкоголизация в зимний период с преимущественным потреблением крепких напитков в больших дозах, ростом запойного пьянства и, как следствие, большой частотой алкогольных психозов. Противоположная ситуация складывается в летне-осеннее время: длительные отпуска и отъезды семьями в средние и южные территории имитируют абсолютное снижение потребления спиртных



напитков. Значительное снижение обращений за наркологической помощью отмечается и в начале осени – в период сбора лесных даров – грибов и ягод.

Алкоголизация в сельских и отдаленных районах характеризуется массивной семейной алкоголизацией, как минимум по типу «воскресного пьянства», с сокрытием алкогольных проблем – как своих, так и родственников, в том числе и у лиц пожилого возраста, с последующими манифестациями или осложнениями соматических проблем, с частой госпитализацией и ростом алкоголь-атрибутивной заболеваемости и смертности [2].

Важной социальной особенностью алкоголизации в северных территориях населения является потребление незарегистрированного алкоголя, как домашнего изготовления, так и технических этиловых спиртов (гидролизного, сульфитного) – побочных продуктов производства деревообрабатывающей, гидролизной и химической видов промышленности.

Формальная антиалкогольная/антитабачная работа с молодежью при высокой частоте потребления подростками обоих видов легальных психоактивных веществ привносится нивелированием гендерных различий и постепенным омоложением групп наркологического риска, повышающим степень девиантного поведения молодежи [1].

Вышеизложенное заставляет пересматривать сложившиеся направления оказания наркологической помощи населению арктических территорий с превалированием медицинской составляющей. Перспективным является развитие межведомственных медико-социальных и психологических профилактических подходов с учетом необходимости вовлечения врачей общей практики и представителей социальных служб, особенно в сельских территориях. Важным компонентом реабилитационной помощи можно считать и религиозную составляющую в традиционном семейном укладе на Крайнем Севере с наличием высокого уровня интеграции населения вокруг православной церкви, что связано с социально-культурными традициями и особой ценностью семьи и родственных отношений.

## **ГОДЫ ПОТЕРЯННОЙ ЖИЗНИ С УЧЕТОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИСА В РОССИИ**

**Сошников С.С.**

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

Москва

*DISABILITY ADJUSTED LIFE YEARS LOST FROM CANNABIS USE DISORDERS IN RUSSIA*

*Soshnikov S.S.*

Актуальность. Употребление каннабиса, в том числе медицинского каннабиса, запрещено в России. Незаконный статус может объяснить отсутствие когортных исследований и исследований по типу случай-контроль, для изучения воздействия каннабиса на здоровье населения на популяционном уровне. Исследования черного рынка в интернете «DarkNet», а также статистика полиции и судов показывают, что черный рынок запрещенных наркотиков, в том числе каннабиса широко представлен в каждом ее регионе Российской Федерации. При этом, официальная статистика поставляет данные о распространенности вредных последствий от употребления каннабиса со смещением, поскольку они собираются из государственной наркологической службы. До сих пор в России не проводилось эпидемиологического исследования бремени для здоровья от наркотиков, которое бы предоставило данные, выраженные в годах потерянной жизни с учетом инвалидности (DALY) на национальном уровне. Единственный способ решить эту проблему – использовать исследование глобального бремени болезней (ГББ), которое предоставляет наилучшие доступные данные на глобальном, региональном и национальном уровнях для интерпретации результатов моделирования для вреда для здоровья на популяционном уровне, вызванного каннабисом. Методы. Мы извлекли результаты исследования ГББ для оценки DALY, связанных с расстройствами, связанными с употреблением каннабиса, для мужчин и женщин в России в абсолютных числах. Доверительные интервалы (ДИ) рассчитывались в ходе гауссовского регрессионного анализа, с использованием причин смерти и их весовых коэффициентов инвалидности. DALY, рассчитанные на основе количества лет жизни, потерянных в результате смерти (YLL), суммируются с годами, потерянными из-за инвалидности (YLD), наблюдаемыми в результате сопутствующей патологии, вызванной курением каннабиса или другим способом его употребления.

Оценки распространенности и бремени расстройств, связанных с употреблением каннабиса, с разбивкой по полу и возрастным группам за последний год, доступны в исследовании ГББ за 2019 год. Все данные для оценок по Российской Федерации были получены из открытых источников и из инструмента исследования ГББ (GHDx), предоставленного ИМБЕ. Инструмент GHDx предоставляет результаты для смертей от всех причин и DALY за 2019 год с тенденциями с 1990 года. Результаты. Нарушения, связанные с употреблением каннабиса, обеспечивают 0,022 (0,014–0,034) процента от общего числа DALY в России. В абсолютных цифрах на национальном уровне расстройства, связанные с употреблением каннабиса, приносят 13 320 (7 718 - 21 744) учтенных DALY для обоих полов всех возрастов в 2019 году. Для мужчин это 8 586 (4 992 - 14 028) DALY. Для женщин зарегистрированы показатели ниже, чем среди мужчин, которые составили 4 734 (2 773 - 7 563) DALY за исследуемый период. Таким образом, мы видим значимые, вполне объяснимые различия в возрастных группах. Наиболее уязвимой группой, которая страдает от вредных последствий употребления каннабиса в России, являются мужчины и женщины в возрасте от 15 до 49 лет. Учтенные потери здоровья для мужчин 7 722 (4390 - 12 618) и 4 102 (4390 - 12 618) DALY в этой возрастной группе в 2019 году. Выводы. Потери здоровья, вызванные употреблением каннабиса в России, не представляет серьезной проблемы для общественного здравоохранения из-за минимального количества генерируемых DALY. Самая уязвимая группа потребителей каннабиса в России - мужчины в возрасте 15–49 лет. В России женщины почти в 3 раза меньше теряют DALY от каннабиса, чем мужчины.

## **КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Тулбаева Н.Р., Асадуллин А.Р.**

ГБУЗ Республиканский клинический психотерапевтический центр МЗ РБ;  
ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России  
Уфа

*CLINICAL AND GENETIC ASSOCIATIONS IN THE PERIOD OF EARLY REMISSION IN ALCOHOL  
DEPENDENCE SYNDROME PATIENTS WITH COMORBID DEPRESSIVE DISORDERS*

*Tulbaeva N.R., Asadullin A.R.*

Депрессия и алкогольная зависимость являются распространенными психическими расстройствами, которые часто возникают одновременно. Оба расстройства находятся под генетическим влиянием, с оценками наследуемости в диапазоне 35-60%. Кроме того, данные классических близнецовых и современных молекулярно-генетических исследований свидетельствуют о том, что зависимость от алкоголя и депрессия генетически взаимосвязаны. Ряд актуальных исследований показал, что для обеих нозологий характерны нарушения сна, а они, в свою очередь ассоциированы с геном CLOCK, который в свою очередь является геном-контроллером (запускающим транскрипцию) PER2 (ген транскрипционного фактора), CRY1 (ген белка криптохрома 1, участвующий в процессе улавливания света). Здесь мы сообщаем результаты клиничко-генетических исследований 402 пациентов с диагнозом синдром зависимости от алкоголя (МКБ-10), из них 128 пациентов, соответствующих критериям депрессии и алкогольной зависимости.

Материал исследования. Было проведено сравнительное кросс-секционное исследование пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) и аффективными нарушениями (депрессивный эпизод - F 32) в раннем периоде ремиссии. Все пациенты подписали информированное добровольное согласие. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (Протокол от 27.02.2019 № 2).

Исследование проводилось с сентября 2019 года на базе республиканского наркологического диспансера № 1 города Уфы (Республика Башкортостан), республиканского наркологического диспансера № 2 города Стерлитамак (Республика Башкортостан). Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе центра персонализированной психиатрии и неврологии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург).

Все пациенты с верифицированным диагнозом синдром зависимости от алкоголя средней стадии исследовались не ранее чем через месяц и не более двух, после выписки из стационарного лечения. При оценке наличия и выраженности депрессивных расстройств, мы опирались на клинические признаки в

соответствии с критериями МКБ-10, которые для большей точности ранжирования по тяжести, оценивались помимо метода клинического интервьюирования и по результатам шкалы депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS).

Результаты: при анализе полученных молекулярно-генетических данных, мы обнаружили ассоциации между носительством генотипа ТТ гена CLOCK (rs1801260) и наличием клинической депрессии.

Обсуждение: можно заключить, что ген CLOCK может быть ассоциирован с развитием депрессии у пациентов алкогольной зависимостью. Для носителей генотипа ТТ гена CLOCK (rs1801260) в большей степени характерно развитие коморбидной депрессии, чем для носителей других генотипов.

Таким образом, механистическая основа этих ассоциаций и внутриклеточные действия для кодируемых белков, о которых шла выше речь, нуждается в дальнейшем изучении, с целью получения представления потенциальных вариантах использования циркадных механизмов для лечения и профилактики расстройств, связанных с употреблением алкоголя с сопутствующей депрессией.

## **ГЛОБАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛЕЙ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО КАК МИШЕНЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ**

**Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Пинегин А.Р.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»; Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова

Москва, Рязань

*LONG-TERM FUTURE THINKING OVERGENERALIZATION AS PSYCHOTHERAPY TARGET IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

*Tuchina O.D., Agibalova T.V., Shustov D.I., Pinegin A.R.*

Глобализация (сверхобобщение) автобиографической памяти – трудности респондентов в извлечении эпизодических автобиографических воспоминаний, то есть моделировании конкретных, уникальных событий прошлого, а не повторяющихся, длительно продолжающихся событий либо семантических ассоциаций – является общепризнанным фактором психопатологии [1]. Выраженная глобализация наблюдается и в случаях, когда люди с различными психическими расстройствами размышляют о собственном будущем, моделируют возможные сценарии будущих событий [4]. Глобализованные образы будущего, так же, как и глобализованные воспоминания, характеризует низкая яркость события, отсутствие его четкой локализации во времени и пространстве, «обедненность» конкретными деталями, абстрактность и семантический характер описания, сниженное переживание эмоций.

Автобиографическую глобализацию у пациентов с алкогольной зависимостью (АЗ) связывают с возникающими из-за хронического воздействия этанола дефицитами регуляции эмоций и процессов исполнительского контроля [5]. Кроме того, сверхобобщение может быть вызвано «нежеланием» пациентов с АЗ создавать яркие, конкретные и подробные сцены будущего, которые могли бы вызвать у них переживание интенсивных – и зачастую негативных – эмоций. Для пациентов с АЗ также типично преимущественное извлечение семантических, а не эпизодических деталей при моделировании образов будущего, то есть они создают будущие события, исходя из чувства их «знакомости» (так, как событие могло происходить с ними ранее), а не переживают данную сцену так, как если бы они сами находились в ней [5]. Глобализация моделей будущего, предположительно, приводит к трудностям постановки целей выздоровления, планирования и реализации лечебного процесса пациентами с АЗ и может негативно отражаться на результатах лечения.

В представленном исследовании проверялась общая гипотеза о связи способности к рефлексии образов долгосрочного будущего, традиционно ассоциируемых с жизненным сценарием человека [2], с более благоприятным течением АЗ по критерию длительности формируемых ремиссий. При проверке одной из частных гипотез исследования оценивались связи между параметрами глобализации представлений о собственном будущем и длительностью ремиссии пациентов с АЗ.

Материалы и методы. Поперечное исследование, одобренное Локальным этическим комитетом, проведено в 2019–2020 гг. в «Московском научно-практическом центре наркологии Департамента здравоохранения г. Москвы».

В данном сообщении приведены данные 61 включенных в исследование пациентов отделения медицинской реабилитации мужского пола (средний возраст –  $M=44,1$ ;  $SD=10,1$ ), с диагнозом АЗ ( $F 10.2$ )

без сопутствующих психических расстройств, находящихся на этапе медицинской реабилитации. Объем выборки был достаточен для достижения требуемой мощности регрессионного анализа (80%).

Методы и переменные.

Сбор данных о качестве и длительности ремиссий осуществлялся в ходе полуструктурированного терапевтического интервью, изучения доступных документов, информации, полученной от специалистов и родственников.

Оценка степени дифференцированности вербализуемых моделей будущего (специфичность/глобализация - характер нарратива, определяемый в ходе экспертной оценки; процент событий «Культурного сценария» на «Линии жизни» – замещение событий личного будущего событиями культурного сценария пациента с АЗ) проводилась с помощью контент-анализа методик: (1) исследования самоопределяющих проекций будущего (событий, обладающих высокой личностной значимостью и отражающих центральные темы жизни личности) [3]; (2) «Линия жизни» (ЛЖ); (3) «Культурный сценарий» (КС) (полученные события КС соотносились с событиями ЛЖ с целью оценки «освоения» испытуемыми событий культурно-одобряемого сценария жизненного пути, а также выявления «выпавших» событий и факта замещения конкретных событий личного будущего стереотипными событиями КС).

Математическая обработка. Эффект глобализации на длительность ремиссий в течение всего периода АЗ оценивался в ходе построения моделей множественного линейного регрессионного анализа пошаговым методом.

Результаты исследования. Один из параметров автобиографической глобализации - процент событий «Культурного сценария» на «Линии жизни» – оказывал негативный эффект на два параметра продолжительности ремиссии, наименее ассоциированных с возрастом и длительностью заболевания: продолжительность максимальной ремиссии ( $\beta=-0.28$ ;  $t=-2.8$ ;  $p=0.007$ ) и индекс ремиссии - частное продолжительности всех ремиссий и длительности заболевания в днях ( $\beta=-0.25$ ;  $t=-2.6$ ;  $p=0.01$ ). Качество обеих моделей оценивалось как удовлетворительное: продолжительность максимальной ремиссии –  $R^2=0.51$ ;  $SE=1281.5$ ;  $F=9.2$ ;  $p<0.001$ ; индекс ремиссии -  $R^2=0.53$ ;  $SE=0.13$ ;  $F=12.3$ ;  $p<0.001$ .

Обсуждение результатов. Негативный эффект нарушения рефлексии за счет глобализации автобиографических воспоминаний и моделей личного будущего в нашем исследовании отразился в том факте, что вытеснение специфичных событий прошлого и будущего стандартными, культурально-ожидаемыми событиями («женитьба», «рождение детей», «пенсия», и др.) на «ЛЖ» сокращало продолжительность ремиссий. Хотя «освоение» событий «КС» и их инструментальное использование для организации автобиографического нарратива обычно свидетельствует о нормальном психическом функционировании, в нашей работе пациенты, замещавшие конкретные события личной жизни стереотипными событиями собственного «КС» демонстрировали худшую способность к поддержанию ремиссий.

Этот процесс отражался и в моделях собственного будущего через пять лет и текстах самоопределяющих проекций обследованных пациентов. Многие пациенты (особенно с безремиссионным течением АЗ) моделировали глобализованные образы, мало соотносящиеся с реальностью, свидетельствующие об определенной некритичности: «Если все получится, могу даже стать президентом России, перевестись на другую работу. Опыт есть, заняться своим делом ..., хочу обучить сына»; «Счастливый, без алкоголя, семья, чтобы было хорошо во всех сферах»; «Стабильная работа, новая семья»; «Финансовая независимость, рождение ребёнка, постройка своего дома» и т.д. Похожие события пациенты отображали в будущем на своих «ЛЖ».

Полученные данные можно объяснить тем, что замещение автономной рефлексии будущего и моделирования конкретных образов культуральными клише затрудняет реконсолидацию старого и интеграцию вновь поступающего опыта в автобиографическую систему, что приводит к невозможности гибко реагировать на новые ситуации, четко планировать свои действия в стрессогенном контексте. Предположительно, это способствует срыву ремиссии. Таким образом, автобиографическая глобализация моделей будущего является одной из важных мишеней психотерапии АЗ, а разработка соответствующих психотерапевтических техник является актуальной научно-практической задачей.

# ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РАННЕМ АБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ

Уткин С.И., Бузик О.Ж., Дюжев Д.В.

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*PROGNOSIS FOR DELIRIUM TREMENS IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE IN THE EARLY WITHDRAWAL PERIOD*

*Utkin S.I., Buzik O.J., Duzhev D.V.*

Цель исследования: поиск объективных предикторов развития алкогольного делирия на основе физиологических и метаболических показателей.

Материалы и методы: Общее число включенных пациентов – 131, из них алкогольный делирий развился у 53 пациентов, а неосложненный синдром отмены алкоголя – у 78 пациентов. У пациентов этих групп были проанализированы 19 различных клинических и метаболических показателей, результаты были обработаны статистически, проведено сравнение средних, анализ с помощью искусственной нейронной сети, логистический регрессионный анализ и ROC-анализ полученных результатов.

Результаты исследования: Проведенного исследования показало, что целый ряд физиологических и метаболических показателей в исследуемых группах значительно отличались, причем отличия некоторых из них (частота сердечных сокращений, содержание натрия, калия, АЛТ, АСТ, креатинина в крови) статистически были очень значимы ( $p < 0,001$ ). Был найден наиболее прогностически значимый показатель - гипокалиемия. Было показано, что уровень калия в периферической крови может служить основой для объективного прогнозирования развития синдрома отмены алкоголя, осложненного делирием (за 2-3 суток до его манифестации).

Уровень калия, при котором можно было прогнозировать развитие делирия с чувствительностью 0,97 и специфичностью 0,78 составлял 3,25, а при снижении уровня калия до уровня 3,05 чувствительность модели составляла уже 0,98 при специфичности 0,9.

Другие показатели (среднее артериальное давление, частота сердечных сокращений, уровень натрия, рН и другие показатели) также имели диагностическое значение, но меньшую диагностическую ценность. Можно предположить, что причиной гипокалиемии в предделириозном состоянии является активация симпато-адреналовой системы. При этом симпатомиметики активируют мембранную  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -АТФазу, это приводит к накоплению калия внутри клетки и выведению натрия в межклеточное пространство, что, в свою очередь, снижает порог возбуждения нейронов, являющегося, по-видимому, одним из важных механизмов развития алкогольного делирия. В практическом плане важно, что гипокалиемия предшествует развитию психотических расстройств, что может помочь ранней диагностике и выбору правильной лечебной тактики при оказании медицинской помощи таким пациентам.

Выводы:

1. Многие физиологические и биохимические показатели (содержание в крови калия, натрия, креатинина, белка, уровень тромбоцитов, лейкоцитов, рН, АЛТ, АСТ, частота сердечных сокращений, среднее артериальное давление) у пациентов, у которых в последующем (через 2- 3 дня) развивался алкогольный делирий и у пациентов с неосложненным течением синдрома отмены алкоголя существенно отличались.
2. Данные отличия свидетельствуют о значительных изменениях энергетического обмена, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния в предделириозном состоянии, и эти изменения могут являться предикторами развития алкогольного делирия.
3. Эти процессы наиболее ярко проявляются в виде гипокалиемии, что может служить основой для прогнозирования развития алкогольного делирия.

## **АЛКОГОЛЬНАЯ ИЗБЫТОЧНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ДНИ РОЖДЕНИЯ**

**Фаттахов Т.А., Немцов А.В.**

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»;  
ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

Москва

*ALCOHOLIC EXCESS DEATHS AT BIRTHDAYS*

*Fattahov T.A., Nemtsov A.V.*

**Постановка проблемы:** Ранее показано, что в России и в мире праздники сопровождаются ростом смертности, главным образом в Рождество и Новый год. А как обстоит дело с диагнозами избыточной смертности при праздновании дней рождений?

**Материалы и методы:** исследовали данные 16,8 миллионов умерших с 01.01.2011 по 31.12.2019 на предмет совпадения и меры несходства дат рождения и смерти, как для смертности в целом, так и для 6 больших классов смертей и 8 видов внешних причин. Избыточную смертность в день рождения оценивали с помощью скользящей средней LOWESS (локально взвешенная полиномиальная регрессия) для непраздничных дней только, а в праздничные дни ее перерывы заполняли линейной регрессией, которая служила показателем «естественной», непраздничной смертности. Результаты: Выявлен значительный рост смертности в день рождения (4,0 тыс. в день за 9 лет), а всего избыточная смертность, связанная с днем рождения, составила 19,7 тыс. или 3,5% от «естественной» смертности. Главный вклад в избыточную смертность внесли болезни системы кровообращения (9,1 тыс.) и внешние причины (5,2 тыс.), а среди внешних причин самоубийства (1,3 тыс.), отравления алкоголем (1,0 тыс.) и повреждения с неопределенными намерениями (0,8 тыс.). Избыточная смертность в день рождения была пропорциональна непраздничной смертности. Исключение составили отравления алкоголем, которые в 2 раза превысили ожидаемое по будням число смертей. Особенность самоубийств состоит в том, что увеличение их количества начинается за 2 месяца до дня рождения с максимумом за 35 дней, последующим снижением и резким ростом в день рождения, а также на 7-й и 15-й дни после этого дня. Сравнение с другими праздниками показало, что дни рождения по размерам избыточной смертности занимают промежуточное положение между Новым годом и другими государственными праздниками. Главным фактором избыточной смертности в праздники является злоупотребление крепкими спиртными напитками.

**Заключение:** День рождения, как и государственные праздники, сопровождается ростом смертности. Легко предположить, что потери этим не исчерпываются: заболевших в день рождения много больше, чем умерших в связи с этим праздником. Требуется активно информировать население о возможных негативных последствиях празднования дня рождения.

## **ДЕТЕКЦИЯ ЭМОЦИЙ ПО ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ КАК ПРЕДИКТОР ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ**

**Федюкович Е.И., Трусова А.В.**

СПбГУ

Санкт-Петербург

*EMOTIONAL DETECTION BY FACIAL EXPRESSION AS A PREDICTOR OF CHEMICAL ADDICTION*

*Fediukovich E.I., Trusova A.V.*

**Ключевые слова:** химические аддикции, ПАВ, эмоции, распознавание эмоций, регуляция эмоций.

**Введение.** По данным некоторых современных исследований употребление психоактивных веществ (ПАВ) ассоциировано с нарушением распознавания эмоций – как собственных (алекситимия), так и другого человека, с помощью обработки эмоциональных мимических выражений (Тархан с соавт., 2017; Dawel et al., 2012). Также известно, что при распознавании эмоций страха и печали со злоупотреблением ПАВ ассоциировано снижение скорости нейронных реакций, особенно в миндалевидном теле (Blair, 2018). Многие зарубежные исследования сообщают о нарушениях распознавания эмоций вследствие как и систематического употребления ПАВ, так и сформированной зависимости (Hindochoa et al., 2014; Castellano et al., 2015). В некоторых случаях нарушения распознавания эмоций рассматриваются как

фактор аддиктивного риска, но в большинстве исследований признается, что такие нарушения могут быть как предиктором, так и следствием развития химической зависимости (Parada-Fernández et al., 2020). Актуальность изучения этой темы определена в контексте более общего направления изучения регуляции эмоций при аддиктивных расстройствах.

Цель исследования – изучение связи между употреблением психоактивных веществ и особенностями распознавания эмоций по выражению лица.

Материалы и методы. Основная группа (лица, систематически употребляющие ПАВ и зависимые) – 41 человек, средний возраст 34,1 (7,2) лет (M(σ)), из них 15 (36,6%) женщин. Группа здорового контроля (лица, не употребляющие ПАВ) – 62 человека, средний возраст 26,5(4,3) лет, из них 47 (75,8%) женщин. Оценка эмоциональной экспрессии проводилась с помощью компьютерной программы, разработанной на основе батареи изображений динамической экспрессии мимики Emotional Facial Expression (KDEF-dyn data base) института Каролинска (Calvo, 2018). Использовались цветные фотографии 40 человек (20 женщин; 20 мужчин) из набора KDEF27, каждое изображение лица относится к одной из шести базовых эмоций (счастье, печаль, гнев, страх, отвращение и удивление), на основе исходных фотографий были созданы 240 видеоклипов длительностью 1033 мс динамически меняющихся эмоциональных выражений лица от нейтрального до максимально выражающего эмоцию. Измерялась точность (количество ошибок) и скорость (мс) распознавания эмоций. Математический анализ проведен с использованием модели бинарной логистической регрессии. В качестве зависимой переменной использована принадлежность к группе (клиническая/контрольная группа), независимыми переменными являлись точность и скорость распознавания эмоций.

Результаты. Показано, что принадлежность к группе употребляющих ПАВ статистически достоверно предсказывали только скорость распознавания эмоции счастья ( $p=0,004$ ) и точность распознавания страха ( $p=0,052$ ).

Обсуждение. По данным предыдущих исследований распознавание базовой эмоции счастья (положительной валентности) может быть связано со способностью к развитию социальных и межличностных связей в дополнение к эмоциональной стабильности и отсутствию тревожных или депрессивных симптомов (Chóliz, 2005). В нашем исследовании показано, что снижение скорости распознавания базовой эмоции счастья является одним из предикторов систематического употребления ПАВ, что совпадает с данными недавнего исследования испанских коллег на выборке лиц с политоксикоманией (Parada-Fernández et al., 2020).

Также важными предикторами, ассоциированными с зависимостью и употреблением ПАВ, являются такие дисфункциональные когнитивные стратегии регуляции эмоций, как сосредоточение на негативных переживаниях, а также катастрофизация – усиление значимости пережитого события.

Заключение. Имеющихся на данный момент научных данных недостаточно для того, чтобы прояснить вопрос о связи механизмов регуляции собственных эмоций и распознавания эмоций других людей по лицевой экспрессии. Исследования в этом направлении позволят разрабатывать дополнительные диагностические оценки, которые могут быть частью стандартного нейропсихологического тестирования. Нарушения распознавания эмоций могут дополнительно представлять собой полезный клинический маркер при химической аддикции.

Исследование проводится при поддержке РФФИ, научный проект № 20-313-90040.

## **ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ БОЛЬНЫМИ COVID-19 В ПЕРИОД АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САМАРЕ**

**Царев С.А., Щербань А.В., Катин А.А., Сиротко И.И.**

Самарский областной клинический наркологический диспансер  
Самара

*ALCOHOL AND DRUG CONSUMPTION BY COVID-19 PATIENTS DURING  
OUTPATIENT TREATMENT IN SAMARA*

*Tsarev S.A., Shcherban A.V., Katin A.A., Sirotko I.I.*

Введение. Влияние пандемии COVID-19 на потребление психоактивных веществ в настоящее время является предметом изучения многих исследований. Причина такого интереса может объясняться многогранностью влияния факторов, продуцируемых пандемией, на многие аспекты потребления человеком психоактивных веществ.

При этом в многообразии публикуемых работ по данной теме, в том числе работ, ретроспективно оценивающих распространенность потребления ПАВ среди перенесенных COVID-19 больных различными заболеваниями, практически отсутствуют исследования, отражающие динамику потребления ПАВ на индивидуальном уровне, лицами, в период заболевания ими COVID-19. Целью данного исследования является: оценка распространенности потребления ПАВ лицами, проходящими лечение от новой коронавирусной инфекции COVID-19 в амбулаторных условиях.

Материалы и методы исследования. Исследование является наблюдательным, описательным, кросс-секционным. Качественное определение потребления психоактивных веществ путем их обнаружения в биологических объектах (моча) проводилось в двух группах:

1. В группе лиц, с подтвержденным диагнозом COVID-19 методом ПЦР дважды: на следующий день после подтверждения диагноза (2 – 4 день клинических проявлений заболевания), а также на 8 – 10 день амбулаторного лечения (n=150) – экспериментальная группа;

2. В группе лиц без клинических проявлений COVID-19, контактировавших с больными с подтвержденным COVID-19, находящихся на карантине в условиях изоляции (n=150) – контрольная группа.

Объем выборки определен с помощью номограммы Альтмана, при мощности равной 0,8 и уровне значимости 0,05.

Критериями включения в экспериментальную группу было: наличие положительного ПЦР теста; легкая форма течения COVID-19, требующая амбулаторного лечения; наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из экспериментальной группы: развитие средне-тяжелого и тяжелого течения COVID-19, требующее перевода пациента в стационарное отделение.

Критерии включения в контрольную группу: наличие контактов с больными COVID-19, перевод в режим самоизоляции; отрицательный ПЦР тест; наличие информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из контрольной группы: развитие симптомов COVID-19, получение положительного ПЦР теста.

Биологический объект отбирался в домашних условиях, после чего направлялся в химико-токсикологическую лабораторию Самарского областного клинического наркологического диспансера для исследования. Группы формировались сплошным методом среди пациентов, находящихся в зоне обслуживания одной из поликлиник г. Самара. В данную поликлинику в период пандемии COVID-19 («4 – я волна пандемии»: с 01.11.2021 по 30.12.2021г.) были привлечены врачи психиатры-наркологи для оказания первичной медико-санитарной помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Самарской области. Проведение исследования одобрено локальной этической комиссией ГБУЗ «Самарский областной клинический наркологический диспансер» (решение от 19.10.2021 г.).

Для предварительного анализа проб использовался метод ИХА анализа, для подтверждающего анализа – метод газовой хроматографии с масс-спектрометрией (для наркотических веществ). Предварительное исследование методом ИХА проводилось на видеоцифровом анализаторе, с использованием панели на 13 веществ.

Результаты. Данные врачебного осмотра.

Визит врача в первой группе пациентов осуществлялся на следующий день после положительного теста ПЦР на COVID-19, что соответствовало 2-4 дню клинических проявлений болезни. Всем пациентам назначалась стандартная схема лечения, рекомендованная временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (актуальной на момент проведения исследования версия 13) для лечения легкого течения COVID-19.

Повторный визит врача осуществлялся на 8-10 дни заболевания, в ходе визита оценивалась динамика клинических проявлений заболеваний, при необходимости проводилась корректировка назначенного лечения.

Визит врача к лицам второй группы данного исследования осуществлялся на следующий день после выявления у данных лиц контакта с больным, у которого установлен диагноз новой коронавирусной инфекции методом ПЦР. Лица данной группы переводились в режим самоизоляции, проводился осмотр, в ходе которого оценивалось наличие признаков COVID-19. Далее контакт с врачом осуществлялся по телефону. В группу вошли лица, у которых в ходе визита врача, а также в дальнейшем (опрос по телефону) признаки COVID-19 отсутствовали.

Данные об исследовании мочи на психоактивные вещества.



В ходе настоящего исследования в двух группах были выявлены вещества: этилглюкуронид (ETG), барбитураты (BAR) и фенциклидин (PCP).

Полученные результаты свидетельствуют о снижении уровня потребления психоактивных веществ в период клинических проявлений заболевания COVID-19 в экспериментальной группе: алкоголя – с 20,6% (95% ДИ: 15,7 – 25,6%) до 14,7% (95% ДИ: 10,3 – 19,1%); барбитуратов – с 8,7%, (5,1 – 12,6%) до 1,3%; (0 – 2,8%); фенциклидина – с 0,7% (0 – 1,7%) до 0%. В контрольной группе доля пациентов, потребляющих ПАВ составила: алкоголь – 22,0% (16,9 – 27,0%), барбитураты – 4,0% (1,5 – 6,5%). При оценке значимости различий в долях потребления ПАВ в различных группах статистически значимым было различие в потреблении барбитуратов в экспериментальной группе при сравнении потребления на 2 – 4 и 8 – 10 дни клинических проявлений заболевания ( $\chi^2=9,3$ ;  $p=0,003$ ;  $\omega=0,179$ ). Другие различия в долях потреблявших психоактивные вещества, включая сравнения с контрольной группой, не были статистически значимыми.

Также следует отметить, в экспериментальной группе этилглюкуронид в концентрации свыше 500нг/мл был двукратно обнаружен у 12 больных с COVID-19 (8,0%), что может свидетельствовать о постоянном приеме алкоголя данными пациентами в период заболевания. Из них 8 пациентов (66,6%) ранее обращались к наркологу.

Обсуждение результатов. Полученные результаты позволяют говорить о том, что заболевание COVID-19, протекающее в легкой форме, при лечении в амбулаторных условиях, является фактором, способствующим снижению потребления в ходе лечения выявленных у больных на 2 – 4 день клинических проявлений психоактивных веществ: алкоголя, барбитуратов, фенциклидина. Статистически значимое снижение потребления барбитуратов требует проведения дополнительного анализа. Обращает на себя внимание высокая доля больных, у которых на 2 – 4 день клинических проявлений заболевания были выявлены барбитураты: 8,7%, (5,1 – 12,6%). Причиной подобного явления может быть достаточно распространенный в настоящее время прием без назначения врача препаратов, содержащих в своем составе барбитураты (валокордин, корвалол, андипал, и др.). Проведение медикаментозной коррекции симптомов COVID-19 у лиц, принимавших барбитураты, в том числе симптоматической гипертензии (у 16% пациентов), способствовало отказу от немедицинского приема барбитуратов, что, вероятно, является причиной статистически значимого снижения выявления барбитуратов на 8 – 10 день клинических проявлений COVID-19.

Среди больных COVID-19, потреблявших в ходе лечения алкоголь, чаще встречались пациенты, ранее обращавшиеся в наркологическую службу по поводу зарегистрированного наркологического заболевания, чем у больных, не потреблявших алкоголь (статистически значимое различие). Полученный результат позволяет сделать вывод о наибольшей значимости данного фактора (наличие наркологического заболевания) в потреблении психоактивных веществ в период клинических проявлений COVID-19.

## **КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ HPPD ПО ДАННЫМ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ**

**Шайдеггер Ю.М., Усманова Н.Н., Клименко Т.В.**

ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*CLINICAL FEATERS OF PATIENTS WITH HPPD ACCORDING TO OWN OBSERVATIONS*

*Scheidegger Y.M., Usmanova N.N., Klimenko T.V.*

HPPD (от англ. hallucinogen persisting perception disorder) – это расстройство, которое характеризуется наличием стойких нарушений сенсорного (чаще всего зрительного) восприятия вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ), как правило, обладающих психоделическим действием, которые развиваются в постинтоксикационном периоде спустя несколько дней и месяцев после последнего употребления ПАВ.

К настоящему времени накоплено много данных о том, что развитие HPPD, помимо растительных и синтетических галлюциногенов, ассоциируется с более широким спектром ПАВ.

В Международной классификации болезней 10-пересмотра (МКБ-10) подобные длительные нарушения восприятия, возникающие после употребления галлюциногенов, кодируются как F16.70 - «Резидуальные и отсроченные психотические расстройства».

Результаты собственных наблюдений:

В клинике Национального научного центра наркологии с января 2019 года по настоящее время в амбулаторных условиях было проконсультировано 23 пациента, которые отвечали критериям HPPD в соответствии с МКБ-10.

Возраст обратившихся пациентов от 18 до 35-х лет, средний возраст - 23,6 г. Среди обследованных пациентов преобладали пациенты мужского пола (19 человек; 82,6%).

Большая половина обследованных пациентов (15 человек; 65,2%) соответствовали критериям диагностической рубрики МКБ-10 F1x.1 (употребление с вредными последствиями). Лишь 8 пациентов (34,8%) отвечали критериям синдрома зависимости от ПАВ.

Большинство пациентов имели высокую социальную активность и достаточно хорошую социальную адаптацию – 18 из них (78,2%) были студентами технических или гуманитарных ВУЗов, молодыми специалистами, фрилансерами, представителями творческих, креативных профессий.

При сборе анамнестических данных 13 пациентов (56,5%) указали на отягощенную наркологическими и/или психическими заболеваниями наследственность: 6 из них (26%) сообщили об алкоголизме ближайших родственников (отец, брат), трое (13%) – о сочетании алкоголизма и психического заболевания у родителей, четверо (17,4%) – о наличии подтвержденного психического заболевания у одного из родителей.

8 пациентов (34,8%) указали на наличие неврологических стигм в детском возрасте (послеродовые осложнения, логоневрозы, нарушения сна, синдром гиперактивности и дефицита внимания и прч.), по поводу чего они находились под наблюдением у невролога. Десять пациентов (43,5%) в прошлом обращались за лечением к врачу психиатру по поводу обсессивно-компульсивных, панических, генерализованного тревожного расстройства, шизотипического расстройства, галлюцинаторно-параноидной шизофрении.

У двух пациенток (8,7%) в анамнезе отмечалась только однократная проба ПАВ (MDMA и Nbome-21). Все остальные пациенты сообщали об употреблении ПАВ различных групп, в том числе в сочетаниях, длительность наркотизации, как, правило, была небольшая – от одного года до пяти лет.

В числе ПАВ, в последствии употребления которых развились синдромы HPPD, указывались:

- LSD – 7 человек (30, 4%);
- MDMA – 4 человека (17,4%), из них двое сообщили о «передозировке» ПАВ;
- растительные каннабиноиды – 4 человека (17,4%), при этом не исключено, что растительные каннабиноиды сыграли роль «триггеров» HPPD, т. к. у всех этих обратившихся имели место предшествующие пробы ПАВ из группы галлюциногенов, психостимуляторов, новых ПАВ (НПАВ), в том числе с «bad trip»;
- мефедрон – 2 человека (8,7%);
- Nbome-21 (N-метоксибензил, ПАВ класса фенилэтиламина, сочетающее галлюциногенный и психостимулирующий эффекты) и 2С-В (4-бromo-2,5-диметоксифенэтиламин, ПАВ класса фенилэтиламина) – по 1 человеку;
- 4 обратившихся (17,4%) связали манифест HPPD с предшествующим приемом сочетаний препаратов: синтетические каннабиноиды и синтетические психостимуляторы; растительные каннабиноиды и LSD; растительные каннабиноиды и мефедрон; 2С-В и LSD.

Пятнадцать пациентов (65,2%) сообщили о самостоятельном прекращении приема всех ПАВ после манифестации симптомов HPPD. Остальные 8 пациентов (34,8%) продолжали прием ПАВ на фоне развившегося HPPD.

Характер интоксикации ПАВ, после которой последовала манифестация HPPD, 12 пациентов (52,2%) описывали как «bad trip» – возникали «устрашающие, крайне неприятные галлюцинации», «неконтролируемый, пугающий поток сознания», «неконтролируемое чувство страха, паники». На следующие сутки после употребления ПАВ у 16 пациентов (69,6%) развивались симптомы дереализации и деперсонализации, которые метафорично описывались как «окружающее вдруг в одночасье стало каким-то плоским, блеклым», «мир стал какой-то бутафорский, как дурной спектакль», «как будто я очень задумалась или не до конца проснулась». Более половины пациентов (14 человек; 60,9%) указывали на тягостное ощущение «потери автоматизма действий», рассеянности – «когда идешь по знакомым местам и вдруг не понимаешь, где ты и зачем ты здесь», «нужно постараться сконцентрироваться на том, что раньше давалось легко и на автомате».

Все пациенты подробно описывали возникшие в течение от нескольких дней до 4-х недель от последнего приема ПАВ расстройства визуального восприятия: «снег», «рябь», «мушки», «фракталы», «помехи» перед глазами, «окружающее расслаивается на треугольники или пиксели», появляются

нарушения цветовосприятия и искажения пропорций предметов, снижение остроты сумеречного зрения. Некоторые пациенты описывали нарушения визуального восприятия «как будто глаза находятся в глубине черепа и смотрят изнутри головы», или «как будто в камеру телефона смотришь и движения немного отстают» (т.н. «послеобраз» или «остаточные» изображения).

Ухудшение визуального восприятия абсолютное большинство пациентов отмечали в вечернее время. Они связывали это как с изменением уровня освещенности, так и с «усталостью», «переутомлением под конец дня», а также на фоне простудных заболеваний.

Четыре пациента (17,4%) описывали искажения звукового восприятия по типу «монозвука, лишённого глубины», «притупленного звука» или громкого, назойливого писка или шума в ушах (тиннитус). Один пациент описывал «звучание навязчивой мелодии в голове».

У всех обратившихся вышеописанные расстройства сопровождались развитием тревожных и аффективных расстройств. Все пациенты отчетливо осознавали связь развившегося состояния и предшествующего приема ПАВ, что являлось в 65,2 % случаев причиной полного отказа от ПАВ, алкоголя, в ряде случаев (у двух пациенток) – от никотина и кофеина, которые усугубляли нарушения визуального восприятия.

Таким образом, анализ наблюдаемой группы пациентов позволил выделить следующие характеристики, общие для данной категории пациентов и для данного психопатологического феномена:

- молодой и средний возраст (в среднем 23,6 лет);
- высокая социальная активность, удовлетворительная адаптация большинства пациентов (78%);
- высокий процент наследственной отягощённости по наркологическим и/или психическим заболеваниям (56,5%);
- высокий процент коморбидных неврологических (34,8%), невротических расстройств и эндогенных заболеваний (до 43,5%);
- развитие НРРД связано не только с приемом ПАВ из группы галлюциногенов, но и ПАВ из группы психостимуляторов, растительных и синтетических каннабиноидов, новых ПАВ, а также в результате сочетанного употребления ПАВ из разных групп и высоких их дозировках;
- развитие симптомов НРРД не только в структуре синдрома зависимости от ПАВ, но и у лиц с пагубным употреблением ПАВ (65,2%);
- высокий процент развития в структуре НРРД явлений дереализации и деперсонализации (до 69,6%);

Синдром НРРД является редко встречающимся в наркологической практике и по этой причине малоизученным психопатологическим феноменом. Согласно результатам собственных наблюдений триггером развития данного синдрома могут быть не только ПАВ из группы галлюциногенов, но и прочие, в том числе новые ПАВ, особенно в случаях их сочетанного употребления. Дальнейшее изучение феномена НРРД, особенно терапевтических стратегий его коррекции является важной и приоритетной задачей

## **НОНКОМПЛАЕНТНАЯ КАУЗАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА «ДЕПРЕССИВНОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ»**

**Шайдукова Л.К.**

**ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»**

**Минздрава России**

**Казань**

***NON-COMPLIANT CAUSAL CONSTITUENT OF THE PHENOMENON OF «DEPRESSIVE AND ALCOHOLIC ANOSOGNOSIA»***

***Shaydukova L.K.***

Анозогнозия – отрицание, непризнание своих болезненных проявлений – занимает пограничное положение между тяжелой психопатологией (при болезни Альцгеймера, при различных видах слабоумия) и психологически обусловленным отказом осознания при соматических, неврологических и психических заболеваниях. В психиатрии анозогнозия встречается в клинической картине расстройств личности, алкоголизма и других химических аддиктивных нарушений, а также при депрессии. Довольно сложно определить, является ли анозогнозия феноменом или симптомом, но этот вопрос носит дискуссионно-теоретический характер и не столь важен при построении алгоритма лечебно-психотерапевтических мероприятий. На репрезентативном материале из 150 женщин, страдающих

алкоголизмом и имеющих различные варианты депрессивных расстройств, были выявлены различные каузальные составляющие феномена «депрессивной и алкогольной анозогнозии», к которым относится и нонкомплаентная. Сравнение с контрольной группой из 100 мужчин с изолированным феноменом «алкогольной анозогнозии» было выявлено, что анозогнозия является интерсексуальным феноменом и не зависит от пола пациента. Нонкомплаентная составляющая феномена «анозогнозии» – это нежелание сотрудничать с врачом, выполнять его рекомендации, отказ принимать лекарства, своеобразная «психотерапевтическая глухота» (словесные формулы: «я не собираюсь ходить по врачам», «мне не нужны ваши советы (лекарства)», «лечите настоящих больных»). Нонкомплаентная составляющая «алкогольной анозогнозии» выражалась в избегании контактов с врачами-наркологами без экстренной необходимости. Общение с медиками носило часто вынужденный характер - в ситуации тяжелых абстинентных состояний, психозов, или при настаивании родственников больных. При изучении истоков анозогнозии и следующей за ней нонкомплаентности были выявлены различные варианты: активация системы отрицания при наличии двойной нозологии – алкоголизма и психопатии (расстройства личности), когнитивный дефицит или когнитивные искажения (при изначально низком образовательном уровне или приобретенном интеллектуальном снижении), отсутствие интроспекции из-за эго-синтонности патологии, низкое осознание вследствие алекситимичности индивидуума, латентные аутодеструктивные тенденции в виде «мортальной декларации», наконец абnormally яркие алкохимические ощущения в процессе употребления алкоголя у некоторых из них. Проведение индивидуальной психотерапии было затруднено вследствие коммуникативно-психологической интактности пациентов. В этих случаях целесообразным являлась смена индивидуальной психотерапии на групповую – нередко массовые реакции «покаяния» пробивали брешь личностной нонкомплаентности. Сочетание алкогольной и депрессивной анозогнозии парадоксально улучшало ситуацию и позволяло «пробиться» к пациентам при переносе акцента с алкогольных на аффективные проблемы.

## **РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ПОДРОСТКОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ С СДВГ**

**Шарафиев Р.Р.**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*THE ROLE OF GENETIC FACTORS IN ADOLESCENT SYNTHETIC CANNABINOID USERS WITH ADHD*

*Sharafiev R.R.*

Многочисленными исследователями рассматривается молекулярно-генетическая взаимосвязь развития аддиктивного поведения и СДВГ. Выявлено, что общий механизм нейротрансмиссии данных патологий опосредуется через дофаминергическую систему.

Ряд крупных исследований, например, Национальное эпидемиологическое исследование проблемы алкоголизма и связанных с ним состояний (the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), проводимых Национальным институтом по проблемам злоупотребления алкоголем и алкоголизмом (the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), продемонстрировали взаимосвязь между возникновением и развитием зависимости, вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) и формированием поведенческих психических расстройств, таких как Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Коморбидность данных патологий изучалась рядом отечественных и зарубежных исследователей. Исследователь Эрман и др. выявили, что у подростков, страдающих СДВГ, употребление спиртных напитков, с последующим развитием алкоголизма, происходит чаще, чем у детей без СДВГ. Другими исследователями показано, что дети с симптомами СДВГ имеют в 1,5 раза больше вероятность приобщения к употреблению препаратов группы каннабиноиды, нежели подростки без СДВГ. На сегодняшний день, СДВГ признан одним из наиболее распространенных поведенческих расстройств у детей. По данным Американской академии педиатрии, распространенность данного расстройства среди школьников составляет 5% – 12%. В России СДВГ страдают около 2 млн детей, что составляет примерно 5%. Выявлено, что среди мальчиков данная патология встречается чаще: приблизительное соотношение равно 4:1.

Целью данного исследования явилось создание комплексной модели оценки индивидуального риска развития зависимости от синтетических каннабиноидов (Скб), учитывающей сочетанное влияние факторов генетической предрасположенности и синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

Материалы и методы. Объект исследования – 148 неродственных индивидов мужского пола с верифицированным диагнозом F12.1 («Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)», согласно критериям МКБ 10, потребителей СКБ (спайсов) и 139 здоровых лиц. Образцы крови зависимых от синтетических каннабиноидов получали из Республиканского наркологического диспансера Минздрава Республики Башкортостан. Средний возраст составил  $23,7 \pm 0,8$  лет. На использование клинического материала получено информированное согласие всех больных и одобрено Локальным Биоэтическим комитетом БГМУ.

Критерии включения: F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)», отсутствие иных зависимостей, кроме как от кофеина и табака, возраст до 18 лет, родившиеся в Республике Башкортостан, отсутствие родственных связей между обследуемыми, мужской пол, не менее чем двукратное обнаружение в течение полугода, до момента обращения, в моче методом газовой хромато-масс-спектрометрии (Strack R., 2017) синтетических каннабиноидов и (или) продуктов их метаболизма.

Критерии невключения: отсутствие добровольного информированного согласия, пациенты с верифицированной сопутствующей психопатологией (шизофрения, биполярное аффективное расстройство, эпилепсия), выраженной неврологической симптоматикой, с когнитивными и выраженными мнестическими нарушениями, с тяжелой соматической патологией, женский пол, сформированная зависимость от любых ПАВ.

Для анализа распространенности СДВГ среди здоровых и потребителей СКб (спайсов) нами было сформировано две группы: первая группа – испытуемые, представленная 148 подростками, проходившими стационарное или амбулаторное лечение в ГБУЗ РНД №1 МЗ РБ в 2013 – 2017 гг. и имели верифицированный диагноз F12.1 «Пагубное употребление каннабиноидов (синтетических каннабиноидов)». Все пациенты мужского пола, средний возраст больных  $15,7 \pm 0,7$  года. Вторая группа – контрольная, представлена 139 подростками и максимально тождественна по полу и возрасту экспериментальной группе. Далее, для подробного клинического анализа и его описания и оценки влияния СДВГ на клинические проявления F12.1, опытная группа (F12,1) была разделена на 2 группы СДВГ (+) и СДВГ (-).

Все пациенты, на 5-6 день нахождения в стационаре были очно консультированы врачом психиатром с целью исключения или подтверждения СДВГ. При этом учитывалось, что в МКБ-10 СДВГ описан в разделе заболеваний, начинающихся в детском возрасте, выделяется 2 формы этого заболевания - синдром дефицита внимания без гиперактивности (F 98.8) и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (F 90.0).

ДНК из венозной крови выделяли стандартным методом фенольной экстракции. Анализ шести полиморфных локусов генов дофаминергической и серотонинергической систем rs1800497 DRD2, rs4646984 DRD4, VNTR 40 п.о., rs270272 SLC6A3, rs6313 HTR2A, rs6296 HTR1B проводили с помощью метода полимеразной цепной реакции синтеза ДНК и ПДРФ-анализом с последующим электрофорезом в 7-8% полиакриламидном геле.

Статистическая обработка. Для оценки роли исследуемых факторов в формировании предрасположенности к развитию зависимости от синтетических каннабиноидов использовался метод построения логистических моделей регрессии с пошаговым исключением наименее значимых факторов. Для оценки адекватности полученных математических моделей использовались показатели площади под ROC-кривой (Area Under Curve – AUC) их 95% ДИ [23]. Анализ проводился с помощью пакета программ SPSS 22.0.

Результаты. Было выявлено, что среди потребителей СКБ, подростки, имеющие симптомы СДВГ составили 36% (54 человек), и не имеющие – 64% (94 человека). Средний возраст потребителей составил  $14,3 \pm 0,6$ . По результатам молекулярно-генетического исследования, было выявлено, что генотип rs1800497\*A1/A1 гена DRD2 повышает риск развития зависимости от СКБ у индивидов с СДВГ (OR=1,97), а генотип rs6313\*A/G гена HTR2A, напротив, понижает (OR=0,66). По остальным изученным полиморфным маркерам достоверно значимых различий не обнаружено. Комплексная генетическая модель риска развития зависимости от синтетических каннабиноидов была построена методом логистической регрессии. В рассмотрение были приняты генетические маркеры: rs1800497 DRD2, rs4646984 DRD4, VNTR 40 п.о., rs270272 SLC6A3, rs6313 HTR2A, rs6296 HTR1B и наличие или отсутствие симптомов СДВГ. Коэффициенты уравнения регрессии для переменных – трех генетических маркеров и

статуса СДВГ, включенных в комплексную модель статистически значимы ( $p < 0,05$ ) как по полиморфным маркерам rs1800497 DRD2, VNTR 40 п.о. SLC6A3, rs6313 HTR2A, так и по наличию или отсутствию симптомов СДВГ. Прогностическая значимость полученного комплексного генетического маркера и входящих в его состав генетических факторов риска, взятых отдельно, оценена с помощью ROC-анализа. Показано, что отдельные генетические факторы риска в изученной выборке поодиночке являются слабыми маркерами риска развития зависимости от синтетических каннабиноидов (AUC 0,661 и 0,676). В то же время комплексная модель (генетические факторы риска и наличие или отсутствие симптомов СДВГ) демонстрируют более высокую прогностическую значимость в исследованной нами выборке (AUC=0,781). По результатам логистического регрессионного анализа, при помощи построенных ROC кривых, был проведен анализ качества полученных моделей – 1 вариант, в качестве предикторов использовался лишь наличие или отсутствие симптомов СДВГ, 2 вариант в качестве предикторов брались изученные нами полиморфные маркеры и 3 – использовался факт наличия или отсутствия симптомов СДВГ и полиморфные маркеры. Было получено, что совместное использование в качестве предикторов статуса по СДВГ и полиморфных маркеров rs1800497 DRD2, VNTR 40 п.о. SLC6A3, rs6313 HTR2A, даёт более лучшую предикативную модель для оценки предрасположенности к развитию зависимости от СКБ.

## **КОРРЕКЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Шевцова Ю.Б.**

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

Москва

*CORRECTION OF SOCIAL DISADAPTATION IN PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDER*

*Shevtsova Y.B.*

Цель исследования – выявить взаимосвязи нарушений социальной адаптации с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя и другими клиническими факторами и предложить на этой основе комплексные подходы к лечению с учетом улучшения социальной адаптации.

Методы – клиничко-anamnestический и катamnестический с акцентом на вопросах социальной сферы, патопсихологический, статистический. Медикаментозное лечение и психотерапевтическая коррекция.

Результаты исследования. Синдром зависимости от алкоголя неблагоприятным образом сказывается на возможностях микросоциальной адаптации и таких аспектах социального функционирования, как производственные отношения, семейная жизнь, воспитание детей. Для изучения взаимосвязи между некоторыми параметрами алкогольной зависимости и нарушениями социального функционирования было проведено обследование 400 больных алкоголизмом по специально разработанной карте, включавшей 287 позиций, которые затрагивали клинические закономерности становления и развития алкогольной зависимости, социальные характеристики, проявления агрессивного поведения. Проводилось экспериментально-психологическое исследование тех же пациентов с применением тестов УСК, Кеттелла, Вагнера.

Обнаружено, что нарушение социального функционирования и степень его выраженности у больных алкоголизмом связаны с особенностями их личности, коморбидной патологией, с клинической картиной синдрома зависимости и его прогрессивностью. С высокой степенью достоверности было установлено, что больные алкоголизмом с коморбидной личностной патологией реже сохраняли свои семьи, хуже обеспечивали близких и себя в материальном плане, чаще уклонялись от обязанностей на работе или в учебе, отличались более высокой агрессивностью. Выявлено, что чем более спокойной и стабильной была обстановка в нуклеарной семье больных, тем реже они проявляли агрессивные тенденции и имели меньшие нарушения социального функционирования в последующем, при развитии алкоголизма. Негативное влияние на социальную адаптацию оказывало наличие у пациентов остаточных явлений органического поражения головного мозга (перинатального, травматического и/или интоксикационного генеза). При значительной степени выраженности влечения к алкоголю и высокой прогрессивности заболевания нарушения в семейной и производственной сферах выявлялись достоверно чаще, чем при меньшей выраженности патологического влечения и более медленном течении алкоголизма. Весьма тесной оказалась связь социальных характеристик с изменениями личности, являвшимися прямым следствием алкогольной зависимости. Обнаружилась достоверная

положительная корреляция между социальной дезадаптацией и заострением преморбидных особенностей личности, а также с развитием в рамках основного заболевания аффективных, психопатоподобных или невротоподобных расстройств. Степень выраженности алкогольной деградации также коррелировала с нарушением социальных характеристик обследованных, причем данная корреляция была «зеркальной».

В рамках проводившегося исследования были разработаны и апробированы комплексные терапевтические схемы, позволявшие уменьшить асоциальные и агрессивные тенденции больных алкоголизмом. Положительный эффект давало своевременное применение лекарственных средств, купирующих патологическое влечение к алкоголю, смягчающих аффективные и поведенческие расстройства, медикаментозных средств и методов восстановительной терапии. В схемы включался ряд психотерапевтических приемов, направленных на преодоление алкогольной анозогнозии, деструктивных психологических защит, вербализацию негативного опыта, получение эмоциональной поддержки, коррекцию искажений самосознания. Наиболее эффективными в этом отношении оказались индивидуальная рациональная психотерапия, групповая интерперсональная и семейная психотерапия.

Выводы. Поскольку нарушения социального функционирования больных алкоголизмом тесно взаимосвязаны с основными проявлениями синдрома зависимости, то применение комплексного максимально индивидуализированного подхода, ориентированного на коррекцию социальной дезадаптации, позволяет добиться положительных результатов как в лечении собственно алкогольной зависимости, так и в улучшении социального функционирования. В то же время улучшение социальной адаптации больных алкоголизмом способствует поддержанию трезвого образа жизни и продолжительности ремиссий.

## **ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКУЮ УСТОЙЧИВОСТЬ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Шереметьева И.И., Плотников А.В., Докенова С.В.**

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Барнаул

*INFLUENCE OF STRESS FACTORS ON MENTAL STABILITY IN INDIVIDUALS WITH PSYCHOACTIVE SUBSTANCE DEPENDENCE SYNDROME DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

*Sheremetyeva I.I., Plotnikov A.V., Dokenova S.V.*

Введение. Пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), по мнению многих ученых, является серьезной проблемой здравоохранения во всем мире, как в области физического здоровья, так и психического благополучия. На данный момент недостаточно доказательных данных о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье населения в целом, а также о возрастании уровней стресса, тревоги и депрессии во время экспансии пандемии. С целью изучения негативного психологического воздействия и психиатрических симптомов в пандемийный период были проведены исследования в разных странах. Исследователями из Китая к числу неблагоприятных эпидемических и психосоциальных факторов отнесены инфицирование членов семьи, широкое токсичное освещение событий пандемии в СМИ в виде фейковых новостей, наличие в анамнезе проблем с психическим здоровьем.

В ходе исследований в Саудовской Аравии выявлено, что текущая пандемия порождает страх заболеть и умереть, а дезинформирующие публикации – беспомощность и иррациональный страх. Почти четверть населения испытывала психологическое воздействие от умеренной степени до тяжелой [4]. На Филиппинах четверть респондентов сообщали о тревоге разной тяжести, а шестая часть – о депрессии. В информационный банк данных включены социально-демографические сведения, материалы о состоянии здоровья, история контактов с инфицированными, знания и опасения по поводу пандемии COVID-19, проявления стресса, усталости, депрессии и тревоги [5].

Если рассматривать психологические последствия прошлых эпидемий (тяжелый острый респираторный синдром CoV-1, лихорадка Эбола, ближневосточный респираторный синдром, угроза сибирской язвы), минувших стихийных бедствий, то текущие данные о COVID-19, по мнению авторов, предполагают многочисленные психологические постпандемийные последствия. Употребление алкоголя, посттравматическое стрессовое расстройство, тревога, гнев, страх заражения, неуверенность и

недоверие к официальной информации – вот лишь некоторые из непосредственных и долгосрочных последствий пандемии COVID-19.

Длительные периоды изоляции, неуверенность в будущем, растерянность в связи с изменением образа жизнедеятельности, инфантильная беспомощность, сомнения в своих силах и возможностях ухудшают психологическое состояние, особенно среди молодежи и людей с высшим образованием. Российскими авторами из-за снижения способности противостоять душевному дискомфорту и стрессу отмечаются трудности в образовательной сфере, семейных отношениях, проблемы профессиональной занятости. В психологической сфере на передний план выходят психоэмоциональная опустошенность, мучительные мысли о возможном неблагополучии, ожидание неотвратимых неприятностей, беспокойство по поводу будущего в связи со снижением доходов. Эмоциональное напряжение подкрепляется невозможностью или ограничением встреч с родственниками и близкими. Моральная подавленность и социальная тревога зачастую усиливаются на фоне алкоголизации родственников.

По мнению ряда авторов, запретительные меры, связанные с COVID-19, косвенно спровоцировали рост потребления алкоголя в большинстве стран, изменение стандартных моделей потребления алкоголя, увеличение случаев синдрома отмены алкоголя, сбои в доступе к получению медицинской помощи при расстройствах, вызванных употреблением алкоголя.

Для пациентов, обращающихся в системы помощи наркозависимым, пандемия создала дополнительные сложности. В период изоляции люди с психическими расстройствами, связанными с приемом ПАВ, и другими аддиктивными зависимостями могут испытывать искушение искусственно снять напряжение, стресс, неуверенность и возможные страдания за счет увеличения употребления ПАВ. К тому же дистресс и депрессия ослабляют иммунитет и осложняют течение и прогноз любого соматического заболевания, включая инфекционные [16, 17].

Эпидемические инфекции вызывают психические расстройства, требующие профессиональной оценки и лечения [18]. У 45% участников масштабного опроса (n=746 217) – студентов колледжей в Китае во время пандемии выявлены проблемы с психическим здоровьем: острый стресс (34,9%), тревожные (11,0%) и депрессивные (21,1%) симптомы. Определены эпидемические и психосоциальные факторы: инфицирование членов семьи и друзей, подверженность негативному освещению ковидной темы в СМИ, низкая социальная поддержка, наличие проблем с психическим здоровьем в прошлом. Учащиеся группы риска нуждаются в психосоциальной поддержке и услугах по охране психического здоровья [19].

Опрос 503 израильтян выявил высокий уровень тревожности и риска депрессии и обусловленность проблем психического здоровья факторами стресса, связанными с коронавирусом и медицинской политикой. Лишь малая часть опрошенных получала психиатрическую помощь, причем коренные израильтяне реже, чем недавние иммигранты [20].

Кросс-секционное обсервационное исследование психического здоровья египтян (n=510) в период пандемии с использованием анонимной он-лайн-анкеты выявило тяжелый стресс (41,4%), стресс на работе (34,1%), финансовый стресс (55,7%), домашний стресс (62,7%), состояние ужаса (53,9%) и беспомощности (52%), паники и страха (66,3%). 24,2% сообщили о поддержке друзей, 40,6% – членов семьи, 46,5% делились чувствами с членами семьи, 34,5% – с другими. 64,7% высказали заботу о переживаниях членов семьи. Возраст и проживание в сельской местности были отрицательными предикторами воздействия пандемии, женский пол и наличие хронического заболевания – положительными.

По прошествии года с начала распространения COVID-19 на территории РФ пандемия остаётся одной из актуальных проблем и в Алтайском крае. Социальная изоляция, смерть родственников и страх перед болезнью являются факторами риска не только развития психогенных расстройств, но и ухудшения состояния при наличии расстройств психики в анамнезе.

Цель исследования. Изучение влияния стрессорных факторов окружающей среды и выявление психогенных расстройств у лиц, проходящих стационарное лечение с синдромом зависимости от психоактивных веществ в Алтайском краевом наркологическом диспансере (г. Барнаул) в период пандемии. Особое внимание уделено характеристике проявлений посттравматического стрессового расстройства, депрессии и тревоги.

Материалы и методы. В добровольном информированном анкетировании приняли участие (n=86) пациенты в возрасте от 20 до 60 лет, проходившие стационарное лечение в Алтайском краевом наркологическом диспансере (г. Барнаул) в феврале – сентябре 2021 г. Получено следующее распределение по клинико-нозологической структуре расстройств, диагностированных у вошедших в исследовательскую выборку пациентов по МКБ-10: 1) психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2) – 74%; 2) психические и



поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов, синдром зависимости (F15.2) – 18%; 3) психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости (F11.2) – 8%.

Клинико-психологическое исследование проводилось с помощью психодиагностических методик: Миссисипской шкалы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), гражданский вариант, и стандартно используемых шкал первичной диагностики тревоги и депрессии А. Бека.

Расчеты производились с помощью пакетов программ обработки данных Microsoft Office Excel 2013, Epi Info 7.2.

Результаты и обсуждение. Результаты получены по данным анализа анкетирования (n=86) пациентов. Возраст опрошенных находился в диапазоне от 20 до 60 лет. Количество принявших участие в анкетировании мужчин (67%) превышало число женщин (33%). Более половины (54%) участников опроса приходилось на лиц 31–40 лет, около трети (32%) составляли 40–60-летние пациенты, самой малочисленной (14%) оказалась доля молодых пациентов (20–30 лет). Среди опрошенных пациентов выявлено следующее распределение по образовательному уровню: 45,5% – среднее специальное образование, 38,5% – среднее, 14% – высшее, неполное среднее – 2%.

Из 86 пациентов переболели новой коронавирусной инфекцией 23% исследуемых. В выборке проходивших стационарное лечение в АКНД обнаружено преобладание (62%) пациентов с диагнозом: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F10.2) по сравнению с пациентами, у которых были диагностированы: психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением других психостимуляторов, синдром зависимости (F15.2) и психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением опиоидов, синдром зависимости (F11.2) – соответственно 29,5% и 8,5%.

Согласно представленным данным, подверженность к ковидному инфицированию не имеет установленных связей с употреблением определенного вида ПАВ. Члены семьи и родственники (46%) чаще самих пациентов (23%) подверглись инфицированию и переболели.

По результатам анкетирования об источниках информации о смертности от COVID-19 и распространении пандемии первое место приходилось на телевидение и радио (79,2%), с меньшей частотой опрошенные использовали интернет-ресурсы (33%), печатные издания, такие как газеты и журналы (6%), другие источники, включая сообщения друзей и знакомых – пользователей социальных сетей (32%). Более трети (36%) респондентов утверждают, что вирус нанес непоправимый вред как их собственному здоровью и психике, так и родственников, друзей, знакомых. Страх летального исхода вследствие инфицирования COVID-19 чаще (72%) испытывали пациенты с алкогольным синдромом зависимости, чем их родственники (35%).

На контактный источник (заболевшие и носители вируса) передачи инфекции указало большинство (40%) участников анкетирования, четверть (25%) опрошенных основным путем инфицирования считали воздушно-капельное заражение, еще четверть (25%) опрошенных не владели информацией о способах передачи инфекции.

Среди пациентов с употреблением ПАВ тревога выявлена в большинстве (77%) случаев, в том числе тревога высокая (13%), средней (6,5%) и незначительной (57,5%) выраженности. По диагностической шкале определения тревоги Бека среди пациентов с употреблением ПАВ преобладал минимальный (57,5%) уровень тревоги, характеризовавшийся большей частотой встречаемости (77%) у пациентов с диагнозом F15.2 по сравнению с более низкой встречаемостью у пациентов с диагнозами F11.2 (66,7%) и F10.2 (45%). Высокий уровень тревоги встречался только у пациентов с диагнозом F10.2 (13%). Средний уровень тревоги выявлен у пациентов с диагнозами F10.2 (15%) и F15.2 (11%). Вместе с тем у части пациентов с диагнозами F10.2 (27%) и F15.2 (12%) тревога отсутствовала. Т.е. тревога в период пандемии наблюдается у большинства пациентов с синдромом зависимости от ПАВ.

Согласно психометрической шкале Бека депрессия была выявлена у большинства (85%) опрошенных пациентов с зависимостью от ПАВ. В ходе психодиагностического исследования проявлений депрессии не выявлено лишь у 15% респондентов, что свидетельствует о высокой подверженности пациентов с синдромом зависимости от ПАВ к развитию депрессивной симптоматики в период пандемии. Вместе с тем проявления легкой депрессии преобладали (36%) при сопоставлении с умеренной (27%), выраженной (12,4%) и тяжелой (9,6%) депрессивной симптоматикой. Легкое течение депрессии чаще встречалось у пациентов с диагнозами F15.2 (33,3%) и F11.2 (37,5%). Выраженная депрессия с усилением чувства безнадежности, подавленности, невозможности наступления благоприятных перемен в период пандемии более характерна для пациентов с диагнозом F10.2 (28,2%).

По Миссисипской шкале посттравматического стрессового расстройства (гражданский вариант) 29,7% (25 из 86) пациентов с зависимостью от ПАВ демонстрируют признаки интенсивного воздействия перенесенной психотравмы в связи с длительным нахождением в ситуации социальной изоляции и вынужденных ограничений привычной жизнедеятельности. Проявления ПТСР чаще выявлялись у пациентов с диагнозом F10.2 (84%, n=21) в сравнении с пациентами с диагнозами F15.2 (8%, n=2) и F11.2 (8%, n=2).

В категории исследуемых с ПТСР более чем у половины (56%) респондентов в анамнезе отсутствовали сведения о заболевании коронавирусной инфекцией. Подтвержденные медицинские данные о недавно перенесенном COVID-19 были получены в отношении 16% пациентов. Практически у половины (48%) переболевших новой коронавирусной инфекцией не обнаружено проявлений ПТСР.

Вместе с тем даже при отсутствии восприятия ситуации пандемии как психотравмирующего события, т.е. у лиц без признаков и симптомов ПТСР отмечались проявления депрессии. Для пациентов с зависимостью от ПАВ и без ПТСР более характерны выраженная (41,6%) и легкая (33,3%) депрессия и меньшая частота встречаемости умеренной (16,6%) и тяжелой (8,5%) депрессии. Также в данной группе респондентов преобладал высокий уровень (41,6%) тревоги по сравнению со средней выраженностью тревоги (25,0%) и незначительным уровнем тревожных переживаний (33,4%). Обнаруженные проявления депрессии и тревоги, расстройства в психической сфере в результате выраженного стресса, соответствующие критериям ПТСР, на материале обследованной нами выборки позволяют сделать вывод о связи развития психодезадаптационных расстройств или утяжелении имевшихся в анамнезе психических расстройств у пациентов с синдромом зависимости от ПАВ и перенесенным COVID-19.

**Заключение.** По данным клинического наблюдения (февраль – сентябрь 2021 г.) пациентов, проходивших стационарное лечение в Алтайском краевом наркодиспансере (Барнаул), около трети (29,7%) исследуемых испытали на себе негативное психологическое воздействие в условиях изоляции и карантинных мер в период пандемии COVID-19. Выявлено, что ухудшение психического состояния пациентов с зависимостью от ПАВ связано с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой. Особенности реагирования на травматический стресс в связи со стремительно распространяющейся инфекцией заключаются в гипертрофированном переживании опасности из-за угрозы жизни и здоровью, возможности смертельного исхода или в подавленно-безразличном поведении.

Выявлены информационные источники о распространении пандемии и смертности заболевших: телевидение и радио (79,2%), интернет-ресурсы (33%), социальные сети (32%), печатные издания (6%). 36% респондентов считают, что их психике нанесен непоправимый вред. 72% не могут избавиться от страха летального исхода. Основными классифицирующими признаками психогенных расстройств являются проявления тревоги, депрессии и ПТСР. Так как лица с ПТСР склонны к дезадаптивным формам поведения, они нуждаются в особой социальной и медико-психологической поддержке, также как и наркологические больные, которые относятся к группе высокого риска по развитию психогенных психических расстройств в период пандемии COVID-19 – всё это необходимо учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

## **СТРУКТУРА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЛИЦАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМИ КОММЕРЧЕСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ**

**Шурова Е.А., Клименко Т.В.**

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

*STRUCTURE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCE USE BY PERSONS PROVIDING COMMERCIAL SEXUAL  
SERVICES*

*Shurova E.A., Klimenko T.V.*

Огромная армия российской проституции (уличная, элитная, служебная, супружеская, интернет-виртуальная и т.п.) стала социальным слоем и превратилась в индустрию с использованием современных информационных технологий. Официальная статистика работников коммерческого секса (РКС) не ведется. По данным незарегистрированной ассоциации секс-работников «Серебряная роза», секс-работой в России занимаются около трех миллионов человек.

Проституция связана с распространением различных негативных медицинских и социальных последствий. Одним из наиболее актуальных проблемных аспектов проституции считается

злоупотребление РКС различными психоактивными веществами (ПАВ), что в свою очередь нередко оказывается ключевым фактором в распространении среди РКС и в населении в целом противоправной активности, гемоконтактных инфекций, туберкулеза, инфекций, передаваемых половым путем. Поэтому снижение уровня потребления ПАВ среди РКС может оказаться эффективным инструментом не только изменения вектора их социального поведения, но и снижения среди них противоправной активности и многих социально значимых и инфекционных заболеваний.

В рамках разработки программы медико-социального сопровождения РКС, злоупотребляющих ПАВ, была изучена структура потребляемых ими ПАВ, поскольку персонифицированные программы медико-социального сопровождения данной категории лиц организуются с учетом их социально-психологического и клинического профиля.

Дизайн исследования. На первом этапе совместно с региональным благотворительным фондом борьбы со СПИДом «Шаги» на месте функционирования РКС была организована аутрич-работа, в рамках которой с использованием Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), теста AUDIT (англ. Alcohol Use Disorders Identification Test), теста на употребление наркотиков Dast (Drug abuse screening test) был проведен скрининг РКС с проблемным употреблением ПАВ (доврачебная диагностика). С выявленными потребителями ПАВ проводилось профилактическое консультирование для их мотивирования на обращение за специализированной наркологической помощью. На втором этапе всем РКС по медицинским показаниям проводилось лечение в стационарных и (или) амбулаторных условиях, организовывалось их медико-социальное сопровождение в амбулаторных условиях в Центре профилактики социально значимых заболеваний ГБУЗ «Московского научно-практического центра наркологии» ДЗМ.

Результаты собственных наблюдений. По результатам скрининга из 460 проанкетированных РКС у 270 (58,7%) выявлены психические и поведенческие расстройства вследствие употребления ПАВ (далее – наркологические расстройства). Из них по результатам проведенного им мотивационного консультирования 180 РКС обратились за наркологической помощью.

Среди 180 обратившихся за наркологической помощью РКС - 72 мужчины (40%) и 108 женщин (60%). Большинство обследованных были в возрасте 22-29 лет (60,6%). При этом мужчины (средний возраст 27 лет) были достоверно моложе женщин (средний возраст 33 года;  $p < 0,01$ ).

Среди обследованных РКС преобладали лица с зависимостью от алкоголя (89; 49,4%) и с зависимостью от нескольких ПАВ (полинаркомания) (39; 21,7%). Достоверно реже выявлены лица с пагубным употреблением психостимуляторов (16; 8,9%) и пагубным употреблением алкоголя (28; 15,6%), а также лица с зависимостью от психостимуляторов (8; 4,4%).

У обследованных РКС женского пола достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) наблюдалась алкогольная зависимость (62%), достоверно реже – пагубное употребление алкоголя (17%) и полинаркомания (17%) и в единичных случаях – пагубное употребление психостимуляторов (3%) или зависимость от психостимуляторов (2%). У мужчин примерно в равных долях наблюдался синдром зависимости от алкоголя (30,6%) и зависимость от нескольких ПАВ (30,6%) и несколько реже – пагубное употребление психостимуляторов (10%), пагубное употребление алкоголя (12,5%) и синдром зависимости от психостимуляторов (8,3%).

Среди наркологических расстройств алкогольного генеза и у мужчин и у женщин без достоверной разницы преобладал синдром зависимости от алкоголя средней стадии (соответственно 54,8% и 59,3%), а среди наркологических расстройств вследствие употребления наркотических средств и психотропных веществ у мужчин достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) наблюдались пагубное употребление психостимуляторов (31,7%) и зависимость от психостимуляторов средней стадии (31,7%).

Среди наркотических средств РКС обоего пола чаще употребляли психостимуляторы (мужчины – 19; 46,3% и женщины – 5; 22,7%).

В структуре синдрома зависимости от нескольких ПАВ чаще наблюдалось сочетанное употребление алкоголя и психостимуляторов: мужчины – 13; 59,1% и женщины – 12; 70,6%. Достоверно реже наблюдалось сочетанное употребление алкоголя, каннабиноидов и психостимуляторов.

Употребление ПАВ РКС связывали с различными мотивами: 1) нейтрализация отрицательных эмоциональных переживаний, связанных с оказанием коммерческих сексуальных услуг (60; 33,3%); 2) снятие психоэмоционального напряжения до начала секса с клиентом (56; 31,1%); 3) для повышения физической и психологической выносливости во время секса с клиентами (30; 16,7%); 4) снятие напряжения после секса с клиентом (20; 11,1%); 5) по принуждению (предложению) со стороны клиента (14; 7,8%).

Выводы. 1. Среди РКС достаточно широко распространено проблемное употребление ПАВ с развитием психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ (58,7%). 2. В структуре ПАВ, которые употребляют РКС обоего пола, преобладает проблемное употребление алкоголя (65,0%). 3. Среди психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ у РКС преобладают зависимость от алкоголя (49,4%) и зависимость от нескольких ПАВ (21,7%). 4. Среди наркотических средств РКС обоего пола чаще употребляли психостимуляторы (мужчины – 46,3%; женщины – 22,7%).

## ИННОВАЦИОННЫЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ С НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ И ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ

Шушпанова Т.В. (1), Новожеева Т.П. (1), Шушпанова О.В. (2)

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН (1);

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (2)

Томск, Москва

*INNOVATIVE ANTICONVULSANTS WITH NEUROPROTECTIVE AND DETOXIFYING ACTIVITY*

*Shushpanova T.V. (1), Novozheeva T.P. (1), Shushpanova O.V. (2)*

Длительное употребление бензодиазепинов в качестве психоактивных веществ для лечения психоневрологических расстройств и аддиктивных состояний является значимой проблемой во всем мире в связи с развитием привыкания и зависимости от этих веществ. Необходимы разработка и создание новых лекарственных препаратов, обладающих антиконвульсивной, анксиолитической активностью, не обладающих седативными свойствами и не вызывающих привыкания и зависимости, изучение их основных физико-химических и фармакокинетических параметров для прогнозирования их воздействия на человека.

Проведенное ранее нами исследование по изучению геометрии галодифа в бензодиазепиновом сайте ГАМКА рецептора (молекулярное моделирование) выявило, что галодиф обладает высоким сродством к бензодиазепиновому сайту связывания ГАМКА рецептора. Этот эффект объясняется образованием множественных водородных связей между гидроксильной группой и аминокислотами в сайте связывания рецептора и низкой энергией связывания. Компактная молекула галодифа, имеет два бензольных кольца, определяющих ее липофильную природу, способна проникать в гидрофобную область связующего кармана и расположиться в достаточно «узком» бензодиазепиновом кармане, напоминая эффект «бабочки», за счет вытянутой структуры определенной части молекулы с ассиметричным атомом углерода и с «крылоподобной» структурой двух бензольных колец. Галодиф эффективно взаимодействует с ключевыми аминокислотами, вступая в усиленное взаимодействие с рецептором.

Отличительной особенностью молекулы галодифа при этом является меньший размер молекулы по сравнению с молекулой бензодиазепа – диазепама, которая растягивает в большей степени сайт связывания и обладает выраженным седативным действием на ЦНС и вызывает привыкание, что ограничивает длительность его применения в результате данного побочного эффекта. Галодиф не вызывает седативных эффектов, что предполагает более широкое его терапевтическое использование.

Ro5-4864 является лигандом для «периферического бензодиазепинового рецептора», являющегося митохондриальным белком-транслокатом 18 кДа (TSPO), встроенным в наружную митохондриальную мембрану и транспортирующим молекулу холестерина внутрь митохондрий, играющего лимитирующую функцию в синтезе стероидных гормонов. В низких дозах Ro5-4864 проявляет нейропротекторные свойства и широко используется для исследования роли белка TSPO в нейротоксичности. Исследования *in vitro* и в модельных экспериментах на грызунах предполагают возможность его фармакоположительного действия: обезболивающего, антидепрессивного, кардиозтекторного и противоопухолевого действия, а также еще не выявленные фармакологические эффекты.

В связи со способностью связываться с митохондриальными рецепторами в ЦНС и различных периферических тканях представляет интерес изучение влияния инновационного антиконвульсанта галодифа на данные рецепторы с целью изучения особенностей фармакологического спектра действия галодифа, связанного с функцией данных рецепторов.

Установлено, что галодиф повышал аффинность (К<sub>д</sub>) связывания [3H] Ro5-4864 с митохондриальными рецепторами коры головного мозга крыс и снижал экспрессию (В<sub>макс.</sub>) рецепторов, индуцированную этанолом при экспериментальном алкоголизме, что имеет нейропротективный эффект.

Нами изучались параметры фармакокинетики антиконвульсанта галодифа в ткани печени и показатели состояния цитохром Р450-зависимой монооксигеназной системы печени у лабораторных крыс при экспериментальном алкоголизме с различной длительностью введения препарата. При однократном интрагастральном введении галодифа крысам в дозе 100 мг/кг массы тела (1/20 ЛД50) выявлено замедление его элиминации из организма, что выражалось ввозрастании величины показателей: T1/2, MRT, MET, AUC, при снижении показателя Cl. В исследуемом органе-мишени печени наблюдались высокие показатели периода полувыведения (T1/2), среднего времени удерживания (MRT), элиминации (MET) и низкое значение общего клиренса препарата (Cl), что подтверждает снижение скорости выведения и накопление галодифа в ткани печени у крыс. При хроническом введении препарата в течение 5-ти дней элиминация галодифа из организма подопытных животных ускоряется: по сравнению с однократным назначением, что сопровождалось уменьшением значений показателей T1/2 и AUC и возрастанием значения Cl, MRT, MET.

Установлено, что полученные в ходе исследования данные коррелируют с показателями функционального состояния микросомальной окислительной системы (МОС) печени. Наблюдалась индукция цитохрома Р450. Возрастание параметра элиминации препарата Cl подтверждает тканевую биодоступность молекул галодифа.

При длительном введении галодифа в течение 15 дней элиминация препарата из организма замедляется по сравнению с пятикратным введением, однако в сравнении относительно однократного введения остается повышенной. Фармакокинетические параметры элиминации галодифа MRT, MET из печени подопытных животных также свидетельствуют об ускорении выведения молекул галодифа через гепатобилиарную систему.

Наиболее клинически важные взаимодействия антиконвульсантов возникают в результате индукции или ингибирования метаболизма лекарств. В отличие от индукции ферментов, ингибирование ферментов приводит к снижению метаболического клиренса лекарственного препарата, концентрация которого в сыворотке может увеличиваться, что приводит к токсическим эффектам. В случае алкоголизма это является наиболее важным, поскольку алкоголь сам вызывает токсические реакции в организме человека.

## **МИШЕНИ ДЕЙСТВИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО АНТИКОНВУЛЬСАНТА МЕТА-ХЛОР-БЕНЗГИДРИЛМОЧЕВИНЫ (М-СЛ-БГМ)**

**Шушпанова Т.В. (1), Новожеева Т.П. (1), Шушпанова О.В. (2)**

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН (1);

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (2)

Томск, Москва

*TARGETS OF AN INNOVATIVE ANTICONVULSANT META-CHLORINE-BENZHYDRYL UREA (M-CL-BHM)*

*Shushpanova T.V. (1), Novozheeva T.P. (1), Shushpanova O.V. (2)*

Исследование механизма взаимодействия молекулы м-Сл-БГМ с ГАМКА рецептором с использованием молекулярного докинга и радиорецепторного анализа, влияния на «иммуно-химический гомеостаз» у крыс при экспериментальном алкоголизме.

Для изучения молекулярной стыковки галодифа (м-Сл-БГМ) с определением ориентации и конформации лиганда в центре связывания белка-мишени ГАМКАР проводили молекулярный докинг с использованием модельной кристаллической структуры  $\alpha 1\beta 2\gamma 2$  гетеропентамера ГАМКАР, оптимизированную для оценки взаимодействия лигандов с бензодиазепиновым сайтом ГАМКАР. Докинг проводился в программном пакете Schrödinger (Glide) в режиме GlideInducedFitDocking с использованием высокоточной Extra-Precisionscoringfunction для оценки энергии взаимодействия (Glide, version 6.7, Schrödinger, LLC, NewYork, NY, 2017).

Экспериментальное исследование проводили на крысах-самцах линии Вистар (n=110), массой 150-180 гр. м-Сл-БГМ вводили в желудок крысам, предпочитавшим алкоголь по условиям скрининга (двухбюреточный тест с водой и 15% раствором этанола в течение 10 сут. с ежедневным контролем потребления жидкостей) и находившихся 10 мес. в свободном доступе к 15% раствору этанола) – «многопьющие» животные (опытная группа) в дозе 100 мг/кг массы тела (1/20 ЛД50) в виде суспензии 1% крахмальной слизи в дозе 100 мг/кг ежедневно в течение 5 дней и 30 дней; фенобарбитал (препарат сравнения) водили также в дозе 25 мг/кг (1/20 ЛД50). Клеточный состав, полную цитограмму

лимфоидных органов и перитонеальном экссудате исследовали в мазках, окрашенных азурэозином, с использованием классификации иммунокомпетентных клеток. Радиорецепторные исследования свойств бензодиазепиновых рецепторов (БЗДР) проводили с использованием связывания [3Н]флунитразепама ([3Н]ФНЗ) с синаптосомальными мембранами мозга крыс в контрольной и опытной группах – «многопьющие» крысы и крысы «непредпочитавшие» алкоголь, соответственно.

м-СІ-БГМ представляет собой инновационное противосудорожное средство с «точечным механизмом действия», обладающий антиалкогольным эффектом. По результатам молекулярного докинга установлено, что молекула м-СІ-БГМ комплементарна бензодиазепиновому сайту и взаимодействует с ключевыми аминокислотами на интерфейсе  $\alpha 1\gamma 2$  ГАМКА – рецептора. м-СІ-БГМ характеризуется высокой степенью соответствия модели связывания рецептора ГАМК и более эффективен, чем карбамазепин. Наше исследование показало, что сродство ГАМКА-рецептора к селективному лиганду [3Н]флунитразепама (аффинность связывания – 1/Кд) в результате связывания его с синаптосомальными мембранами головного мозга была снижена в коре головного мозга самцов крыс, предпочитавших алкоголь, «многопьющих» по сравнению с «непредпочитавшими» алкоголь крысами. м-СІ-БГМ увеличивает сродство рецепторов ГАМКА в мозгу крыс, что приводит к увеличению нейротрансмиссии ГАМК в головном мозге и вызывает снижение потребления алкоголя. м-СІ-БГМ усиливает ГАМКергические процессы за счет положительного модулирующего действия на ГАМКА-бензодиазепиновый гетеропентамерный рецепторный комплекс. Бензодиазепиновые рецепторы в головном мозге являются молекулярными мишенями действия препарата.

Особенности монооксигеназной системы цитохрома Р450 печени и ЕЦТ в лимфоидных органах крыс изучали при различных сроках введения м-СІ-БГМ (галодифа) – 5 сут. и 30 сут. крысам, предпочитавших алкоголь при экспериментальном алкоголизме. Препарат, проявляя умеренные индуцирующие свойства в отношении монооксигеназной системы печени, вызывала фазные и разнонаправленные изменения со стороны лимфоидных органов и естественной цитотоксичности иммунокомпетентных клеток (ЕЦТ). Длительное введение м-СІ-БГМ вызывало обеднение клеточного состава лимфоидных органов, снижению ЕЦТ клеток селезенки и перитонеального экссудата, однако эти изменения были менее выраженными, по сравнению с препаратом барбитурового ряда – фенобарбиталом.

Длительное введение м-СІ-БГМ вызывало истощение клеточного состава лимфоидных органов, снижение показателя естественной цитотоксичности клеток селезенки и перитонеального экссудата, однако эти изменения были менее выраженными по сравнению с барбитуратами. м-СІ-БГМ, проявляя умеренные индуцирующие свойства на монооксигеназную систему печени, вызывает фазовые и разнонаправленные изменения в лимфоидных органах и естественную цитотоксичность иммунокомпетентных клеток.

При активации иммунной системы происходит обратная регуляция выработки ферментов системы цитохрома, так как при помощи антител концентрация низкомолекулярных мишеней резко сокращается. Передача защитной функции от одной системы к другой происходит в процессе детоксикации с участием цитохрома Р-450. Метаболиты м-СІ-БГМ, конъюгированные с эндогенными макромолекулами и образуют полноценный стимул для иммунной системы. Таким образом, система цитохрома Р450 и иммунная система регулируют друг друга. Полученные нами данные свидетельствуют о формировании специфического иммунного ответа на введение м-СІ-БГМ, что является значимым при формировании нейроиммунного ответа при поведенческих расстройствах, связанных с алкоголизмом и коррекцией данного состояния. Специфическая активация ее происходит к моменту снижения активности микросомальных монооксигеназ печени – через месяц введения препарата животным. Такая передача функции защиты от одной системы к другой является функциональной и полноценной при поддержании «иммуно-химического гомеостаза» в организме.

Выводы. Инновационный антиконвульсант м-СІ-БГМ с модулирующими свойствами ГАМКА рецепторов перспективен для профилактики рецидивов и лечения алкоголизма, поскольку действует на молекулярные мишени ГАМК и этанола, является патогенетически направленным лекарственным средством для достижения эффективности терапии, не вызывает негативных эффектов (толерантность, злоупотребление, иммунотоксичность) при его применении.

## ЭМБРИОГЕНЕЗ НЕЙРОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ГЛИОБЛАСТОВ И ГАМКА РЕЦЕПТОРОВ) НЕЙРОИММУННОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ

Шушпанова Т.В. (1), Солонский А.В. (1), Шумилова С.Н. (1), Шушпанова О.В. (2)

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН (1);

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (2)

Томск, Москва

*EMBRIOGENESIS OF NEURONAL ELENENTS (GLIOBLASTS AND GABAAR) OF THE HUMAN BRAIN  
NEUROIMMUNE SYSTEM WITH PRENATAL INFLUENCE OF ALCOHOL*

*Shushpanova T.V. (1), Solonsky A.V. (1), Shumilova S.N. (1), Shushpanova O.V. (2)*

Воздействие алкоголя вызывает дисбаланс нейроиммунной функции и приводит к нарушению развития мозга. Алкоголь активирует сигнальные пути врожденного иммунитета в мозге. Нейроиммунные молекулы, экспрессируемые и секретлируемые глиальными клетками головного мозга, изменяют функцию нейронов и стимулируют алкогольное поведение. В передаче нейроиммунных сигналов участвуют различные сигнальные пути и клетки мозга. Глиальные клетки являются основными источниками иммунных медиаторов в головном мозге, которые отвечают на иммунные сигналы в ЦНС и выделяют их. Целью исследования было изучение нейрональных элементов: морфометрических параметров глиобластов, синаптических структур и свойств синаптосомных ГАМКА/бензодиазепиновых рецепторов нейроиммунной системы в эмбриогенезе мозга человека при перинатальном воздействии алкоголя. Выявлены изменения глиобластов в ткани мозга эмбрионов и плодов человека в условиях хронической пренатальной алкоголизации с увеличением срока беременности по сравнению с контрольными подгруппами: достоверное увеличение среднего количества глиобластов, длины периметров пресинаптического терминала, постсинаптической плотности, пресинаптические терминальные области были значительно меньше ( $p < 0,01$ ) в исследуемой группе, чем в контрольной группе сравнения. Воздействие этанола снижает сродство ГАМКА/бензодиазепиновых рецепторов, что влияет на нейрональную пластичность, связанную с развитием и дифференцировкой клеток-предшественников (глиобластов и нейробластов) во время эмбриогенеза. Это вызывает нарушение взаимосвязей эмбриональных клеток в головном мозге, приводит к чрезмерным явлениям апоптоза из-за активации глиальных клеток, нарушению нейроиммунной функции, изменениям нервных цепей, изменению баланса возбуждающих и тормозных эффектов. Активация глии – это компенсаторная реакция, вызванная нейропластическими изменениями, направленная на адаптацию развивающегося мозга эмбриона и плода в условиях нейротоксичности и гипоксии под действием этанола.

Глия играет важную роль в развивающемся мозге, отключая синапсы и регулируя функцию нервных цепей. Нарушение гомеостатической роли глии может привести к дисфункции нейронов и развитию патологии. Активация глиальных клеток в период токсического воздействия или другой патологии является необходимой защитной функцией головного мозга. Глиальные клетки контролируют возбуждение нейронов, регуляцию синаптической пластичности и высвобождение нейротрофических факторов. Они окружают сомы высокоактивных нейронов с целью снижения возбуждения, а также мигрируют и смещают синапсы с тормозной функцией в нейронах коры головного мозга для повышения экспрессии нейропротекторных молекул в нейронах. Таким образом, изменение активности микроглии вызывает нарушение нормальной активности нейронов и усиление нейротоксичности, вызываемой этанолом при воздействии на различные нейроиммунные молекулы.

## РИСК РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВТ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ФАРМАКОТЕРАПИЮ НАЛТРЕКСОНОМ

Ярославцева Т.С., Блохина Е.А., Звартау Э.Э., Вербицкая Е.В., Бушара Н.М., Палаткин В.Я., Ветрова М.В., Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Санкт-Петербург

*HIV RISK BEHAVIOR AND ART ADHERENCE IN PATIENTS WITH OPIOIDE DEPENDENCE RECEIVING NALTREXONE TREATMENT*

*Yaroslavtseva T.S., Blokhina E.A., Zvartau E.E., Verbitskaya E.V., Bushara N.M., Palatkin V.Ya., Vetrova M.V., Vasilieva J.V., Krupitsky E.M.*

Цель исследования: Распространение ВИЧ инфекции в когорте потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) остается на высоком уровне, не смотря на общую тенденцию к снижению доли инфицирования ВИЧ парентеральным путем в Санкт-Петербурге (с 33,9% в 2016 году до 19,1% в 2021 году). Профилактику распространения ВИЧ среди людей, употребляющих наркотики, возможно осуществлять как на поведенческом, так и на биологическом уровне. Стабилизация ремиссии у ВИЧ инфицированных больных с зависимостью от опиоидов может снизить рискованное поведение в отношении передачи ВИЧ. В тоже время, терапия, направленная на предотвращение рецидива опиоидной зависимости, позволит повысить приверженность антиретровирусной терапии (АРВТ) и, как следствие, снизить уровень вирусной нагрузки ВИЧ (ВИЧ ВН) до неопределяемой.

Целью исследования было оценить влияние длительного курса (в течение 48 недель) терапии налтрексоном в двух формах (пероральной и имплантируемой) на: уровень рискованного поведения, приверженность АРВТ и уровень ВИЧ ВН у больных с опиоидной зависимостью и ВИЧ.

Методы: 200 ВИЧ-инфицированных больных завершивших курс детоксикационной терапии по поводу зависимости от опиоидов и, впервые начавшие АРВТ, были рандомизированы в 2 группы по 100 человек в каждой: первая группа (НИ) получала налтрексон в имплантируемой форме (1000 мг налтрексона (Продетоксон) вводились подкожно, курс составлял 4 имплантации с периодичностью 1 раз в 3 месяца) и плацебо перорально; вторая группа (НП) получала налтрексон в пероральной форме (50 мг ежедневно) и плацебо-имплантат (4 имплантации с периодичностью 1 раз в 3 месяца). Продолжительность лечения и наблюдения составила 48 недель.

Показателями эффективности были выбраны средний балл шкалы теста оценки степени риска (ТОСР) в отношении инфицирования ВИЧ инъекционным и половым путем; приверженность АРВТ (количество больных, продолжающих прием АРВТ через 48 недель лечения; средняя продолжительность приема назначенных препаратов АРВТ); показатель неопределяемой ВИЧ ВН через 48 недель. Для оценки межгрупповых различий проводился дисперсионный анализ (Mixed ANOVA).

Результаты: Показатель риска передачи ВИЧ инъекционным путем по шкале ТОСР за период исследования в группе НИ существенно снизился по сравнению с группой НП ( $M \pm SD$ ): с  $8,2 \pm 5,75$  до  $1,2 \pm 2,67$  баллов vs с  $9,7 \pm 5,91$  до  $3,1 \pm 4,82$  соответственно со статистически значимым эффектом времени и группы (Mixed ANOVA эффект времени  $F_{4,357} = 80,3$ ;  $p < 0,0001$ ; эффект группы  $F_{1,357} = 9,5$ ;  $p = 0,002$ ). Средний балл по шкале ТОСР, отражающий риск передачи ВИЧ половым путем, достоверно не отличался между группами лечения ( $F_{1,357} = 0,73$ ;  $p = 0,4$ ), однако статистически значимо снижался у всех пациентов, которые закончили 48 недель исследования (всего 78 участников: 46 в группе НИ и 32 в НП): ( $M \pm SD$ ): с  $4,8 \pm 2,76$  до  $3,4 \pm 2,36$  ( $F_{4,357} = 12,4$ ;  $p < 0,0001$ ). Приверженность АРВТ была значимо выше в группе НИ по сравнению НП по средней продолжительности приема АРВТ: (медиана (LQ–HQ)): НИ – 40 недель (16–48) vs НП – 21 неделя (14–42); Лог-ранк:  $p = 0,046$ . Количество пациентов, продолжающих прием АРВТ через 48 недель лечения налтрексоном, было 78 (39%), среди которых количество больных с неопределяемой ВИЧ ВН в группах НИ и НП было следующим: 84,8% ( $n=39$ ) vs 81,3% ( $n=26$ ) соответственно.

Заключение: Длительный курс лечения налтрексоном в пролонгированной форме способствует снижению риска распространения ВИЧ инфекции. Этот факт удалось подтвердить с помощью двух подходов, как на основании субъективных данных, полученных от пациента (оценка рискованного поведения в отношении передачи ВИЧ и средней продолжительности приема АРВТ), так и на основании



объективных данных, подтверждающих полную супрессию ВИЧ до неопределяемого уровня. Таким образом стабилизация ремиссии у ВИЧ инфицированных пациентов с опиоидной зависимостью позволяет улучшить поведенческую составляющую путем снижения рискованного инъекционного и полового поведения в данной когорте и достичь неопределяемого уровня ВИЧ ВН, и тем самым снизить риск передачи ВИЧ в популяции.

## НЕВРОЛОГИЯ

### ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДИСТОНИЧЕСКИМ ТРЕМОРОМ

Буряк Ю.В., Захаров Д.В.

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

Санкт-Петербург

*PERSONALITY CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH CERVICAL DYSTONIA COMPLICATED BY DYSTONIC TREMOR*

*Buriak Yu.V., Zakharov D.V.*

Дистония – экстрапирамидное расстройство, характеризующееся постоянными или прерывистыми мышечными сокращениями, вызывающими патологические, часто повторяющиеся непроизвольные движения, позы или их комбинацию. Причем дистонические движения обычно стереотипны и могут сопровождаться дистоническим тремором (ДТ). Цервикальная дистония (ЦД), является наиболее распространенной фокальной дистонией. При данном состоянии в патологический процесс вовлекаются мышцы шеи и плечевого пояса, что приводит к патологической установке головы.

Наличие дистонического тремора (ДТ) не зависит ни от тяжести проявлений дистонии, ни от дистонического паттерна. ДТ является позиционно-чувствительным (т.е. значительно меняется в зависимости от позы). Например, при цервикальной дистонии попытка больного удержать голову прямо или совершить контралатеральный поворот сопровождается усилением латеральных осцилляций головы – ДТ. И наоборот, после прекращения усилия, направленного против ротации головы или против другого непроизвольного дистонического спазма, ДТ обычно исчезает – в литературе это положение называется нулевой точкой.

Для клинической картины дистонии характерны не только моторные симптомы, но и немоторные, что часто недооценивается клиницистами.

В нашем исследовании были обследованы 10 пациентов с установленным диагнозом Цервикальная дистония с дистоническим тремором головы, произведена оценка психосоциальных показателей пациентов при помощи Шкалы самооценки Спилбергера–Ханина– State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Опросника Невротических черт личности, Интегративного теста тревожности, оценен уровень качества жизни по шкале SF-36 (Ware J.E. et al, 1992), выявлены общие особенности личности у данной категории больных.

При исследовании черт личности пациентов обращает на себя внимание высокая и повышенная степень ипохондричности, что говорит о сосредоточенности на состоянии своего здоровья, внимательном отношении к незначительным проявлениям недомогания, повышенному контролю над поведением и образом жизни с целью избежать ситуаций, потенциально связанных с риском заболевания (переохлаждение, перенапряжение и др.). Пациенты склонны к поиску информации о различных заболеваниях и соблюдению всех предписаний по их предупреждению; характерна негибкость поведения в целом, дискомфорт при необходимости изменения привычных жизненных стереотипов.

Вместе с тем для пациентов характерен низкий уровень социальной неадаптивности, что говорит о значительных адаптивных возможностях личности, пластичности, дифференцированности социального поведения; хороших коммуникативных способностях и стремлении к сотрудничеству.

В структуре личностной тревожности испытуемых доминирует эмоциональный дискомфорт, что связано с наличием эмоциональных расстройств, сниженным эмоциональным фоном или неудовлетворенностью жизненной ситуацией, эмоциональной напряженностью, элементами ажитации.

При оценке качества жизни у всех пациентов с дистоническим тремором отмечены низкая оценка как физического, так и психического компонента здоровья, причем психологический компонент преобладает.

Наши данные коррелируют с данными мировой литературы, согласно которым больные цервикальной дистонией находятся в состоянии хронического стресса, который повышает уровень стигматизации, степень дезадаптации и снижает трудоспособность больных. Описана высокая распространенность тревожных и депрессивных расстройств при цервикальной дистонии. Высокая частота указанных расстройств, очевидно, связана с тем, что снижение контроля за положением головы вызывает у пациентов значимые психологические проблемы, усиливая аутостигматизацию, вызывая выраженные социальные ограничения, тем самым затрудняя процесс адаптации.

Наличие двигательных нарушений и, связанных с ними, социально-психологических расстройств влечет за собой снижение качества жизни пациентов с формированием ограничительного поведения и невротизацией личности.

Заключение: при обследовании и лечении пациентов с цервикальной дистонией и дистоническим тремором необходимо учитывать не только моторные проявления заболевания, но и немоторные проявления. Снижение качества жизни пациентов обусловлено как двигательными нарушениями, так и психологическим дискомфортом, связанным наличием дрожательного гиперкинеза.

Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий к работе с данной группой пациентов должны быть привлечены медицинские психологи, психиатры и психотерапевты.

## **ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

**Гришина А.А., Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Реверчук И.В., Васильева Т.В.**

ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта»

Калининград

*INDIVIDUAL APPROACH IN THE DIAGNOSIS OF PATIENTS WITH LESIONS OF THE RIGHT AND LEFT HEMISPHERES IN THE ACUTE PERIOD OF CORONARY ISCHEMIC STROKE*

*Grishina A.A., Tynterova A.M., Perepelitsa S.A., Reverchuk I.V., Vasilyeva T.V.*

Качество жизни и социальная адаптация больных после острого нарушения мозгового кровообращения является актуальной проблемой современного здравоохранения [1]. Ведущими факторами инвалидизации у значительного числа пациентов являются двигательные расстройства и полиморфизм когнитивных дисфункций [2]. Актуальным и дискуссионным остается вопрос о раннем возникновении когнитивных нарушений в остром периоде ОНМК. Основной вклад в структуру постинсультной когнитивной дисфункции вносят поражения, вызванные ишемией в стратегических областях [3, 4]. Другими этиопатогенетическими причинами постинсультных когнитивных нарушений могут быть: хроническая ишемия мозга и преморбидная нейродегенерация, предшествующие ОНМК [5, 6]; неблагоприятный психоэмоциональный фон [7]; латерализация поражения – локальные поражения правого или левого полушарий головного мозга [8]. Изучение причин, патогенеза, разномодальных маркеров инсульта, а также разработка своевременной диагностики и нейропсихологических нарушений позволит разработать индивидуальные программы физической и психологической реабилитации и, тем самым, расширить ресурсывосстановительного потенциала.

Цель исследования – выявление ранних нейропсихологических и нейровизуализационных маркеров у пациентов с поражением правого и левого полушарий головного мозга в остром периоде ишемического инсульта.

Материалы и методы исследования. В исследование включено 80 пациентов первичного сосудистого центра с диагнозом «Ишемический инсульт». В зависимости от локализации инсульта, пациенты разделены на две группы: 1 группа – 40 пациентов с поражением правого полушария головного мозга. 2 группа – 40 пациентов с поражением левого полушария головного мозга. На 3-4-е сутки болезни проводилось исследование когнитивного статуса по Монреальской шкале (MoCA), оценка уровня депрессии, тревоги по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), исследование кинетического и идеаторного праксиса с использованием специальных тестов, астении по субъективной шкале оценки

астении (MFI-20), исследование выбора копинг стратегий по опроснику Хэйма. Нейровизуализационные показатели оценивались по данным компьютерной томографии.

Результаты. Течение острого периода ишемического инсульта в бассейнах передней и средней мозговых артерий у пациентов обеих групп характеризуется проявлением умеренных когнитивных расстройств у половины пациентов, а также ранней деменции у 15% больных. Когнитивный дефицит пациентов с поражением правого полушария реализовался в сфере идеаторного праксиса, речевых нарушений и абстрактного мышления. Наиболее часто очаг ИИ у данной группы пациентов локализовался в теменной коре. Это объясняет развитие ранних нарушений в сфере праксиса, т. к. данная локализация является стратегической зоной в отношении манифестации апраксии. Нарушение речи у больных данной группы, ассоциированное с семантическим дефицитом, в большей степени связано с латерализацией очага. Пациенты с повреждением правого полушария головного мозга чаще всего испытывают трудности с языковыми задачами, относящимися к лексической обработке. Нарушение в сфере абстрактного мышления коррелирует с семантическим дефицитом и это связано, как с локализацией ишемического очага, так и с латерализацией процесса. Другими немаловажными предикторами развития высших корковых нарушений является совокупность нейровизуализационных маркеров, таких как атрофия головного мозга, последствия предыдущего ОНМК, на фоне которых возник ишемический инсульт. Неблагоприятный психоэмоциональный фон, в частности депрессия и тревога, а также выбор неадаптивных стратегий (избегание, пассивность, неспособность к адаптации) с одной стороны являются предикторами ранней манифестации когнитивной дисфункции, а с другой могут быть вторичной реакцией на когнитивный дефицит у пациентов, перенесших инсульт, хотя этот предмет остается спорным. Подкорковая локализация очагов ИИ у больных с поражением левого полушария объясняет развитие таких постинсультных когнитивных нарушений, как снижение исполнительной функции и внимания. Субкортикальный механизм реализации данных когнитивных нарушений обусловлен разобщением лобных долей и подкорковых базальных ганглиев на фоне поражения глубоких отделов белого вещества головного мозга. Наличие диффузных изменений белого вещества полушарий головного мозга (лейкоареоз) является наиболее распространенным патогенетическим вариантом развития постинсультных когнитивных нарушений.

Заключение. В результате проведенного исследования установлено сочетание наиболее информативных показателей, характерных для поражения правого и левого полушарий у пациентов в остром периоде ишемического инсульта. Результаты исследования доказывают целесообразность комплексной оценки латерализации, локализации инсульта, преморбидного фона в отношении ранних когнитивных нарушений при разработке реабилитационных мероприятий, направленных на восстановление когнитивного и эмоционального ресурса пациентов, как в остром периоде ишемического инсульта, так и при выборе дальнейших персонифицированных программ восстановительной терапии и расширения ресурсов восстановительного потенциала.

## **РАДИОЛОГИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЙ СИНДРОМ, РИСКИ РАЗВИТИЯ ДОСТОВЕРНОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Губская К.В.**

ГБОУ ВПО ИвГМА Минздрава России

Иваново

*RADIOLOGICALLY ISOLATED SYNDROME, RISKS OF DEVELOPING RELIABLE MULTIPLE SCLEROSIS*

*Gubskaja K.V.*

В последние годы в повседневной клинической практике все чаще у пациентов при магнитно-резонансном томографическом (МРТ) исследовании с контрастным усилением гадолинием головного и спинного мозга выявляются очаги демиелинизации, отвечающие критериям диссеминации в пространстве. У этих пациентов при изучении анамнеза не удается установить наличия симптоматики, неврологических нарушений, характерных для рассеянного склероза (РС). Таким образом, регистрируется радиологически изолированный синдром (РИС). Актуальным остается вопрос о прогностических маркерах возможной клинической манифестации РС (если считать РИС ранней стадией РС) и создании алгоритма их определения. Эта стратегия очень важна для уточнения рисков развития тяжелого, инвалидизирующего, в настоящее время неизлечимого заболевания, а также для решения вопроса о сроках назначения патогенетического лечения.

Цель. Оценить риски развития достоверного РС при РИС на основе изучения психических, в том числе когнитивных расстройств.

Материалы и методы. В течение 10 лет проведено наблюдение 25 пациентов с РИС по результатам МРТ-диагностики головного и спинного мозга (шейный отдел) с контрастным усилением гадолинием (15 женщин, 10 мужчин), они были включены в первую группу наблюдения. Средний возраст пациентов был  $41 \pm 5,23$  лет. 25 пациентов с клинически изолированным синдромом (12 женщин, 13 мужчин), средний возраст которых составлял  $41 \pm 5,23$  года, были включены во вторую группу наблюдения. В группу контроля вошли 25 здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. Для исследования применялись: тест Спилбергера – Ханина, шкала астении MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory), шкала оценки утомляемости MS-FSS (Multiple Sclerosis – Fatigue Severity Scale), тест для исследования когнитивных функций MMSE (Mini Mental Scale Examination). Диагноз депрессии устанавливался по МКБ-10, выраженность депрессии оценивалась с использованием шкалы Бека. Качество жизни изучалось с использованием опросника EuroQol-5D (качество жизни, связанное со здоровьем). Всем пациентам проводилось клиничко-неврологическое обследование, детально изучался анамнез. В 32% случаев произошла конверсия РИС в РС, этим больным дополнительно проведена ретроспективная оценка данных обследования для уточнения факторов риска. МРТ-исследование как спинного, так и головного мозга с контрастным усилением (гадолиний) в режимах T1, T2, FLAIR проводилось по стандартной методике на высокопольном томографе марки Siemens, мощность поля магнита 1,5 Тл. Оценка степени инвалидизации по EDSS не проводилась, так как при использовании этой шкалы невозможно количественно точно обозначить уровень психических расстройств. Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica 6,0, корреляционный – при помощи непараметрического критерия Спирмена. Пороговым уровнем статистической значимости считалось значение  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. У пациентов с РИС с конверсией в РС в сравнении с больными с КИС выявлен достоверно более высокий уровень тревожности 45 баллов и выше ( $p < 0,05$ ), была установлена сильная корреляция между средним баллом показателей тревожности со степенью выраженности усталости по MS-FSS. Что согласуется с литературными данными, так как в ряде исследований установлена зависимость между психоэмоциональными нарушениями и нейрхимическими процессами в ЦНС [1,2]. У трети пациентов с РИС с конверсией в РС наблюдалась клинически значимая депрессия, от 17 до 26 баллов по шкале Бека, что в три раза выше, чем у пациентов с КИС. В исследованиях ряда авторов отмечается, что высокий уровень провоспалительных цитокинов (ФНО  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ) и интерферонов альфа) коррелирует с такими симптомами как утомляемость, снижение концентрации внимания и памяти, тревога и депрессия, что способствует развитию хронических прогрессирующих заболеваний [3,4]. У пациентов с РИС с конверсией в РС чаще в анамнезе отмечались значимые стрессовые события (ЗСС), что подтверждает мнение о том, что ЗСС приводят к выраженной нагрузке на иммунную систему и способствуют потенцированию процессов демиелинизации и развитию впоследствии РС [5,6]. Распространенность когнитивных нарушений при РИС была такой же, как и при КИС за исключением одного показателя: у больных с конверсией РИС в РС скорость обработки информации (СОИ) была ниже, чем у больных с КИС ( $p < 0,001$ ). Кроме того, качество жизни пациентов с РИС с конверсией в РС было ниже, чем у больных с РИС без перехода в РС ( $p < 0,005$ ). У здоровых не установлено аффективных расстройств, снижения СОИ, повышения уровня тревожности.

Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость наблюдения и изучения психических, в том числе когнитивных расстройств у больных с РИС, как возможных факторов риска конверсии РИС в РС.

## **НОВЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РОЛАНДИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ)**

**Зайцев Д.Е., Титов Н.А., Зайцев И.Д., Гузева О.В.**

Психоневрологический Центр Д.Е. Зайцева

Санкт-Петербург

*NEW ETIOLOGICAL FACTORS IN THE FORMATION OF ROLANDIC EPILEPSY (PRELIMINARY RESULTS)*

*Zaytsev D.E., Titov N.A., Zaytsev I.D., Guzeva O.V.*

Детская эпилепсия с центротемпоральными спайками на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), ранее известная как доброкачественная эпилепсия детства с центротемпоральными спайками в ЭЭГ или

«роландическая» эпилепсия (РЭ), это самоограниченная (имеющая склонность к самопроизвольному прекращению приступов к определенному возрасту, возрастзависимая) эпилепсия, наблюдаемая у детей в раннем школьном возрасте.

Атипичная эпилепсия детства (АПЭ) с центротемпоральными спайками, ранее известная как синдром псевдо-Леннокса, атипичная доброкачественная парциальная эпилепсия детства или атипичная доброкачественная эпилепсия детства с центротемпоральными спайками, рассматривается в настоящее время как атипичная эволюция детской эпилепсии с центротемпоральными спайками. Этот синдром также самоограниченный, однако характеризуется частыми полиморфными приступами и некоторыми особенностями нарушений в ЭЭГ (нетипичная локализация роландических спайков, большая их представленность).

Дети, страдающие данной формой (в отличие от детей с РЭ), имеют психоневрологический дефицит той или иной степени выраженности и как правило имеют задержку

моторного/психоречевого/психоэмоционального развития. При этом семиология приступов у детей с РЭ и АПЭ схожа. В 2013 году J.R. Lemke et al. (Lemke, J.R. Mutations in GRIN2A cause idiopathic focal epilepsy with rolandic spikes) объединили доброкачественную эпилепсию детства с центротемпоральными спайками, атипичную эпилепсию детства с центротемпоральными спайками на ЭЭГ, синдром Ландау-Клеффнера и эпилептическую энцефалопатию с продолженной пик-волновой активностью в фазу медленноволнового сна (ESES) в общий спектр, объединенный нарушениями в гене GRIN2A, кодирующим альфа2 субъединицу NMDA рецептора. В последующие годы различные авторы описали другие генетические нарушения, которые могут приводить к роландической/атипичной роландической эпилепсии (GRIN2A, KCNT1, KCNJ11, SCN9A, KCNA2, CHRNA4, GRIN2B, CAMK2A, ADGRV1).

Целью нашего исследования было уточнить спектр генетических нарушений пациентов детского возраста, страдающих атипичной роландической эпилепсией, наблюдающихся в нашем Центре.

Материалы и методы: изучены данные 26 пациентов детского возраста с РЭ и АПЭ, которым было проведено генетическое исследование (полногеномное, полноэкзомное либо панельное), а также продолженный ЭЭГ мониторинг ночного сна (ЭЭГ регистратор «Энцефалан», Медиком-МТД, Россия).

Результаты: у всех обследованных пациентов при проведении генетического анализа выявлены нарушения в различных локусах. Наиболее часто встречающаяся патология определялась в гене PEX6 (5 пациентов), отвечающем за фактор сборки пероксисом 6, и не встречавшийся в изученной нами литературе в связи с РЭ/АПЭ. Вторым по частоте геном в изученных нами результатах был ген PАН (3 пациента), отвечающий за развитие фенилкетонурии (при том, что фенилкетонурия была исключена у всех детей). Генетические нарушения спектра роландической эпилепсии, описываемые в литературе и имеющие доказанную связь с РЭ/АПЭ (GRIN, GRIN1, GRIN2A, KCNJ11 и др.) встречались значительно реже.

Выводы: полученные нами предварительные данные позволяют сделать вывод о необходимости дальнейшего изучения генетических факторов, являющихся предикторами развития РЭ/АПЭ, а также обосновывают необходимость проведения полноэкзомных генетических исследований всем детям с заболеваниями спектра роландической эпилепсии.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Коцюбинская Ю.В., Казаков А.В., Михайлов В.А., Васильев В.В.**

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

Санкт-Петербург

*CLINICAL SIGNS OF SUBJECTIVE COGNITIVE DECLINE IN THE EARLY STAGES OF ALZHEIMER'S DISEASE*

*Kotsiubinskaya Yu.V., Kazakov A.V., Mikhailov V.A., Vasiliev V.V.*

Болезнь Альцгеймера (БА) является самой распространенной причиной когнитивного дефицита у лиц старше 65 лет, доходя до 80% случаев синдрома деменции. В последние десятилетия перед неврологами и психиатрами во всем мире стоит задача по описанию клинической картины, доклинических проявлений, поиску биохимических, молекулярно-генетических механизмов развития различных форм деменции. В исследованиях было подтверждено, что именно амнезия является ранним и наиболее существенным признаком синдрома деменции при БА, что соответствовало патологоанатомическим исследованиям, показывавшим, что наиболее вовлеченными в патологический процесс чаще всего оказываются структуры медиальной височной доли (гиппокамп, энторинальная кора). Такой дефицит

памяти отражал неспособность эффективно обрабатывать и хранить новую информацию, в первую очередь страдало отсроченное воспроизведение. В 1982 году Reisberg В. с соавт. выдвинул теорию о том, что клинической стадии умеренного когнитивного снижения при БА предшествует субклиническая стадия болезни – Субъективное когнитивное снижение (СКС) – состояние, при котором постепенно начинает ухудшаться самовосприятие. Для его характеристики использовались различные термины, такие как «субъективные когнитивные жалобы», «субъективные жалобы на память», «субъективные проблемы с памятью», «субъективное нарушение памяти», «субъективные когнитивные нарушения», «потеря субъективной памяти», «ухудшение субъективной памяти». В 2011 году Национальным Институтом по проблемам старения и Альцгеймеровской Ассоциацией (NIA-AA) были выделены три стадии развития заболевания БА: доклиническая, умеренный когнитивный дефицит, стадия деменции. Доклиническая стадия представляет наибольший интерес для исследователей ввиду малой изученности, недостаточной диагностики, а также возможностей инициации терапии на очень ранних стадиях дегенеративного процесса с целью предупреждения развития деменции. Основой для определения доклинической стадии, по мнению NIA-AA, являются наличие биомаркеров (бета-амилоида (A $\beta$ ), тау-протеина) при нейровизуализационных и лабораторных исследованиях, оценка нейродегенеративных изменений и уровня когнитивного дефицита. Исследователи NIA-AA предложили разделять доклиническую стадию на несколько следующих друг за другом фаз. В первой фазе – бессимптомный церебральный амилоидоз, при котором выявляется наличие бета-амилоида по данным позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) с Питсбургской субстанцией (PIB) и снижение бета-амилоида (пептид с большей молекулярной массой – A $\beta$ 42) в цереброспинальной жидкости. Во второй фазе – амилоидоз с признаками синаптической дисфункции/ранней нейродегенерации которая характеризуется повышением уровня тау-белка или фосфолированного тау-белка в цереброспинальной жидкости, гипометаболизмом в областях, типично поражаемых при БА по данным ПЭТ (задняя поясная извилина, предклинье и / или височно-теменная кора), атрофией вышеназванных областей и/или гиппокампа по данным волуметрической или функциональной МРТ. В третьей фазе – амилоидоз с признаками синаптической дисфункции/ранней нейродегенерации и легкое когнитивное снижение при которой когнитивное снижение носит субъективный характер и не находит подтверждения при стандартных нейропсихологических методах.

Во избежание путаницы и с целью лучшего понимания состояния СКС, как этапа предболезни, следует различать от таких симптомов как жалобы на память, забывчивость. Кроме того, сохраняется неопределённость относительно того, какие жалобы пациента наиболее релевантны для выявления очень раннего когнитивного снижения. В 2014 году Jessen F. с коллегами вывели критерии для диагностики СКС, а также определили особенности, повышающие вероятность доклинической стадии БА у пациентов с умеренными когнитивными нарушениями. Подтверждающими клиническими признаками является постоянное снижение когнитивных функций, испытанное на собственном опыте, по сравнению с ранее нормальным состоянием и не связанное заболеванием головного мозга, развившимся остро. При этом пациенты должны продемонстрировать нормальные результаты с учетом возраста, пола и образования в стандартизированных когнитивных тестах, которые используются для подтверждения умеренного когнитивного расстройства или продромальной БА. Исключающими клиническими признаками считается наличие легких когнитивных нарушений и подтвержденная продромальная стадия БА или деменция. И в том случае, когда когнитивный дефицит может быть связан с психическим расстройством или неврологическим заболеванием, приемом лекарств или употреблением психоактивных веществ. Важно отметить, что диагностика СКС основана на самооценке, на которую могут легко влиять такие эмоциональные факторы как состояние тревоги, депрессивные переживания и преморбидные личностные особенности.

Таким образом, самоотчет о когнитивном снижении пациентов, а также опрос родственников поможет предсказать развитие нейродегенеративного заболевания и требует комплексного диагностического подхода.

## КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

Кунафина Е.Р., Брюханова О.Б., Кунафина А.А.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России;

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова

Уфа

*COMPREHENSIVE REHABILITATION OF POST-STROKE PATIENTS*

*Kunafina E.R., Bryukhanova O.B., Kunafina A.A.*

Острые нарушения мозгового кровообращения (инсульты) являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. По данным европейских исследователей на каждые 100 тыс. населения приходится 600 больных с последствиями инсульта, из них 60 % являются инвалидами. В России ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов к труду возвращается не более 20 % больных, перенесших инсульт. Инсульт «молодеет» и часто поражает людей в трудоспособном возрасте, что существенно повышает не прямые расходы государства – на лечение. Инсульт накладывает особые обязательства на членов семьи больного, значительно снижая их трудовой потенциал. Наиболее частыми последствиями инсульта являются: центральные парезы и параличи; речевые нарушения; когнитивные нарушения; постинсультные эмоционально-волевые нарушения; снижение психической и двигательной активности; центральные боли; дисфагия; нарушение равновесия, координации и статики; нарушение повседневной жизненной активности.

Полноценное восстановительное лечение не может быть проведено одним специалистом. В отделении восстановительной медицины и нейрореабилитации Республиканской клинической больницы им. Куватова лечение осуществляется мультидисциплинарной бригадой, работающей как единая команда с четкой согласованностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход к реализации задач реабилитации. В состав бригады входят следующие специалисты: невролог, терапевт (кардиолог), нейрореабилитолог (невролог, врач ЛФК), афазиолог – логопед, инструктор ЛФК, массажист, психотерапевт (психиатр), психолог. Совместный осмотр больного специалистами мультидисциплинарной бригады и учет данных дополнительных исследований позволяют максимально индивидуализировать лечебную программу, что является важным условием реабилитационного процесса.

Перед началом процесса нейрореабилитации больному проводится оценка степени имеющихся нарушений, устанавливается уровень потенциальных реабилитационных возможностей (реабилитационный потенциал), определяются цель и задачи восстановительного лечения.

В процессе нейрореабилитации большинство больных, перенесших инсульт, нуждаются в постоянном кардиологическом наблюдении («сопровождении»), в целях вторичной профилактики инсульта, включающее активное кардиологическое обследование больных и наблюдение в динамике за основными показателями функции сердечно-сосудистой системы, влияющими на уровень церебрального кровообращения: состояние ритма сердца и АД. При проведении нейрореабилитации постинсультным больным необходимо: обязательное проведение суточного мониторинга ЭКГ (выявление пароксизмов фибрилляции предсердия, ССУ, желудочковых и наджелудочковых тахикардии, атриоэлектрических блокад, ишемии миокарда и других бессимптомных электрокардиографических нарушений; проведение пациентам эхокардиографии. Только ЭхоКГ позволяет распознать ИЭ, кальцинирующий аортальный стеноз, постинфарктный кардиосклероз, ревматический аневризмы межпредсердной перегородки, дилатационную кардиомиопатию, нарушения функции ЛЖ, оценить состояние сократительной способности миокарда. При проведении двигательной нейрореабилитации проведение ХМ повторяется для корригирования степени физической нагрузки. При подборе гипотензивной терапии используется суточное мониторирование артериального давления (СМАД). После проведения углубленного кардиологического обследования планируются дозированные физические нагрузки (по показателям деятельности сердечно-сосудистой системы). Подход строго дифференцированный.

За истекший год врачом-психотерапевтом в отделении оказана помощь 797 пациентам. Формы и виды психотерапии в нейрореабилитационной клинике очень сложно описать, так как использование приемов «психотерапии прямого действия» затруднено, а иногда невозможно у больных при очаговых поражениях головного мозга с нарушением высших психических функций, проявляющихся тяжелыми расстройствами экспрессивной и импрессивной речи (моторные и сенсорные афазии и др.),

двигательных функций (правосторонние гемипарезы верхних и нижних конечностей). Вместе с тем психотерапия является значимым направлением в комплексе лечебных мероприятий, поскольку эмоциональное и психологическое состояние больного служит одним из основных факторов, определяющих возможности и эффективность восстановительного процесса. В постинсультных эмоционально-волевых нарушениях преобладают астено-депрессивные реакции. У 20-60% больных они сопутствуют инсульту, в большинстве случаев являясь реакцией на болезнь, на возникшую беспомощность. Депрессия может усиливать когнитивные нарушения, часто сочетается с выраженной астенией. Для пациентов с депрессивным расстройством характерны снижение интереса к любому виду деятельности, включая к реабилитационным мероприятиям, потеря аппетита, нарушение сна, раздражительность, тревожность, снижение концентрации внимания, суицидальные мысли. Из всех обследованных пациентов нейрореабилитационного отделения тревожно-депрессивные расстройства имели 205 чел. (18,7%). Для органического астенического расстройства присуще сочетание пониженного настроения со снижением уровня активности, повышенной утомляемостью, истощаемостью, неспособностью к длительному физическому и психическому напряжению. 504 больным был выставлен диагноз «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство» (46,1%).

Достаточно часто после инсульта возникают когнитивные нарушения (около 25% больных), хотя они редко достигают степени деменции. Такие нарушения могут возникнуть не только при обширных поражениях корковых областей, но и при подкорковых очагах в функционально значимых зонах. Когнитивные нарушения включают дефицит внимания и способности быстрой ориентации в меняющейся обстановке, снижение памяти, замедленность мышления, быструю истощаемость при умственной работе. 31,5% пациентов были с когнитивными расстройствами. Высокий процент обусловлен, вероятно, тем, что в группе осмотренных больных 47% (517 чел.) были в возрасте старше 60 лет, 20 больным из общего числа обследованных был выставлен диагноз «Деменция», что составляет 1,8% от числа органических расстройств. У значительной части больных постинсультные когнитивные нарушения имели определенную тенденцию к уменьшению их выраженности в течение первых месяцев после инсульта. Последнее время в отделении для лечения больных с постинсультными когнитивными нарушениями с успехом используются препараты, применяемые для лечения болезни Альцгеймера (глиатилин, акатинол-мемантин).

Кроме индивидуальной психотерапевтической работы, большое значение имеют групповые занятия больных с логопедами, специалистами лечебной физкультуры, по социальной работе и др., создающими базу для формирования у больного позитивного отношения к жизни, открывающими перед ним перспективу и вселяющими надежду на выздоровление. Очень важны создание и поддержание в отделении (подразделении) «психотерапевтической среды». Особым видом деятельности является семейная психотерапия – многоаспектная работа, направленная на достижение в семье понимания проблем больного и причин конфликтов, возникающих в связи с его заболеванием. Эта работа должна носить постоянный, структурированный характер и рассчитана не только на понимание проблем семейных отношений, но и на активное привлечение родственников к участию в нейрореабилитационном процессе, социально-бытовой и трудовой адаптации больного, восстановление у него речи и других высших психических функций и на овладение навыками активной поддержки.

Таким образом, медицинская реабилитация пациентов после инсульта требует организации сложной, высокопрофессиональной, специализированной, мультидисциплинарной медико-санитарной помощи. Важными являются восстановление и поддержание на должном уровне когнитивного статуса с целью осознанного участия пациента в реабилитационных мероприятиях, а также понимания им успехов непрерывной пролонгированной реабилитации. Необходимо сочетание медикаментозных и немедикаментозных методов лечения на различных этапах нейрореабилитации.



# СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ, ВЫЗВАННЫЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА, У ИММУНОКОМПЕТЕНТНОЙ ПАЦИЕНТКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Левина О.А., Михайловский И.А., Реверчук И.В.

Калининградская Областная Клиническая Больница

Калининград

*A CLINICAL CASE: AN IMMUNOCOMPETENT PATIENT WITH EPSTEIN-BARR VIRUS SEROUS*

*MENINGOENCEPHALITIS*

*Levina O.A., Mikhailovskiy I.A., Reverchuk I.V.*

Аннотация. Вирус Эпштейна-Барра (ВЭБ) является членом семейства вирусов герпеса, которым заражена большая часть населения мира. Инфекция ВЭБ обычно протекает бессимптомно. В некоторых случаях симптоматика затрагивает центральную нервную систему. Здесь мы хотим рассказать о редком клиническом кейсе, о случае серозного менингоэнцефалита у иммунокомпетентной пациентки с нехарактерной для менингита клиникой.

Клинический случай. Анамнез: пациентка, 66 лет, была экстренно госпитализирована в отделение Калининградской Областной Клинической Больницы с подозрением на инсульт в вертебро-базиллярном бассейне. На момент осмотра при поступлении пациентка предъявляла жалобы на двоение в глазах, асимметрию лица и нарушение глотания (поперхивание). Также она рассказала, что примерно за 3 недели до поступления у неё развилась стойкая головная боль, не купирующаяся анальгетиками, стала нарастать, была постоянной, «разлитая по всей голове». Пациентка обращалась к терапевту в поликлинике по месту жительства. Головная боль нарастала до нестерпимой, изматывающей, стала распространяться в шею и область между лопаток. Примерно за 5 дней до госпитализации, 23.08.2021, пациентка стала отмечать асимметрию лица («не смогла закрыть правый глаз»), в тот же день была проведена МСКТ головного мозга – достоверных КТ – данных за внутримозговое кровоизлияние, свежие ишемические изменения головного мозга на момент исследования не выявлено. 26.08.2021 пациентка с результатами томографии и новой жалобой (на двоение в глазах) обратилась к неврологу, был заподозрен синус-тромбоз и рекомендовано провести МРТ головного мозга в срочном порядке (МР-картина ангиоэнцефалопатии II ст., общей сообщающейся ненапряженной гидроцефалии заместительного генеза, локального мастоидита, замедление венозного оттока крови во внутренней яремной вене справа). 28.08.2021, в день госпитализации, появилось нарушение глотания. В течение двух-трех последних дней пациентка также отмечала незначительное повышение температуры до 37,0С. В неврологическом статусе при поступлении в стационар: контактна, критична, ориентирована всесторонне. Обращенную речь понимает, инструкции выполняет верно. ЧМН: парез отводящих нервов с обеих сторон, сходящееся левостороннее косоглазие. Зрачки OD=OS, фотореакции средней живости. Нистагма нет, диплопия есть. Периферический прозопарез справа. Девиация языка вправо. Функция фонации не изменена, глотание затруднено. СХР S=D, живые. Явных парезов нет. Мышечный тонус нормальный. Чувствительность не изменена. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет с мимопопаданием слева. Симптом Бабинского отрицательный с обеих сторон. Менингознаков нет. НФТО отрицает. В лабораторных анализах при поступлении – без особенностей. В лабораторном анализе спинно-мозговой жидкости при поступлении: бесцветный, прозрачный, цитоз 278 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, нейтрофилов 90%, лимфоцитов 10%, реакция Панди (+++), реакция Н-Аппельта (+), белок 2г/л, глюкоза 2,0 ммоль/л, %. После получения результатов ликвора, пациентка была проконсультирована с клиническим фармакологом, было назначено следующее лечение: раствор цефепима 2000мг + 200,0 0,9 NaCl в/в капельно 2 раза в день, раствор эниксума 0,4 подкожно 2 раза в день для профилактики тромбоэмболических осложнений, раствор цитофлавина 10,0 в/в капельно в качестве антиоксидантного средства, омез в капсулах для защиты желудочно-кишечного тракта, р-р трамадола в/м в связи с выраженным цефалгическим синдромом. 30.08.2021, на вторые сутки госпитализации пациентка с некоторой динамикой в неврологическом статусе: менингознаков убедительно нет, сходящийся страбизм за счет обоих глаз - невротия отводящего нерва с 2-х сторон, симптомы невротии лицевого нерва справа легкой степени (видимо в динамике с улучшением - слегка хуже морщит лоб справа, симптом ресниц, легкая асимметрия оскала D<S). Пациентка была повторно спунктирована, были взяты ликвор и кровь на общий, биохимический анализы, также на вирус простого герпеса 1,2,6 типа, вирус Эпштейн-Барр, энтеровирусы, клещевого энцефалита, цитомегаловируса. К лечению был добавлен ацикловир 1000мг 3 раза в день в/в капельно, однако на введение данного

лекарственного средства у пациентки развилась аллергическая реакция в виде крапивницы, и перед введением препарата добавлены внутримышечные инъекции дексаметазона. СМЖ динамике от 30.08: бесцветный, прозрачный, цитоз 140 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, нейтрофилы 28%, лимфоциты 72%, глюкоза 2,9 ммоль/л, белок 1,5 г/л. Субъективно: отмечает уменьшение цефалгического синдрома, в связи с чем трамадол был отменен. На МРТ головного мозга с контрастным усилением от 31.08.2021 - МР-признаки менингоэнцефалита, ретроцеребеллярной кисты. Оболочки мозга местами нерезко утолщены, имеют повышенный на T2 ВИ МР-сигнал. Также отмечается неравномерное усиление МР-сигнала на T2 и Flair ВИ от серого вещества головного мозга теменных и затылочных долей (более выражено). После контрастного усиления участки измененного серого вещества и оболочки мозга умеренно фиксируют контрастное вещество. 07.09.2021, на 10 сутки госпитализации и лечения пациентка с выраженной положительной динамикой: полный регресс цефалгического синдрома, стала закрывать правый глаз. Двоение сохраняется только при длительной нагрузке при взгляде влево, глотает самостоятельно. При исследовании ПЦР ликвора и крови обнаружена ДНК вируса Эпштейн-Барра, а также в ликворе и в крови методом ИФА обнаружены антитела к *Varrelia burgdorferi*. 20.09.2021, 23 сутки лечения, пациентка «спунктирована» повторно: цитоз 36 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, лимфоциты 80%, нейтрофилы 20%, белок 0,639 г/л, глюкоза 3,03 ммоль/л, а через два дня пациентка выписана домой со стойкой положительной динамикой на амбулаторное лечение и наблюдение, также были даны рекомендации. Дополнительные лабораторные исследования. Ликвор и кровь на вирусологию: ДНК HSV I,II, ДНК CMV, ДНК HHV6, ДНК VZV, РНК вирус клещевого энцефалита, РНК энтеровирусов – не обнаружены; ДНК вируса Эпштейна-Барр – обнаружена. ИФА крови на ВПГ, СМУ, ВЭБ: ВПГ IgM не обнаружены, Ig G 1:3200; СМУ IgM не обнаружены, Ig G 1:1600; ВЭБ IgM не обнаружены, Ig G 143 МЕ/мл. Обсуждение. Уникальность описанного случая заключается в том, что в сыворотке крови иммуноглобулин G был положительным, а иммуноглобулин M – отрицательным. Эта находка указывает нам на то, что пациентка ранее была инфицирована ВЭБ, и что в последнее время она не контактировала с вирусоносителем. Хотя клинически и по лабораторным данным диагноз не вызывал сомнений, всегда важно установить возбудителя процесса. Выявление ДНК ВЭБ в ликворе подтверждает факт локализации процесса в головном мозге и оболочках. Реактивация латентного ВЭБ наблюдалась как раз в нашем случае. Обычно подобные состояния развиваются у людей с иммунодефицитом или лимфопролиферативными заболеваниями. Однако, у нашей пациентки ни одной аналогии не было обнаружено [5]. Нейтрофильный состав ЦСЖ, который определялся у нашей пациентки при первом ее исследовании (90% нейтрофилов), может быть при вирусных поражениях ЦНС в дебюте заболевания. Именно по этой причине при подобных значениях цитоза следует одновременно назначать и противовирусную, и антибактериальную терапию. Согласно литературным данным, летальность при развитии герпетических менингоэнцефалитов составляет 15-20%, а без противовирусной терапии – 70%, но при своевременно начатой адекватной этиотропной терапии, летальность снижается до 5-6% [3]. Исход болезни нашей пациентки мы считаем благополучным, учитывая сопутствующие заболевания и возраст. На данный момент больная полностью поправилась, а неврологический дефицит регрессировал.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ПОЗДНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД**

**Михайлова А.А.**

ГНЦ РФ – ФГБНУ «РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского»  
Москва

*EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THE IMPACT OF COMPLEX REHABILITATION TECHNOLOGIES ON COGNITIVE FUNCTIONS IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE IN THE LATE RECOVERY PERIOD*

*Mikhaylova A.A.*

Инсульт является одной из основных причин в структуре первичной инвалидности по классам болезней (данные ВОЗ, Росстат России 2020 г.). Большинство медицинских научных исследований направлены на проблемы физических недостатков, тогда как когнитивные нарушения и депрессия у таких пациентов остаются без внимания. Именно когнитивные нарушения и депрессия после инсульта являются самым значительным фактором инвалидности среди пациентов. У пациентов снижается качество жизни и повышается риск рецидива заболевания, ухудшается прогноз, повышается риск смертности и

повторного инсульта. У больных наблюдается развитие тяжелых когнитивных расстройств в виде деменции после ОНМК, которое составляет от 4 до 40%, а когнитивных нарушений, не достигающих выраженности деменции, – от 37 до 71%.

В связи с этим разработка новых эффективных методов для лечения и профилактики осложнений когнитивных функций у больных после ОНМК является особенно важной. В последнее время большую актуальность приобретает применение преформированных физических факторов в медицинской реабилитации пациентов после ОНМК. В то же время, отсутствуют данные о эффективности влияния сочетанных методик на когнитивные функции пациентов после ОНМК применения сегментарных и местных физиотерапевтических методик.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 60 больных, средний возраст которых составил 60,51±10,9 года. Под наблюдением находились больные, перенесшие ишемический инсульт с двигательными нарушениями в виде гемипареза с повышением мышечного тонуса по типу спастичности в позднем реабилитационном периоде. Диагноз определялся строго в соответствии с критериями ВОЗ. Все пациенты предоставили информированное согласие на участие в исследовании, в соответствии с требованиями локального этического комитета.

Пациенты были разделены на 2 сопоставимые по клинико-функциональным характеристикам группы: основную группу – 30 пациентов, получавших в дополнение к стандартному реабилитационному комплексу сочетанные методы физиотерапии от аппарата Alpha™ LED Oxy Light - Spa™, в которые входили: термотерапия, оксигенотерапия, вибротерапия, ароматерапия (программа «Релаксация»). Курс лечения состоял из 8-10 процедур. И контрольную группу – 30 пациентов, получавших только стандартный реабилитационный комплекс, включающий ЛФК, медицинский массаж, кинезотерапию.

Всем пациентам на контрольных точках исследования (до лечения, после лечения, через 3 и 6 мес. после лечения), помимо сбора анамнеза и жалоб, проводилось общеклиническое обследование, комплексное неврологическое обследование, которое, в том числе, включало в себя оценку когнитивных нарушений согласно Монреальской шкале когнитивной оценки (МОСА). Также, оценивали субъективную выраженность эмоционального состояния и самочувствия пациента по данным Госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS.

Результаты исследования. До начала реабилитации у всех пациентов, включенных в данное исследование, наблюдались умеренная степень выраженности когнитивных нарушений. В большей степени были определены измененные показатели оптико-пространственных и исполнительных навыков (МОСА\_1: 3,9 из 5), памяти (МОСА\_6: 3 из 5), внимание (МОСА\_3: 5,2 из 6) и речь (МОСА\_4: 1,9 из 3). Показатели абстракции (МОСА\_5: 1,7 из 2) и ориентации (МОСА\_7: 5,7 из 6) снижены незначительно. Функция речи («называние», МОСА\_2: 3 из 3) по данному тесту – без нарушений. Средний общий показатель по тесту был менее 26 баллов и составил 24,2 из 30, что свидетельствует о наличии когнитивных нарушений.

Метод сочетанного применения физиотерапевтических факторов от аппарата Alpha™ LED Oxy Light - Spa™ представляет собой воздействие на пациента механо-лечебным, термолечебным, фотолечебным и ароматерапевтическим методами, дополненными подачей высоких концентраций кислорода.

При сравнительном анализе данных тестирования МОСА пациентов обеих групп, после лечения, было выявлено преимущество динамики показателей когнитивных функций у пациентов основной группы, которым в дополнение к стандартному реабилитационному комплексу было назначено лечение на Alpha™ LED Oxy Light - Spa™ (зрительно - конструктивные/исполнительные навыки - 4,2; называние-3; внимание-5,4; речь-2,2 абстракция-1,8; отсроченное воспроизведение (память)-3,9; ориентация-5,9). В контрольной группе наблюдались менее значимые положительные результаты.

Характер психоэмоционального дефекта оценивался по данным скрининговой госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983; Wade D., 1982).

В исходном состоянии до начала проводимого лечения и медицинской реабилитации результаты тестирования показали следующие значения в основной и контрольной группах: уровень депрессии – 11,2±0,2 и 11,0±0,6 балла и уровень тревоги – 11,0±0,6 и 11,0±0,2 балла соответственно, что соответствовало клинически значимому изменению данных показателей.

Благодаря проводимым методам медицинской реабилитации уже после лечения в обеих группах отмечалось снижение уровня психоэмоционального напряжения. В динамике уровень тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS у пациентов основной группы снизился до отсутствия достоверно выраженных симптомов тревоги (7,1±0,2) и депрессии (7,1±0,5), а у пациентов контрольной группы тоже отмечалось значимое улучшение, но до субклинически выраженных симптомов, тревоги (9,2±0,2) и депрессии (8,6±0,6). Аналогичные показатели сохранялись и на 3, 6 месяцы после лечения.

В процессе проведения исследования нежелательных явлений не отмечалось. Все пациенты хорошо переносили сочетанные физиотерапевтические процедуры.

Полученные в результате исследования данные позволили сделать вывод, что включение в курс медицинской реабилитации у пациентов, перенесших ишемический инсульт с двигательными нарушениями в виде гемипареза с повышением мышечного тонуса по типу спастичности методов сочетанной физиотерапии от аппарата Alpha™ LED Oxy Light – Spa™, уже непосредственно на 14 день лечения позволяет достоверно значимо улучшить когнитивные функции и снизить степень психоэмоционального дефекта, что подтверждалось шкалами MOCA и HADS.

Включение сочетанных физиофакторов превосходило эффективность стандартной медицинской реабилитации, но при этом необходимо отметить, что в обеих группах достигнуты положительные результаты от лечения.

Полученные данные согласуются с результатами применения физиотерапевтических методик, применяемых при заболеваниях пациентов после ОНМК.

Исследование ограничено спектром противопоказаний к проведению физиотерапевтических процедур. Заключение. Включение сочетанных методов физиотерапии в стандартный комплекс медицинской реабилитации и лечения пациентов, перенесших ишемический инсульт с двигательными нарушениями в виде гемипареза способствует существенному улучшению когнитивных функций и снижению степени психоэмоционального нарушения.

## **АТИПИЧНОЕ СТРОЕНИЕ ЗОНЫ БРОКА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АФАЗИЕЙ НОНФЛЮЭНТНОЙ ФОРМЫ**

**Михайлов В.А., Васильев В.В., Казаков А.В., Коцюбинская Ю.В.**

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

Санкт-Петербург

### *ATYPICAL STRUCTURE OF THE BROCA'S AREA IN A PATIENT WITH PRIMARY PROGRESSIVE NONFLUENT APHASIA*

*Mikhailov V.A., Vasiliev V.V., Kazakov A.V., Kotsiubinskaya Yu.V.*

Болезнь Альцгеймера (БА), наиболее распространенное нейродегенеративное заболевание, насчитывающая 60-80% деменций, затрагивающая между 28 и 38 миллионов человек во всем мире. С момента манифестации деменции средняя продолжительность жизни составляет от 5 до 6 лет, причем, у лиц с ранним началом БА, средняя выживаемость больше. При БА нейродегенеративный процесс чаще всего начинается в гиппокампе и затем прогрессирует в височные доли, лобные и теменные ассоциативные области. При этом выявляются различия при клинко-радиологическом сопоставлении выраженности атрофии и когнитивных функций, связанных с медиальной височной долей, гиппокампом, парагиппокампальной извилиной, миндалевидным телом у пациентов с БА по сравнению со здоровыми лицами. Соответственно, атрофия в вышеуказанных областях является важным предиктором прогрессирования от минимального когнитивного снижения до деменции. Таким образом, рутинное использование МРТ играет значительную роль при диагностике БА и связанных с ней расстройств.

Описание клинического случая. Пациент Ж. 61 года поступил на 6 отделение «НМИЦ ПН имени В.М.Бехтерева» с жалобами на нарушение речи, снижение памяти. Ввиду нарушений речи и проблем с памятью сбор анамнеза был затруднен. Со слов родственников известно, что заболевание началось 5-6 лет назад, когда появились проблемы с памятью, запоминанием новой информации. Со временем состояние ухудшалось: появились трудности при ориентировке в пространстве, трудности при обращении со столовыми приборами. Изменился эмоциональный фон: «стал более сентиментальным». При общении с новыми людьми стал более закрытым. Данные объективного исследования. Общемозговых и менингеальных симптомов нет. Обоняние сохранено с обеих сторон. Острота зрения снижена. Движения глазных яблок в полном объеме. Глазные щели S=D. Зрачки D=S, реакции на свет, прямая и содружественная, живые, конвергенция и аккомодация не нарушены. Нистагма нет. Поля зрения при ориентировочном обследовании без ограничения. Экзофтальма, энофтальма, диплопии нет. Чувствительность на лице сохранена. Лицо симметрично. Язык без девиации. Мягкое небо напрягается симметрично, глотание не нарушено. Рефлексы орального автоматизма отрицательные. Мариеску-Радовича с 2-х сторон отрицательные. При осмотре мышц атрофии, гипертрофии, фибриллярных

подергиваний не выявлено. Глубокие рефлексы верхних конечностей D=S, средней живости, нижних конечностей D>S, средней живости Тонус мышц конечностей не изменен, сила сохранена 5б. Патологических рефлексов нет. В позе Ромберга – пошатывание без латерализации. Лёгкий интенционный тремор правой руки. ПНП и ПКП выполняет верно. Функция тазовых органов не нарушена. Походка не изменена. Психический статус: Сознание ясное. Частично ориентирован в месте, времени и собственной личности. Внешне опрятен, несколько растерян. Продуктивный контакт затруднен ввиду речевых нарушений, часто переспрашивает задание, не выполняет сложные команды. Настроение с оттенком благодушия. В беседу вступает охотно, доброжелателен. Речь скудная, сбивчивая. Выражает беспокойство к собственному состоянию, просит о помощи. Суточные колебания настроения не определяются. Отмечает периодическую тревогу на фоне эпизодов дезориентации в пространстве. Мышление конкретное. Внимание истощаемое. Память снижена, преимущественно на недавние события. 14 баллов по MMSE. Тест рисования часов не выполняет. Обнаруживается акалькулия, апраксия. Сон: с тенденцией к бессоннице. Аппетит достаточный. Вес стабильный. Суицидные, агрессивные и аутоагрессивные намерения отрицает. На момент осмотра опасных тенденций не предъявляет. Бредовых идей не высказывает. По заключению клинического психолога данные настоящего исследования указывают на наличие дегенеративного процесса с грубыми мнестико-интеллектуальными нарушениями, с модально-специфическими нарушениями, отражающими дефицитарность теменных и височных структур головного мозга. Проведено МРТ головного мозга по специальной программе с оценкой степени атрофии. Выявлены радиологические признаки нейродегенеративного поражения головного мозга. При структурной визуализации выявляются атрофические изменения, затрагивающие преимущественно медиобазальные отделы височных долей (больше справа) и ассоциативные зоны обеих теменных долей. В ходе функционального сканирования с целью определения латерализации и локализации моторной речевой зоны (зоны Брока) была визуализирована область, расположенная в правом полушарии в области задней трети нижней лобной извилины. Для верификации данных через полученную зону активации построены тракты по результатам проведенной МР-трактографии. Через область активации проходит передняя часть аркуатного пучка и часть пирамидного тракта. При определении моторного представительства правой руки, визуализирована область, расположенная в предцентральной извилине левого полушария. Анализ данных, полученных в ходе диффузионно-тензорной ИП, позволил визуализировать проводящие пути белого вещества – ассоциативные, комиссуральные и проекционные. При качественном анализе значительных обеднений и обрывов не выявлено. В соответствии с полученными данными исследований и объективного статуса подтвержден диагноз деменции умеренной степени выраженности при болезни Альцгеймера с дебютом в виде синдрома первичной прогрессирующей афазии, и в последующем назначена нейротрофическая, антихолинэстеразная терапия, мемантин. Таким образом, ранняя диагностика заболевания и своевременно начатое лечение играет важнейшую роль в возможности повлиять на ход заболевания и улучшить качество жизни больного. Среди большинства существующих в настоящее время инструментальных методов исследования только МРТ-диагностика широко доступна клиницисту для постановки диагноза. При этом МРТ головного мозга по специальной программе, которая позволяет наиболее точно определить локализацию и выраженность атрофии, включает в себя: визуальную шкальную оценку степени атрофии (GCA-шкала глобальной (диффузной) кортикальной атрофии (Global Cortical Atrophy)), шкалу атрофии медиальной височной доли (Medial Temporallobe Atrophy) и шкалу теменной атрофии (шкала Koedam). Применение фМРТ позволяет еще точнее визуализировать и оценить количественно изменения, которые невозможно определить с помощью рутинного МРТ исследования. фМРТ позволяет оценить не только количественное изменение структур головного мозга, но и состояние проводящих систем. Данное исследование является неинвазивным методом диагностики, благодаря чему ее можно использовать для повседневной клинической деятельности.

# ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ

Панченко Н.И., Шулешова Н.В.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России;

СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница №2»

Санкт-Петербург

*EPILEPTIC SEIZURES IN PATIENTS WITH CEREBRAL VENOUS SYSTEM THROMBOSIS*

*Panchenko N.I., Shuleshova N.V.*

Цель исследования: оценить частоту встречаемости эпилептических приступов у пациентов с тромбозами церебральной венозной системы.

Материалы и методы: обследовано 28 пациентов с церебральными венозными тромбозами, которым выполнялось неврологическое обследование; клинический и биохимический анализы крови, коагулограмма, кровь на гепатиты, ВИЧ; общий анализ мочи; люмбальные пункции с измерением ликворного давления и исследованием общего анализа цереброспинальной жидкости (ЦСЖ); электрокардиограмма (ЭКГ); МРТ головного мозга (МРТ ГМ) с МР-венографией (МРВ); электроэнцефалограмма (ЭЭГ) выполнена 4-м пациентам.

Результаты и обсуждение. Несмотря на значительное количество исследований, посвященных проблемам «сосудистой» эпилепсии остаются до конца неизученными многие аспекты данной проблемы. Следует отметить, что эпилептические припадки на фоне церебральных венозных тромбозов нередко игнорируются и не принимаются во внимание при диагностике и лечении. Современные лабораторные и инструментальные методы диагностики создали основу для получения точной информации о структурных изменениях центральной нервной системы, функциональном состоянии головного мозга, церебральной гемодинамике у больных с эпилептическими припадками.

Нами комплексно обследованы 27 пациентов (3 мужчин и 24 женщины) в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст составил 44 года), страдающих тромбозами церебральной венозной системы. У 4 из них (14.8%) отмечались различные типы эпилептических припадков.

По типу припадков фокальные приступы отмечались у 75% больных, и лишь у одного пациента был диагностирован первично-генерализованный эпилептический припадок. Фокальные приступы имели характер сенсорных двусторонних пароксизмов, при этом, следует отметить, что у данных пациентов по данным МР-венографии диагностировался тромбоз верхнего сагиттального синуса. Эпилептический статус у обследованных пациентов не регистрировался. Эпилептические припадки были представлены у больных с поражением различных венозных синусов и церебральных вен в разной степени, но в большинстве случаев отмечался тромбоз глубоких корковых вен, чаще левосторонней локализации. Единственный генерализованный судорожный приступ был обусловлен тромбозом левого поперечного синуса, приведшим к венозному инфаркту и субарахноидальному кровоизлиянию с формированием внутримозговой гематомы в субкортикальных отделах правой лобной доли и левой лобно-теменной области. В настоящее время нет единого общепринятого мнения о сроках возникновения этих приступов, и у обследованных пациентов они были различны. Типичная эпилептиформная активность на ЭЭГ была зарегистрирована в трех случаях, и лишь в одном случае на ЭЭГ отмечались легкие диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга с акцентом в центрально-височных отделах.

Важным аспектом являются особенности терапии симптоматической эпилепсии, развившейся на фоне церебральных венозных тромбозов. Антиконвульсантную терапию следует назначать не только с учетом формы эпилепсии, типа припадков, но и принимая во внимание возможные лекарственные взаимодействия, так как пациенты с церебральными венозными тромбозами, как правило, являются представителями старших возрастных групп, имеющими большое количество сопутствующих заболеваний, по поводу которых принимают другие лекарственные препараты. В настоящее время средствами выбора чаще являются карбамазепины и препараты вальпроевой кислоты. Однако, учитывая сходство патогенетических механизмов развития ишемии и эпилепсии, интерес при выборе антиконвульсантов вызывают противоэпилептические препараты, обладающие нейропротективными свойствами (такие как габапентин, топирамат, леветирацетам). На сегодняшний день преобладает мнение, что профилактическое назначение противоэпилептических препаратов пациентам с тромбозами церебральной венозной системы не рекомендуется, поэтому данным пациентам

противосудорожная терапия не назначалась. Необходимо динамическое наблюдение за пациентом. Назначение антиконвульсантов следует начинать при развитии у больного повторных эпилептических припадков.

Выводы. Проанализировав результаты обследования представленных пациентов, можно сделать вывод, что переполнение корковых вен повышает вероятность эпилептического приступа у пациентов с тромбозами церебральной венозной системы. Следует подчеркнуть значимость проведения электроэнцефалографического исследования таких больных, а также у больных с венозным инсультом и нарушением сознания, даже без клиники судорожного синдрома, с целью своевременной диагностики бессудорожного эпилептического приступа и своевременной коррекции терапии. Таким образом, изучение «сосудистой» эпилепсии является очень актуальным для понимания патогенетических основ формирования эпилептической активности, выявления факторов риска с целью выработки диагностического алгоритма для прогнозирования развития эпилептических припадков, а также усовершенствования вопросов лечения и профилактики эпилепсии у больных с цереброваскулярной патологией.

## **ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕМОРА - ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ?**

**Похабов Д.Д., Абрамов В.Г., Похабов Д.В.**

**ФГБОУ ВО КРАСГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России  
Красноярск**

*OLFACTORY DYSFUNCTION AND SEVERITY OF TREMOR - IS THERE A CONNECTION?*

*Pokhabov D.D., Abramov V.G., Pokhabov D.V.*

Актуальность. Неврологические заболевания представляют собой проблему для многих людей во всем мире. Среди них это Болезнь Паркинсона (БП) и Эссенциальный Тремор (ЭТ). Ожидается, что глобальная частота встречаемости БП к 2040 году будет составлять около 17 миллионов человек. ЭТ самый частый вид гиперкинеза, который встречается в 3-5 раз чаще, чем БП. Тремор является общим симптомом как БП (тремор покоя), так и ЭТ (постурально-кинестический тремор). Обонятельная дисфункция считается одним из первых проявлений БП, часто предшествующих двигательным нарушениям. Это происходит из-за того, что в обонятельных луковицах начинается нейродегенеративный процесс, ввиду накопления там белка альфа-синуклеина. Доступных в настоящее время сведений об обонятельной функции у пациентов с ЭТ недостаточно, а некоторые из них противоречивы.

Цель. Наша цель состояла в том, чтобы получить данные о треморе у пациентов с БП и ЭТ и результаты их обоняния, которые могут помочь в проверке нашей научной гипотезы об обратной взаимосвязи между выраженностью тремора и обонятельной дисфункции: чем менее выражен тремор, тем хуже обоняние и наоборот.

Материалы и методы. У нас было три группы пациентов, страдающих БП, ЭТ и здоровые люди для верификации. Процедура исследования обонятельной функции была основана на расширенном тесте обонятельных фломастеров Sniffin&#039; sticks test для определения трех параметров: пороговый, идентификационный и дискриминационный. Для исследования тремора мы использовали беспроводное устройство для отслеживания электрофизиологических сигналов. Четыре датчика регистрировали три основных характеристики: электромиограмма (ЭМГ), гироскоп и акселерометр. Были исследованы различия в значениях частоты и амплитуды. Все полученные данные были занесены в общую базу в программу Excel и обработаны при помощи IBM SPSS Statistics 23 классическими способами статистики, а также нелинейным методом упругих карт.

Результаты. В группе людей с БП anosmia наблюдалась у 14 человек (31,1 %), у 30 исследуемых – гипосмия (66,7 %) и лишь 1 человек набрал 30 баллов, что является минимальным порогом нормы (2,2%). Из людей с ЭТ только у двоих людей выявлена anosmia (5 %), у 31 человека – гипосмия (77,5 %) и нормальное обоняние у 7 исследуемых (17,5 %). У 3 представителей здоровых людей – anosmia (4,7 %), гипосмия у 32 человек (50 %) и 29 здоровых людей баллы, соответствующие норме (45,3 %). Затем, мы объединили эти данные с полученными результатами тремора и нелинейным методом построили на их основе упругую карту, которая разделила группы пациентов на три отчетливых кластера.

Обсуждение. Сочетание данных о треморе и обонятельной функции обеспечивает четкое и очевидное отличие пациентов с БП от пациентов с ЭТ. Доказанная обратная взаимосвязь между уровнем тремора и

снижением обонятельной функции – наиболее значимый результат нашей работы. Действительно, пациенты с ЭТ показали лучшие результаты обонятельной функции, сопровождаемые более сильным тремором, по сравнению с пациентами с БП, у которых тремор был менее выражен, но и обоняние было значительно хуже. Несколько пациентов с ЭТ вошли в кластер, состоящий из пациентов с БП, и причиной тому является наблюдаемая у них более низкая обонятельная функция. Это означает, что нужно продолжать наблюдение за данными пациентами в динамике, имея в виду, что у них имеется вероятность развития БП в будущем.

Заключение. Представленные результаты могут быть использованы для дифференциальной диагностики БП и ЭТ, а также для улучшения индивидуального курса терапии таких пациентов.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В АСПЕКТЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА**

**Романов А.С., Шарахова Е.Ф.**

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Барнаул

*QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH EPILEPSY IN THE ASPECT OF PHARMACOECONOMICAL ANALYSIS*

*Romanov A.S., Sharahova E.F.*

Цель. Определить состояние здоровья пациента путем сравнения рейтинговой шкалы QOLITY-10 для дальнейшего вычисления дополнительного параметра оценки эффективности – «годы качественной жизни» (QALY, Quality Adjusted Life Years). Данный показатель позволяет оценить влияние медицинской технологии как на продолжительность, так и на качество жизни пациента и является международным стандартом.

Материалы и методы. Пилотное исследование 1-й этап. В исследование были включены 101 больной эпилепсией в возрасте от 18 до 87 лет. В том числе 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщины, средний возраст  $39,65 \pm 2,73$  года, длительность заболевания  $15,75 \pm 2,66$  года) находились на стационарном лечении, 56 пациента (23 мужчин, 33 женщин, средний возраст  $36,1 \pm 2,78$  лет, длительность заболевания  $16,96 \pm 1,86$  лет) находились на амбулаторном наблюдении в ПНД, 25 пациентов (9 мужчин, 16 женщин, средний возраст  $46,8 \pm 3,91$  лет, длительность заболевания  $20,8 \pm 3$  лет) наблюдались неврологами в условиях эпилептологических кабинетов. 51 пациент имел структурную этиологию эпилепсии (фокальное начало), 7 – сочетанную, 11 – генетическую, в 31 случае этиология заболевания была не установлена. Пациенты всех групп страдали различной формой эпилепсии с коморбидными психическими (49 человек) и соматическими (31 человек) расстройствами. Документы сбора - опросник качества жизни QOLIE-10.

Количественные показатели оценивались с помощью критерия Шапиро-Уилкаили критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп по количественному показателю, распределение которого отличалось от нормального, выполнялось с помощью U-критерия Манна-Уитни, сравнение трех и более групп - критерия Краскела-Уоллиса, апостериорные сравнения – с помощью критерия Данна с поправкой Холма.

Результаты. Пациенты, находящиеся на стационарном лечении оценивают качество жизни статистически ниже по всем показателям, чем пациенты на амбулаторном наблюдении в ПНД и пациенты, наблюдавшиеся неврологам в условиях эпилептологических кабинетов ( $p = 0,039$ ). Выявлены статистически значимые различия влияния на качества жизни медикаментозной терапии типов приступов ( $p = 0,026$ ,  $p = 0,013$ ).

Возраст дебюта, длительность анамнеза, увеличение возраста статистически значимо влияют на различия показателей качества жизни. При сопоставлении QOLIE-10 в зависимости от наличия или отсутствия группы инвалидности, рабочего статуса, были установлены существенные различия ( $p < 0,001$ ,  $p = 0,005$  соответственно).

При оценке QOLIE-10 в зависимости от пола, нам не удалось установить статистически значимых различий ( $p = 0,679$ ). При сопоставлении QOLIE-10 и уровня образования и семейного положения, не удалось выявить статистически значимых различий ( $p = 0,328$ ,  $p = 0,512$  соответственно). В зависимости от этиологии эпилепсии, нам не удалось установить статистически значимых различий ( $p = 0,111$ ).

Заключение. Психосоциальные проблемы, с которыми сталкиваются больные эпилепсией, описанные в литературе, подтверждаются результатами опроса QOLIE-10. Качество жизни работающих пациентов



было выше, чем у безработных. Увеличение длительности анамнеза ухудшает качество жизни, однако уменьшает восприятие психических эффектов заболевания и уменьшает боязнь приступов. При увеличении возраста исследуемой когорты пациентов наблюдается ухудшение качества жизни. Тип приступов также достоверно коррелирует с качеством жизни. Пациенты, наблюдаемые в условиях психоневрологических диспансеров имели худшие показатели субшкалы психической оценки качества жизни, однако суммарно худшие показатели качества жизни имели пациенты, находящиеся на стационарном лечении.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АКТОВЕГИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Москва

*EFFICACY OF ACTOVEGIN IN PREVENTING THE PROGRESSION OF MILD COGNITIVE IMPAIRMENT IN RELATIVES OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE*

*Selezneva N.D., Roshchina I.F.*

Введение. Возможными факторами риска прогрессирования когнитивной дефицитарности у родственников 1-й степени родства больных БА могут быть конституциональные особенности (низкий уровень успеваемости в школе, трудности в овладении счетом в детском и школьном возрасте, в запоминании цифрового материала и в пространственной ориентировке, затруднения в приобретении мануальных навыков, нарушение концентрации внимания), а также объективно выявляемые признаки легкой когнитивной дисфункции: нарушение концентрации внимания, трудности усвоения новой информации, затруднения воспроизведении событий отдаленного прошлого [1,2,3]. Полученные клинические данные в сочетании с наследственным фактором позволяют отнести таких родственников к группе высокого риска развития БА, остро нуждающихся в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции, в частности, с применением средств медикаментозной терапии препаратами с нейрометаболическим механизмом действия. К таким препаратам относится актовегин.

Актовегин улучшает потребление и утилизацию кислорода, энергетический обмен и поглощение глюкозы в митохондриях без увеличения потребности в них, усиливая окислительный метаболизм в головном мозге, благодаря чему повышается выживаемость нейронов в условиях ишемии и гипоксии [4]. Помимо этого, актовегин улучшает микроциркуляцию в тканях, позитивно воздействуя на эндотелий капилляров [5]. По результатам рандомизированных плацебо-контролируемых исследований показано, что применение актовегина приводит к улучшению когнитивных функций у пациентов с возрастным ухудшением памяти и при БА [6,7].

Цель исследования: оценка динамики показателей когнитивной дисфункции при синдроме мягкого когнитивного снижения (МКС; по МКБ-10 рубрика F06.7) у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (БА), получавших каждые 1,5 года 4 курса терапии актовегином.

Участники исследования. Когорта для проведения исследования формировалась из числа родственников 1-й степени родства пациентов с подтвержденным диагнозом БА, которые на протяжении длительного времени (2008–2021 гг.) находились на курации в отделении гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. В когорту клинико-проспективного наблюдения было включено 32 родственника 1-й степени родства пациентов с БА. У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинской декларации 1975 г. и ее пересмотренному варианту 2000 г., одобрено Локальным Этическим Комитетом ФГБНУ НЦПЗ. Группа родственников, давших согласие на участие в долговременной терапевтической программе, включала 32 чел. с синдромом мягкого когнитивного снижения (МКС), средний возраст – 68,4±9,6 года (от 50 до 83 лет).

Методы исследования. Для оценки динамики показателей когнитивного функционирования применялся мультидисциплинарный подход с использованием клинико-психологического, нейропсихологического, психометрического методов обследования, а также статистического анализа полученных данных.

Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием «Экспресс-методики оценки мнестико-интеллектуальной сферы в пожилом возрасте» с количественной и качественной оценкой различных составляющих психической деятельности. Психометрический комплекс включал шкалы CGI-I, MMSE, MoCA и тесты произвольного запоминания 10 слов, Бостонский тест называния, субтест 6 теста Векслера, тесты рисования часов, запоминания 5 геометрических фигур, тесты Бентона, Маттиса и Мюнстерберга. Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6 фирмы StatSoftInk. (США) (Реброва О.Ю., 2002). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

Методика терапии. Все включенные в исследование родственники получили 4 курса пероральной 3-месячной терапии актовегином с периодичностью в 1,5 года в суточной дозе 600 мг, разделенной на 3 приема.

Метод оценки. Исходные показатели когнитивного функционирования сравнили с показателями после окончания каждого лечебного курса.

Результаты. По данным клинико-психометрического обследования, к окончанию 4-х курсов терапии ни у кого из группы с синдромом МКС не отмечалось развития БА – напротив, в рамках указанного синдрома отмечено улучшение. По шкале CGI-I к окончанию 4-го курса практически в равных долях установлено умеренное и минимальное улучшение (в 28,2% и 31,2%). В 40,6% оценка по шкале CGI-I не изменилась. Ни в одном случае выраженного улучшения не наблюдалось. По шкалам MMSE и MoCA средне-групповые суммарные оценки улучшались статистически значимо после каждого курса терапии. Величина улучшения по этим шкалам возрастала к концу 1, 2, и 3 курсов, а после 4 курса оставалась равной оценке, полученной после 3 курса. Значимое улучшение после каждого курса терапии отмечено по тестам запоминания 10 слов, Бостонскому тесту называния 55 рисунков, повторение цифр в прямом порядке, тестам рисования часов, Бентона, Маттиса и Мюнстерберга. Средне-групповые оценки по тестам отсроченного воспроизведения 10 слов, повторения цифр в обратном порядке и запоминания 5 фигур значимо не улучшались на всем протяжении исследования. Результаты нейропсихологической оценки показали значимое улучшение к концу 1, 2 и 3 курсов терапии показателей кинетического и пространственного праксиса, оптико-пространственной деятельности, объема запоминания в зрительной памяти, произвольного внимания и контроля. К концу 4 курса результаты (по 8 субтестам из 12) «Экспресс-методики» оставались стабильными.

Заключение. Анализ результатов исследования показал положительное воздействие актовегина на когнитивный статус пролеченных родственников, что подтверждается результатами оценок когнитивного функционирования по шкалам CGI, MMSE и MoCA, а также показателями ассоциативного мышления, произвольного запоминания в слухоречевой и зрительной сфере, номинативной функции речи, зрительно-пространственной деятельности, кинетического и пространственного праксиса, а также произвольной регуляции психической активности. Проведение повторных курсов нейрометаболической терапии актовегином с периодичностью в 1,5 года можно рассматривать в качестве модели превентивной терапии, направленной на предупреждение прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции у лиц с максимально высоким риском по БА.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ**

**Сивакова Н.А.**

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

Санкт-Петербург

*CLINICAL AND NEUROPHYSIOLOGICAL FEATURES OF DRUG-RESISTANT EPILEPSY*

*Sivakova N.A.*

Введение. Несмотря на появление новых противозэпилептических препаратов, количество пациентов с фармакорезистентной эпилепсией (ФРЭ) остается по-прежнему значительным, составляя, по разным оценкам, 25-30% от общего числа лиц с этим заболеванием (Карлов В.А., 2010; Kwan P., Brodie M. J., 2005). Чтобы наметить пути преодоления резистентности к противозэпилептической терапии, необходимо всестороннее изучение фармакорезистентности, включая клинические особенности и нейрофизиологические механизмы.

Цель исследования: изучить клинические, включая психопатологические, и нейрофизиологические особенности фармакорезистентной эпилепсии.

Материалы и методы. Обследовано 160 взрослых больных эпилепсией. В ходе исследования пациенты были разделены на 2 сопоставимые группы. Первую группу составили 80 пациентов с фармакорезистентной эпилепсией (ФРЭ) – неэффективность терапии двумя и более антиэпилептическими препаратами в терапевтических дозах, применяемых как в режиме монотерапии, так и их комбинаций (по критериям ILAE). Во вторую группу включены 80 пациентов с контролируемой эпилепсией (КЭ), у которых при назначении противоэпилептических препаратов приступов не наблюдалось более 12 месяцев. В работе применялись клинико-психопатологический, клинико-неврологический и психометрический, включающий психометрические шкалы и опросники, методы исследования. Также обследуемым был проведен комплекс нейрофизиологических исследований, который включал рутинную ЭЭГ с функциональными пробами и ЭЭГ-мониторинг.

Результаты. Большой клинический полиморфизм пароксизмальных состояний отмечался у 91,3% пациентов (73 из 80 обследованных) в группе ФРЭ и был представлен сочетанием простых, сложных парциальных и вторично-генерализованных приступов. При этом вторично-генерализованные припадки были зафиксированы у 77,5% пациентов с ФРЭ, часто, в сочетании с изолированными парциальными, сложными парциальными с автоматизмами приступами, которые были отмечены у 47,5% пациентов этой группы. Среди простых парциальных приступов с психическими симптомами преобладали аффективные их варианты. В группе больных с КЭ у 83,8% респондентов приступы были мономорфными и только у 16,3% отмечено сочетание нескольких видов приступов. При этом у пациентов с КЭ среди простых парциальных приступов больший удельный вес приходился на моторные приступы, которые были отмечены у 33,5% пациентов, сложные парциальные – у 17,5%, а на вторично-генерализованные – лишь у 8,8%.

При психопатологическом обследовании, непсихотические психические расстройства (НПР) выявлены у 59,4% от всех обследованных больных эпилепсией, которые характеризовались разнообразными депрессивными и тревожными психопатологическими состояниями. При этом НПР чаще отмечались у пациентов с ФРЭ (80,0%), чем у больных с КЭ (42,5%),  $p(\phi) < 0,05$ . При этом в каждой из сравниваемых групп соотношение частоты депрессивной и тревожной симптоматики было разным: если у больных с ФРЭ выявлено 51,3% с депрессивными расстройствами и 28,8% с тревожными расстройствами, соотношение 1:1,8, то у больных с КЭ выявлено 20,0% с депрессивными расстройствами и 18,8% с тревожными расстройствами, соотношение 1:1.

В результате нейрофизиологического исследования выявлено, что ПА на ЭЭГ встречалась у всех больных (100%) с ФРЭ и у 90,1% – с КЭ. При ФРЭ эпилептиформные феномены зарегистрированы у 96,3% пациентов уже в состоянии пассивного бодрствования, а у 3,8% – только под воздействием функциональных нагрузок (гипервентиляции, фотостимуляции). При КЭ эпилептиформная активность лишь у 38,8% больных наблюдалась в спонтанной, фоновой записи, а у 51,3% – только во время провоцирующих проб. Определена зависимость локализации ПА от резистентности заболевания ( $\chi^2 = 26,42$ ;  $p < 0,01$ ). Наибольший удельный вес пароксизмальных нарушений в группе с ФРЭ приходился на височную и лобную области: ПА в лобно-височной области у 45% ФРЭ и 8,8% КЭ ( $p(\phi) < 0,01$ ), в височной – у 25% и 7,5% ( $p(\phi) < 0,01$ ), соответственно.

Установлено, что в группе с резистентным течением синдром вторичной билатеральной синхронизации (ВБС) разной степени выраженности зарегистрирован у 86,3% больных: легкой степени – у 12,5%, умеренной – у 28,8%, выраженной – у 45%. В противовес этому, при КЭ синдром ВБС сформирован лишь у 43,8% пациентов: легкой степени – у 25%, умеренной – у 15% и в выраженной степени – всего у 3,8%. Таким образом, синдром ВБС при ФРЭ встречается в 1,91 раза чаще, чем при КЭ, при этом наиболее высокой степени выраженности он достигает, в основном, в группе ФРЭ. Таким образом, ВБС-синдром является одним из неблагоприятных факторов, определяющих тяжелое, резистентное течение эпилепсии.

Заключение. Таким образом, в целом для клинической картины ФРЭ был характерен более выраженный, чем при КЭ, полиморфизм припадков, проявляющийся в сочетании приступов разного типа. Непсихотические психические расстройства в целом у больных эпилепсией в интериктальном периоде характеризовались наличием разнообразных депрессивных и тревожных психопатологических состояний. В группе ФРЭ выявлена более частая представленность НПР и большая выраженность их психопатологических проявлений. Эти данные могут свидетельствовать о том, что НПР расстройства могут рассматриваться как один из факторов, обуславливающих наличие фармакорезистентности больных эпилепсией. Проведенное нейрофизиологическое исследование позволило обнаружить

особенности ЭЭГ больных с фармакорезистентным течением эпилепсии. Выявлены нейрофизиологические факторы, коррелирующие с резистентностью к противоэпилептической медикаментозной терапии. Полученные данные могут быть применены для своевременной диагностики патоморфоза заболевания и выбора правильной лечебной тактики.

## ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ НЕЙРОВосПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Сивакова Н.А.

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

Санкт-Петербург

*THE STUDY OF MARKERS OF THE NEUROINFLAMMATION IN PATIENTS WITH EPILEPSY*

*Sivakova N.A.*

**Introduction.** Currently, there are many experimental and clinical evidence of the inflammatory theory of epileptogenesis and to dysregulation of neurotrophins. The activation of microglia and astrogliosis contribute the chronic inflammatory process in epilepsy and damage neurons. The inflammation in the central nervous system based on damage to the blood-brain barrier (BBB). Cytokines play a most important role in this process, mainly because they are natural pro- and anti-convulsants. Cytokines influence on neuronal transmission of mediators and contribute the development of hyperexcitability of neurons.

The aim is to investigate the cytokine status in blood plasma and cerebrospinal fluid (CSF) of patients with epilepsy (PE).

**Material and method.** The concentration of cytokines IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- $\alpha$ , RAIL-1, sIL-2R were analyzed in blood and samples of 160 patients with epilepsy (80 patients with drug-resistance epilepsy (DRE), 80 patients with controlled epilepsy (CE)) and 31 healthy donors (HD) using enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA).

**Results.** The study showed a significant dysbalance of cytokines in PE: the increased levels of pro-inflammatory cytokines IL-1 $\beta$  (ME 316,5 (172-399) pg/ml), IL-8 (ME 157 (0 – 372) pg/ml) and TNF- $\alpha$  (ME 14 (2 – 60) pg/ml)), decrease of the concentration of the anti-inflammatory receptor antagonist IL-1 (RAIL-1) (ME 38 (0 – 185) pg/ml). The concentration of IL-1 $\beta$  in DRE was very higher in both blood (ME 320 (210– 399)) and CSF (ME 78 (0 – 278)) by comparison HD and exceeded similar indicators in patients with CE (ME 290 (172 – 391)) and (ME 63 (0 – 167)) pg/ml, respectively).

The anti-inflammatory RAIL-1 in DRE was low or was not determined, both in blood and CSF (0 pg/ml). In the CE group the RAIL-1 is 50 pg/ml in blood plasma and 27 pg/ml in CSF. Thus, in the group of patients with CE the IL-1 receptor antagonist ( $p < 0.05$ ) and, as well as the ratio RAIL-1/ IL-1 $\beta$  were significantly higher than in DRE group.

**Conclusion.** The results confirm the data on the inflammatory genesis of epilepsy. The immune dysbalance is more expressed in PE with drug-resistance epilepsy. The increase of cytokines IL-1 $\beta$  and IL-8 in CSF indicates a damaged of BBB and the existence of a inflammatory process in CNS. The absence of RAIL-1 indicates a reduction in the protective factors of inflammation in blood and CSF. These results could used to optimize the treatment of patients with epilepsy due to modulation of the inflammatory process and increase the production of neurotrophic factors required for the processes neuroplasticity and neurogenesis.

# КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ АРТЕРИОПАТИЕЙ С ПОДКОРКОВЫМИ ИНФАРКТАМИ И ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ЦАДАСИЛ)

Тотолян Н.А., Кирьянов Ю.М.

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России;

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

Санкт-Петербург

*COGNITIVE AND MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH CEREBRAL AUTOSOMAL DOMINANT ARTERIOPATHY WITH SUBCORTICAL INFARCTS AND LEUKOENCEPHALOPATHY (CADASIL)*

*Totolyan N.A., Kirianov Iu.M.*

Цель исследования: оценить характер и особенности когнитивных и психических расстройств у пациентов с церебральной аутосомно-доминантной артериопатией с подкорковыми инфарктами и лейкоэнцефалопатией (ЦАДАСИЛ).

Материалы и методы: проведено неврологическое и нейропсихологическое обследование 14 пациентов с ЦАДАСИЛ, у которых диагноз был подтвержден данными МРТ головного мозга и молекулярно-генетическим анализом на выявление мутаций в гене NOTCH3. Кроме того, им выполнялись лабораторные исследования крови и мочи, иммунологические исследования, отдельным пациентам проведена люмбальная пункция с исследованием цереброспинальной жидкости для исключения рассеянного склероза, дуплексное сканирование сосудов мозга и ЭЭГ.

Результаты и обсуждение. В литературе отмечается, что именно возраст является важным фактором, прогнозирующим развитие клинического ухудшения состояния пациентов с ЦАДАСИЛ. Обычно заболевание начинается с появления асимптомных, «немых» лакунарных инфарктов и изменений в белом веществе головного мозга, возникающих на третьей декаде жизни. Клиническим же проявлением в это период, начиная в среднем с 24 лет, чаще всего является мигрень с аурой, преимущественно зрительной. В последующее десятилетие уже возникают явные неврологические, когнитивные или другие расстройства, что связано с развитием инфарктов в мозговом веществе. Далее процесс прогрессирует еще в течение 20 лет вплоть до развития деменции и психических расстройств, что происходит уже к 60 годам. Когнитивные расстройства возникают примерно у 60% больных, а психические нарушения – у 30%. Когнитивные расстройства начинаются с легких нарушений исполнительных функций и зрительно-пространственных расстройств, замедления психомоторных реакций и апатии. При этом подспудно также развиваются дефицит рабочей и кратковременной памяти. Позже основными проявлениями ЦАДАСИЛ являются абулия и другие дефекты исполнительных функций. Две трети пациентов с ЦАДАСИЛ становятся полностью зависимыми и умирают при явлениях прогрессирующей деменции.

Нами обследовано 14 пациентов с ЦАДАСИЛ, 5 мужчин и 9 женщин (М:Ж=1:2); в возрасте от 33 до 61 года, средний возраст 42,78 лет. Из этих 14 пациентов только у одного не отмечено явных когнитивных или психических расстройств (7%). У пациентов молодого возраста превалировал тревожный и тревожно-депрессивный синдром: наблюдались повышение личностной тревожности с акцентами ипохондризации без выраженного снижения когнитивных функций и без грубой патологии; синдром «панических» атак; астения, дистимия, вязкость мышления; эмоциональная лабильность, снижение кратковременной памяти, нарушение запоминания новой информации; симпато-адреналовые кризы, сопровождавшиеся тревогой; легкий когнитивно-мнестический дефицит. Тогда как у пациентов более старшей возрастной группы превалировали более выраженное снижение фиксационной памяти и когнитивных функций вплоть до развития деменции. У одной пациентки 61 года, которая наблюдалась на протяжении 10 лет, можно было отчетливо проследить постепенное и подострое нарастание расстройств в когнитивной и психической сфере, присоединение бессудорожных эпилептических припадков, которые происходили при появлении новых сосудистых эпизодов, а в 2020 году они были связаны с ковидной инфекцией и новым инсультом. В результате у нее в настоящее время отмечается выраженное снижение памяти, внимания, грубая апатия, абулия, отсутствие инициативы; она иногда односложно отвечает на вопросы тихим голосом; диалог невозможен; физическая активность минимальна; пациентка полностью зависима от обслуживающей ее родственницы. Надо сказать, что когнитивные и психические нарушения выявлялись у наших пациентов на фоне имевшихся очаговых неврологических расстройств, включая нарушения речи по типу дизартрии или афазии,

псевдобульбарного синдрома, двигательных, чувствительных или координаторных расстройств, а у одной пациентки – на фоне транзиторных ишемических атак в виде аграфии и эфферентной моторной афазии.

Одной из отличительных особенностей картины МРТ головного мозга у пациентов с ЦАДАСИЛ является выявление изменения МР-сигнала от белого вещества передних отделов височных долей мозга, а также локализация сосудистых очагов в области подкоркового вещества, в базальных ганглиях, нередко с поражением зрительных бугров, которые, как известно, являются функционально значимыми для когнитивных функций. Вероятно, именно этот факт объясняет развитие когнитивных и психических расстройств у пациентов с ЦАДАСИЛ.

Выводы. Проведенное нами исследование подтверждает взаимосвязь появления и усиления когнитивных и психических нарушений у пациентов с ЦАДАСИЛ не только с возрастом (после 30 лет), но и выраженностью сосудистых расстройств по типу микроангиопатии, т.е. распространенности лейкоареоза, вовлечения височных долей мозга и количеством и локализацией ишемических очагов поражения вещества мозга, а также поражением зон, важных в функциональном отношении для когнитивных и психических функций.

## НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Тукало М.И., Докукина Т.В.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Минск

*NEUROMODULATION IN SPEECH DEVELOPMENT DISORDERS*

*Tukalo M.I., Dokukina T.V.*

Актуальность. В последние годы во всем мире и в Республике Беларусь отмечается рост числа детей со специфическими расстройствами развития речи. Это является серьезнейшей медико-социальной проблемой, так как неполноценная речевая деятельность негативно влияет на все стороны формирующейся личности ребенка: затрудняется развитие познавательной деятельности, нарушаются все формы общения и межличностного взаимодействия. Постоянно ведется поиск новых эффективных подходов к лечению речевых нарушений у детей. В мировой практике транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) зарекомендовала себя как безопасный метод, широко применяемый в психиатрии, особенно для лечения когнитивных и речевых расстройств [Lefaucheur J. et al., 2014]. Альтернативный метод активации корковых структур является возбуждение периферических нервов конечностей с помощью чрескожной электронейростимуляции (ЧЭНС). Совместное применение ТМС и ЧЭНС периферических нервов может способствовать полноценной синхронизации (прямой и опосредованной) центров головного мозга, ответственных за формирование и развитие речи.

Цель. Изучить влияние сочетанного применения ТМС и ЧЭНС на клинические проявления и функциональное состояние головного мозга у детей с расстройствами развития речи.

Материалы и методы исследования. За период 2020-2021 гг. в РНПЦ психического здоровья в обследовано 37 детей с расстройствами развития речи (F80) в возрасте 3 – 14 лет: 23 мальчика (62%) и 14 девочек (38%). В основной группе (17 детей) выполнен курс сочетанной ТМС и ЧЭНС: низкочастотная ТМС 0,9 Гц (аппарат «Нейро-МС/Д», Нейрософт) правой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПК) (10 минут), затем ТМС нижней лобной извилины правого полушария головного мозга (гомолог центра Брока) (10 минут) и одновременно с ТМС проводили ЧЭНС (миостимулятор «EM 49», Beurer) нервов правой руки (локтевой, срединный) (20 минут). Группа сравнения 1 (11 детей) – только ТМС правой ДЛПК и гомолога центра Брока; группа сравнения 2 (9 детей) – только ЧЭНС нервов ведущей руки. Курс лечения – 3 недели. Оценка эффективности лечения проводилась по шкале «Определение речевых нарушений у детей 4-7 лет с аутизмом», рейтинговой шкале оценки выраженности аутизма у детей (CARS), данным динамики порога вызванного моторного ответа (ПМО), определяемого с помощью ТМС, и компьютерной ЭЭГ, статистический анализ – с помощью Statistica 10.0 с использованием непараметрических методов.

Результаты. По окончании курса лечения у всех детей наблюдалось улучшение эмоциональных и психомоторных реакций (снижение частоты необоснованного смеха, гримасничанья, агрессии, тревоги), снижение выраженности повторяющегося поведения, повышение коммуникабельности, улучшение социальной взаимосвязи. В когнитивной сфере отмечено улучшение показателей внимания, удлинение

визуальной реакции. По данным логопедического обследования появление новых звуков, слогов и слов при назывании предметов, улучшение понимания обращенной речи отмечено у 14 (82%) пациентов основной группы, у 8 (72%) детей группы сравнения 1 и у 5 (56%) детей в группе сравнения 2 ( $p < 0,05$ ). Дети говорили больше слов или начинали говорить фразами, речь становилась более сложной и развернутой, увеличивался лексикон, появлялся или увеличивалась познавательный интерес, возникала целенаправленная деятельность, улучшались моторные навыки (индивидуально и в разной степени у каждого ребенка в соответствии с исходным уровнем до начала лечения). В исследуемой группе отмечено снижение значений индекса шкалы CARS на 20,7% с 29 [22; 36] до 23 [16; 28] баллов ( $p < 0,001$ ), в группе сравнения 1 – на 14,3% с 28 [20; 34] до 24 [18; 28] баллов ( $p < 0,001$ ), в группе сравнения 2 – на 10,7% с 28 [22; 34] до 25 [20; 30] баллов ( $p < 0,05$ ). Анализируя динамику нейрофизиологических параметров по данным диагностической ТМС установлено повышение ПМО в 59% случаев основной группы, в 55% случаев в группе сравнения 1, без значимой динамики в группе сравнения 2. Это отражает модулирующее влияние ТМС и сочетанной ТМС и ЧЭНС на функциональное состояние головного мозга. У 47% детей основной группы и у 45% детей группы сравнения 1 отмечена положительная ЭЭГ-динамика в виде снижения выраженности медленноволновой и высокочастотной активности, повышения индекса регулярного альфа-ритма, что свидетельствовало об организации основного ритма по сравнению с исходными данными.

Выводы. Применение корковой стимуляции магнитным полем и электростимуляции периферических нервов позволяет оказывать потенцирующее мультимодальное воздействие на процессы нейропластичности в структурах мозга, имеющих значение для формирования и развития речи, и предупреждает развитие устойчивого патологического состояния в центральной нервной системе у детей, создавая фундамент для последующих коррекционных вмешательств.

## **НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ПСИХОЗАМИ**

**Хвостова И.И. (1), Докукина Т.В. (1), Ткаченко О.В. (2), Зубовская Е.Т. (2)**

ГУ «РНПЦ психического здоровья» (1);

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя» (2)

Минск

### *CERTAIN FEATURES OF HISTORY, CLINICAL PICTURE, AND CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY PARAMETERS IN WOMEN WITH POSTPARTUM PSYCHOSIS*

*Khvostova I.I. (1), Dokukina T.V. (1), Tkachenko O.V. (2), Zubovskaya E.T. (2)*

Уязвимость женщины для психических расстройств в послеродовом периоде значительно выше в сравнении с любым другим периодом ее жизни [1,2]. Однако нейробиологические основы послеродовых психозов (далее – ПП) остаются малоизученными. Одной из гипотез их развития является предположение о нарушениях в процессах миелинизации, опосредованных дисфункцией иммунной системы [3,4]. Прояснение этиологии, патогенетических механизмов ПП имеет значение в связи с теми серьезными последствиями и ущербом, который они могут нанести как здоровью матери, так и новорожденному.

Материалы и методы. В открытое поперечное исследование с целью изучения и сравнения преморбидных характеристик, клинических особенностей и показателей клеточного и гуморального иммунитета были включены 23 пациентки с ПП (основная группа) и 65 пациенток с первым в жизни психотическим эпизодом (группа сравнения). Включению пациенток в исследование предшествовало получение информированного согласия. Критериями исключения из исследования были отказ от участия в исследовании, острые инфекционные заболевания в период стационарного лечения (совпадающие по времени с психотической симптоматикой), органические психические расстройства, выявленные до настоящего эпизода. В качестве методов исследования использовались клиничко-психопатологический, клиничко-биографический, метод инструментальных и лабораторных исследований. Для оценки тяжести симптомов была использована шкала общего клинического впечатления (CGIS). Методом проточной цитофлуориметрии были определены относительное и абсолютное содержание субпопуляций Т и В-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, естественных киллеров, рассчитан иммунорегуляторный индекс. Статистическая обработка данных проводилась с помощью

вычисления параметров описательной статистики, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и Хи-квадрат критерия для распределения 2x2 для установления взаимосвязи, U-критерия Манна-Уитни и дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса для независимых выборок для выявления различий.

Результаты исследования. Средний возраст пациенток основной группы составил  $29,9 \pm 4,8$  лет, группы сравнения –  $30,7 \pm 7,7$  года. У женщин основной группы чаще, чем в группе сравнения, встречалась отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями (43,4% и 23% соответственно,  $p < 0,01$ ). В группе пациенток с ПП и в группе сравнения соматические заболевания, перенесенные в течение года до наступления психического расстройства, встречались с незначительной разницей в частоте – 10 (43,4 %) и 27 (41,5%) случаев соответственно, ( $p > 0,05$ ). Однако структура соматических заболеваний в группах отличалась: в основной группе чаще встречались заболевания нервной и эндокринной систем ( $p < 0,05$ ), а пациентки группы сравнения чаще переносили Covid-19 ( $p < 0,001$ ).

ПП чаще наступал после первых родов (14 случаев, 61%), в 6 случаях (26 %) ПП развивался после вторых родов и у 3-х женщин (13%) – после третьих. Количество беременностей у женщин в изученной выборке часто не совпадало с количеством родов, так как у 10 (43,4 %) женщин с ПП в акушерском анамнезе имелось прерывание беременности. Таким образом, наиболее часто ПП наступал после второй беременности (10 случаев, 43,4 %), в 7 случаях (30 %) женщина переносила ПП после первой беременности, в 4-х (17 %) – после третьей и в 2-х – после четвертой и пятой беременности (по 4%).

У большинства женщин с ПП беременность протекала с осложнениями (15 пациенток, 65%): в 7 случаях (30%) это были осложнения со стороны плода, в 8 случаях (35 %) – со стороны матери. Осложнения в родах встречались реже (8 пациенток, 35%): в 4-х случаях (17,5 %) они касались матери и в 4-х – ребенка (17,5 %).

У пациенток с ПП значительно чаще, чем в группе сравнения, отмечалось кратковременное течение психоза: у 5 (22 %) пациенток общая длительность расстройств не превышала 30 суток, в то время как среди пациенток с первичными психозами столь кратковременные расстройства встречались гораздо реже – 3 случая (5%) ( $p < 0,001$ ). У 30 (46%) пациенток группы сравнения и 7 (31%) пациенток основной группы полная редукция симптоматики приходилась на период между 30-м и 60-м днем от появления первых симптомов психического расстройства ( $p < 0,05$ ). При этом основная и группа сравнения не отличались достоверно по числу случаев, когда симптомы заболеваний сохранялись свыше 60 суток (47% и 49% соответственно,  $p > 0,05$ ). При сравнительной оценке ведущего клинического синдрома в группах было обнаружено, что в структуре ПП наиболее часто присутствовал аффективный синдром (9 случаев, 39%), в то время как контрольной группе наиболее часто встречался параноидный синдром (30 случаев, 46%), ( $p < 0,05$ ).

При анализе показателей иммунограммы были выявлены статистически значимые различия в иммунном статусе пациенток основной и группы сравнения. У пациенток с ПП выявлено значимо более высокое относительное содержание Т-лимфоцитов по сравнению с пациентками с первым в жизни психотическим эпизодом – 80,4 [78,1; 83,7] % и 74,6 [70,9; 80,4] % соответственно ( $U=385$ ,  $p = 0,004$ ), и значимо более низкое относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов – 7,55 [4,7; 9,2] % и 0,1 [0,07; 0,15]  $\times 10^9$ /л по сравнению с 9,6 [7,2; 12,1] % и 0,15 [0,1; 0,2]  $\times 10^9$ /л соответственно ( $U=413$ ,  $p = 0,005$  и  $U=435$ ,  $p = 0,01$ ).

В группе женщин с ПП статистически значимые различия в показателях иммунограммы отмечены между подгруппами женщин, имевших осложнения во время беременности со стороны плода, и женщин, чья беременность протекала без таких осложнений. У первых чаще встречались отклонения от нормального уровня абсолютного и относительного содержания В-лимфоцитов ( $U=5$ ;  $p=0,002$ ) и натуральных киллерных клеток ( $U=10$ ,  $p=0,01$ ). По результатам корреляционного анализа среди пациенток с ПП выявлены статистически значимые умеренные прямые взаимосвязи между тяжестью психического расстройства на 20-й день пребывания в психиатрическом стационаре и отклонениями от нормальных показателей содержания цитотоксических Т-лимфоцитов ( $R=0,5$ ,  $p < 0,05$ ), иммунорегуляторного индекса ( $R=0,698$ ,  $p < 0,001$ ). У пациенток с более тяжелым протеканием ПП чаще регистрировались отклонения от нормы в таких показателях иммунограммы как цитотоксические Т-лимфоциты и иммунорегуляторный индекс.

#### Заключение

ПП чаще наступали после первых родов (61%), наиболее часто – после второй беременности (43,4 %) у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (56,5 %) и осложненным течением настоящей беременности (65%) и родов (35%). Пациентки с ПП чаще переносили заболевания нервной и эндокринной систем ( $p < 0,05$ ) в течение года предшествующего психическому расстройству.



Кратковременное течение психоза значительно чаще встречалось у пациенток с ПП (22 %), чем в группе сравнения (5%), ( $p < 0,001$ ). В клинической картине ПП наиболее часто встречался аффективный синдром (39%), в то время как для первичных психозов был более характерен параноидный синдром (46%), ( $p < 0,05$ ).

У пациенток обеих исследуемых групп отмечено некоторое угнетение, как клеточного, так и гуморального иммунитета. При этом для женщин с ПП было характерно более высокое относительное содержание Т-лимфоцитов по сравнению с пациентками с первым в жизни психотическим эпизодом ( $U=385$ ,  $p=0,004$ ), и более низкое относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов ( $U=413$ ,  $p < 0,01$ ;  $U=435$ ,  $p=0,01$ ). У пациенток с более тяжелым течением ПП чаще регистрировались отклонения от нормальных уровней цитотоксических Т-лимфоцитов ( $U=275$ ,  $p < 0,05$ ) и иммунорегуляторного индекса ( $R=0,698$ ,  $p < 0,001$ ).

Частота присутствия в личном анамнезе женщин с ПП заболеваний нервной и эндокринной системы, а также некоторое угнетение гуморального звена иммунитета и его связь с тяжестью течения ПП могут свидетельствовать в пользу активного участия иммунной дисрегуляции в генезе тяжелых психических расстройств послеродового периода.

## **ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ**

**Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.**

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

Санкт-Петербург

*FEATURES OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH EPILEPSY WITH SUICIDAL INTENTIONS*

*Shova N.I., Mikhailov V.A., Popov Y.V.*

**Введение.** Больные эпилепсией ежедневно сталкиваются с проблемами, выходящими за рамки прямых последствий приступов. В множестве исследований показано, что критерием эффективности терапии эпилепсии является уменьшение частоты припадков. Однако подсчет припадков неадекватно отражает другие важные показатели, и все чаще характеристика эффективности лечения эпилепсии включает качество жизни и эмоциональное здоровье.

**Цель.** комплексная оценка качества жизни больных эпилепсией с суицидальными намерениями. **Материалы и методы.** Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов  $M=33,21$  лет  $SD=12,25$ . Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных мыслей (в исследование не входили пациенты с суицидальными попытками, а также с самоповреждениями истероидного и/или демонстративного характера): в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек); вторую группу составили пациенты без суицидальных идей (71 человек). Фиксирование наличия суицидальных мыслей проводилось с помощью клинического Описание первой группы: 41 пациент с эпилепсией, имеющих суицидальные мысли. Стоит сделать акцент на том, что в своем исследовании мы намеренно не рассматривали пациентов с суицидальными попытками в анамнезе, а только пациентов с мыслями о суициде. Это обусловлено тем, что было важно выяснить, какие факторы могут приводить пациентов, страдающих эпилепсией, к мыслям о суициде. Средний возраст респондентов –  $32,20 \pm 11,31$ . Из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте  $29,33 \pm 9,18$  и 26 женщин (63,41%) в возрасте  $33,85 \pm 12,23$ . Возраст дебюта заболевания у пациентов с суицидальной активностью, принявших участие в исследовании, варьировал от 1 года до 40 лет; длительность заболевания –  $15,22 \pm 9,70$ . Описание второй группы: 71 пациент с диагнозом эпилепсия без суицидальных идей и попыток суицида в анамнезе в возрасте  $33,79 \pm 12,80$ . Из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте  $32,26 \pm 12,51$  и 32 женщины (45,07%) в возрасте  $35,66 \pm 13,10$ . Возраст дебюта заболевания пациентов, принявших участие в исследовании, варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания  $14,63 \pm 11,90$ . Нейропсихологическое тестирование с использованием опросника QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory-31, Cramer J.A., Perrine K., Devinsky O. et al., 1998) – качество жизни при эпилепсии, версия 1.0) позволяет количественно оценить общий балл/процент и 7 основных сфер качества жизни больного эпилепсией: страх приступов, общее качество жизни, эмоциональное благополучие, энергичность/утомляемость, когнитивное функционирование, влияние противосудорожных препаратов, социальное функционирование. При анализе результатов нейропсихологического

тестирования с помощью опросника QOLIE-31 условно приняли балльную оценку до 39 соответствующую низкому, от 40 до 79 – среднему, свыше 80 баллов – хорошему КЖ.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что средние значения по всем семи сферам качества жизни используемого опросника в обеих группах пациентов соответствуют среднему уровню, что может свидетельствовать о том, что качество жизни больных эпилепсией соответствует среднему уровню в двух группах. Несмотря на то, что все полученные значения обеих групп находятся на среднем уровне, в результате сравнительного анализа с помощью критерия U-Манна-Уитни нами были выявлены некоторые статистически значимые различия между показателями 1 и 2 групп ( $0.014 \leq p \leq 0.000$ ). Так, пациенты, не имеющие суицидальных мыслей, показали более высокие значения по таким сферам качества жизни, как: «общее качество жизни» (1 группа –  $50,05 \pm 21,64$  баллов, 2 группа –  $61,28 \pm 17,73$  баллов), «эмоциональное благополучие» (1 группа –  $52,07 \pm 20,19$  баллов, 2 группа –  $65,83 \pm 15,75$  баллов), «энергичность/усталость» (1 группа –  $47,20 \pm 21,42$  баллов, 2 группа –  $61,90 \pm 19,45$  баллов), «когнитивное функционирование» (1 группа –  $48,86 \pm 19,50$  баллов, 2 группа –  $63,75 \pm 18,47$  баллов), «социальное функционирование» (1 группа –  $52,00 \pm 24,04$  баллов, 2 группа –  $63,73 \pm 20,50$  баллов), а также значение общего балла по данной шкале (1 группа –  $50,54 \pm 16,67$  баллов, 2 группа –  $62,85 \pm 13,14$  баллов). По таким показателям как, влияние «страх приступов» (1 группа –  $50,95 \pm 29,36$ ; 2 группа  $58,42 \pm 23,52$ ) и «влияние противосудорожных» (1 группа  $45,57 \pm 34,54$ ; 2 группа  $54,26 \pm 29,88$ ), достоверных различий получено не было.

Выводы. Можно заключить, что пациенты, страдающие эпилепсией, с суицидальными мыслями оценивают качество своей жизни несколько ниже, чем пациенты с эпилепсией без суицидальных идеаций. Можно предположить, что беспокойство по поводу возможности возникновения приступов, утомляемость, влияние противосудорожных препаратов, проблемы с когнитивными функциями, а также сниженная социальная активность пациентов, страдающих от эпилепсии, могут негативно отражаться на общем качестве жизни и приводить к формированию суицидального поведения.

## **АНТИВИТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

**Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.**

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

Санкт-Петербург

*ANTIVITAL EXPERIENCES IN PATIENTS WITH EPILEPSY*

*Shova N.I., Mikhailov V.A., Popov Y.V.*

В структуре заболеваний психоневрологического профиля эпилепсия является одной из наиболее распространённых форм патологии нервной системы. Большинство исследователей указывают на то, что лица, страдающие данным недугом, имеют больший риск смерти, чем в общей популяции «здорового населения». Главные причины смерти составляют: несовместимая с жизнью травма, полученная в результате падения; нарушения витальных функций как осложнение эпилептического статуса и самоубийства. Частота суицидов у больных эпилепсией в 4-5 раз выше, чем в общей популяции. В настоящее время вопрос о конкретных факторах риска развития суицидального поведения среди пациентов, страдающих эпилепсией, не получил однозначного решения.

Цель. Выявление и изучение факторов риска формирования суицидального поведения среди больных эпилепсией.

Материалы и методы. Обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов  $33,21 \pm 12,25$  лет. Набор пациентов производился методом сплошной выборки (в общей когорте пациентов наблюдались больные с актуальными суицидальными мыслями) для обеспечения репрезентативности и однородности материала. Пациенты были разделены на две группы. Критерием для разделения стало наличие суицидальных тенденций (наличие мыслей о самоубийстве): в первую группу вошли пациенты с суицидальными мыслями (41 человек, средний возраст респондентов –  $32,20 \pm 11,31$ , из них 15 мужчин (36,59%) в возрасте  $29,33 \pm 9,18$  и 26 женщин (63,41%) в возрасте  $33,85 \pm 12,23$ ); вторая группа – пациенты без суицидальных идеаций (71 человек, в возрасте  $33,79 \pm 12,80$ , из них 39 мужчин (54,93%) в возрасте  $32,26 \pm 12,51$  и 32 женщины (45,07%) в возрасте  $35,66 \pm 13,10$ , возраст дебюта варьирует от 1 года до 55 лет; длительность заболевания  $14,63 \pm 11,90$ ). Клинико-психологические шкалы и опросники: госпитальная шкала тревоги и депрессии;

Фрайбургский личностный опросник; опросник суицидального риска Шмелева А.Г. в модификации Разуваевой Т.Н.; шкала безнадёжности Бека.

Результаты. Наиболее выраженными факторами суицидального риска в 1 группе являются: «несостоятельность» (1 группа –  $2,75 \pm 1,24$ , 2 группа –  $1,90 \pm 1,08$ ,  $p=0,000$ ), «временная перспектива» (1 группа –  $2,56 \pm 1,78$  баллов, 2 группа –  $1,35 \pm 1,43$  баллов,  $p=0,000$ ), «уникальность» (1 группа –  $1,97 \pm 1,49$  баллов, 2 группа –  $1,18 \pm 1,30$  баллов  $p=0,004$ ), «максимализм» (1 группа –  $1,02 \pm 1,01$  баллов, 2 группа –  $0,63 \pm 0,62$  баллов  $p=0,020$ ). При анализе эмоционально-аффективных расстройств (по результатам госпитальной шкалы тревоги и депрессии) выявлено, что у пациентов 1 группы наблюдается субклинически выраженная тревога ( $9,09 \pm 4,29$ , 2 группа –  $6,00 \pm 3,67$ ,  $p=0,000$ ), уровень депрессии находится на границе между нормой и субклинически выраженной депрессией ( $7,75 \pm 4,72$ , 2 группа –  $4,97 \pm 3,30$ ,  $p=0,001$ ). По результатам шкалы безнадёжности Бека выявлено, что у пациентов 1 группы наблюдается легкая безнадёжность ( $7,75 \pm 4,72$  баллов, 2 группа –  $3,81 \pm 3,35$  баллов ( $p \leq 0,001$ )). В ходе анализа данных, полученных по Фрайбургскому личностному опроснику, были выявлены некоторые различия между пациентами двух групп. Пациенты с суицидальными мыслями характеризуются более высоким уровнем «невротичности» ( $7,34 \pm 3,71$  баллов), «спонтанной агрессивности» ( $6,17 \pm 2,64$  балла), «депрессивности» ( $6,93 \pm 2,95$  баллов), «раздражительности» ( $6,54 \pm 2,06$  баллов) и «эмоциональной лабильности» ( $6,90 \pm 2,78$  баллов), чем пациенты без суицидальных мыслей ( $0,009 \leq p \leq 0,001$ ). Среди пациентов с суицидальными мыслями большее число респондентов характеризуется эмоциональной лабильностью (около 71%), нежели во 2 группе. Различия между группами являются значимыми ( $p \leq 0,01$ ).

Заключение. Такие клинические и психологические факторы, как наличие депрессивных переживаний, высокий уровень реактивной и личностной тревожности, аффективности, невротизации, психопатизации, снижение эмоциональной стабильности, ригидность эмоциональных реакций достоверно увеличивает склонность к антивитальным переживаниям, ввиду невозможности конструктивного планирования своего будущего, фиксации на неудачах и распространении его на все сферы жизнедеятельности. Формируется концепция отрицания окружающего мира и собственной личности.

## **ВИТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ИДЕАЦИЯМИ**

**Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.**

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

Санкт-Петербург

*VITAL FACTORS OF PATIENTS WITH EPILEPSY AND SUICIDAL IDEATION*

*Shova N.I., Mikhailov V.A., Popov Y.V.*

Пациенты с эпилепсией имеют более высокий риск совершения самоубийства по сравнению с населением в целом, считая, что суицид является распространенным следствием сопутствующих психических заболеваний. Различные исследования показали, что больные эпилепсией подвержены более высокому риску возникновения суицидальных мыслей и свершения попыток суицида с предполагаемой распространенностью от 3,3 до 14,3%, или даже до 35%. На данный момент проблема верификации витальных (антисуицидальных) факторов у больных эпилепсией остается открытым.

Цель. Изучение, возможных, витальных факторов, препятствующих формированию суицидальных мыслей у больных эпилепсией.

Материалы и методы. Было обследовано 112 больных (54 мужчины и 58 женщин) с установленным диагнозом эпилепсия, возраст респондентов  $33,21 \pm 12,25$ . Пациенты были разделены на две группы: 1 группа с суицидальными мыслями (41 человек); 2 группа без суицидальных идеаций (71 человек). С целью верификации витальных факторов был использован опросник антисуицидальных мотивов (Reasons for Living Inventory; Linehan M., 1983). Обработка результатов включала в себя количественный и качественный анализ полученных данных.

Результаты. Степень выраженности всех антисуицидальных мотивов у пациентов с эпилепсией без суицидальных идеаций выше, чем у пациентов с суицидальными мыслями. У пациентов 1 группы значимость имеют только три антисуицидальных мотива: «мотивы, связанные с детьми» ( $4,59 \pm 1,38$  баллов); «ответственность перед семьей» ( $4,19 \pm 1,09$  баллов), а также «мотивы выживания и умения справиться с ситуацией» ( $4,07 \pm 0,95$  баллов), значение всех показателей более 3,5 баллов.

Перечисленные мотивы являются также наиболее весомыми антисуицидальными мотивами и для пациентов 2 группы (5,13±1,28 баллов, 5,00±0,87 баллов, 4,86±0,76 соответственно), однако их выраженность значимо выше, чем в первой (p=0,021, p=0,000, p=0,000). Кроме того, стоит сказать, что также значения чуть выше среднего (3,5) в группе пациентов без суицидальных идеаций имеют такие антисуицидальные мотивы, как: «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» (3,79±1,38 баллов), и «опасения социального неодобрения» (3,64±1,36 баллов). Что, как нам кажется, может свидетельствовать о значимости данных мотивов для пациентов группы без суицидальных мыслей в некоторых ситуациях, однако их вес меньше, чем вес перечисленных выше трех антисуицидальных мотивов. Для пациентов 1 группы «моральные установки, противоречащие совершению суицидальной попытки» (3,08±1,39 баллов), и «опасения социального неодобрения» (3,17±1,42 баллов) не являются значимыми и весомыми антисуицидальными мотивами. Самым слабым мотивом, противостоящим суицидальным тенденциям, в обеих группах являются «опасения относительно совершения самоубийства» (1 группа – 2,92±1,16 баллов, 2 группа – 3,21±1,38 баллов). Также стоит обратить внимание на общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов, который в 1 группе является более выраженным (4,27±0,82 баллов), чем во 2 группе (3,59±0,90 баллов), p≤0,001. При этом общий уровень выраженности антисуицидальных мотивов во 2 группе является значимым, в группе пациентов с суицидальной активностью – нет.

Заключение. Таким образом, у пациентов с суицидальными мыслями в меньшей степени, чем у пациентов без суицидальных идеаций, выражены антисуицидальные мотивы, что может свидетельствовать о том, что низкий уровень выраженности антисуицидальных мотивов может способствовать возникновению у пациентов суицидальных мыслей.

## **РАЗЛИЧИЯ В АССОЦИИИ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TRPV1 С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ИХ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ**

**Якубова А.Ш., Давидюк Ю.Н., Гиниатуллин Р.А., Ризванов А.А.**

Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Казань

*DIFFERENCES IN THE ASSOCIATION OF A SINGLE NUCLEOTID POLYMORPHISM OF TRPV1 GENE WITH EPISODIC AND CHRONIC MIGRAINE AS A PREREQUISITE OF THEIR GENETIC DETERMINATION*

*Yakubova A., Davidyuk Y., Giniatullin R., Rizvanov A.*

Введение. Болевые состояния значительно сказываются на качестве жизни пациентов. Среди них особое место занимает мигрень, входящая в тройку самых распространенных заболеваний и являющаяся одной из ведущих причин временной нетрудоспособности в мире. Ведущим симптомом мигрени являются головные боли высокой интенсивности, склонные к хронизации. В связи с этим актуален поиск биомаркеров заболевания и его особенностей для дальнейшего выбора тактики персонализированной терапии. Одним из подходов изучения мигрени является проведение ассоциативных исследований по генам-кандидатам, связанным с риском заболевания или определяющим особенности его течения. В настоящем исследовании, в результате проведенного анализа имеющихся данных, в качестве такого гена-кандидата был выбран однонуклеотидный полиморфизм (ОНП) rs8065080 гена TRPV1. Кодированные этим геном рецепторы TRPV1 экспрессируются в нейронах тригеминальной системы и участвуют в сенситизации периферических ноцицепторов и в восприятии периферической боли. Активация данных рецепторов приводит к релизу генетически родственного кальцитонину пепетиду (CGRP), основного медиатора боли при мигрени, и последующему развитию нейрогенного воспаления. Ранее было выявлено, что носители генотипа GG rs8065080 TRPV1 гена имеют сниженную болевую чувствительность и нормальную чувствительность на не болевые стимулы, в то время как носители генотипов AA и AG демонстрируют повышенную температурную болевую чувствительность. Однако, несмотря на ряд исследований роли рецептора TRPV1 и его ОНП в различных болевых состояниях, полиморфизм rs8065080 TRPV1 еще не изучался при мигрени.

Цель исследования. Определить варианты ОНП гена TRPV1 у здоровой группы контроля и пациентов с эпизодической и хронической формами мигрени, а также выявить его возможные ассоциации с клинической симптоматикой.

**Материалы и методы.** Исследование включало 71 пациентов с клинически диагностированной мигренью (40 с эпизодической и 31 с хронической формами) и 56 здоровых лиц в качестве контроля. Диагноз устанавливался по критериям Международной классификации головной боли третьего пересмотра. ОНП rs8065080 TRPV1 определялся аллель-специфической полимеразной цепной реакцией с использованием тест-системы из двух праймеров собственной разработки.

**Результаты.** Проведенные исследования позволили установить, что распределение частот генотипов rs8065080 TRPV1 у пациентов с эпизодической мигренью значимо не отличалось от контрольной группы: AA 37%, AG 50%, GG 13% и AA 38%, AG 41%, GG 21% ( $p = 0,519$ ). Однако, распределение генотипов в группе хронической мигрени существенно отличалось от каждой из этих групп – AA 61%, AG 39%, GG 0% ( $p = 0,039$  и  $p = 0,008$ , соответственно).

**Выводы.** Увеличение частоты встречаемости генотипа AA в группе хронической мигрени согласуется с существующими данными о вовлеченности этого генотипа в повышенную болевую чувствительность, а наблюдаемое полное отсутствие генотипа GG может интерпретироваться как ассоциация данного генотипа с адаптивным защитным механизмом, препятствующим хронизации мигрени. Таким образом, пациенты с эпизодической мигренью, являющиеся носителями GG генотипа, не имеют совсем или имеют существенно меньшую вероятность развития эпизодической мигрени в хроническую. В то же время, генотип AA следует рассматривать как фактор риска такого перехода и сигнал к началу превентивной терапии. Полученные результаты генотипирования позволяют предполагать генетическую детерминированность эпизодической и хронической форм мигрени, основанную на различии в распределении генотипов TRPV1 rs8065080, и непосредственную роль TRPV1 рецепторов в гетерогенности мигрени и риске ее хронизации.

## ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА

### ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ

Арзуманов Ю.Л., Должанская Н.А., Игумнов С.А., Шуплякова А.В., Березина И.Ю.

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

Москва

*THE STUDY OF NEUROPHYSIOLOGICAL MECHANISMS OF COGNITIVE DISORDERS IN PERSONS WITH FAMILY BURDEN OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES USE IN THE GENDER ASPECT*

*Arzumanov Y.L., Dolzhanskaya N.A., Igumnov S.A., Shuplyakova A.V., Berezina I.Yu.*

**Цель и задачи исследования:** нейрофизиологический и клиничко-психологический анализ нарушений когнитивных функций у лиц с семейной отягощённостью злоупотреблением ПАВ; оценка степени выраженности этих нарушений; формулировка научно-обоснованных рекомендаций при выборе тактики лечения и возможности понимания прогноза заболевания.

**Материалы и методы.** Проведена регистрация вызванных потенциалов и запись ЭЭГ у пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами (на электроэнцефалографах «Нейро-КМ» фирмы «Статокин» (Россия), а также «Нейрон-Спектр-5» фирмы ООО «Нейрософт» (г. Иваново, Россия)). ЭЭГ регистрировалась от 19 активных электродов, расположенных на скальпе в соответствии с Международной схемой расположения электродов «10-20%». Референтные электроды (A1, A2) крепились на мочке уха с каждой стороны. Оценивалась степень выраженности нарушений биоэлектрической активности головного мозга, наличие локальных изменений, межполушарной асимметрии и пароксизмальной активности.

Для проведения в клинике комплексно-психологического-диагностических, поведенческих и электрофизиологических методов у пациентов с зависимостью от ПАВ применен следующий исследовательский инструментарий: пятифакторный опросник личности; Монреальская шкала когнитивной оценки; тест оценки темперамента; компактная версия ОСТ (STQ-77) (Трофимова И.Н.); тест аддиктивных установок лиц, страдающих наркоманией и алкоголизмом; опросник уровня комплаентности; «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин и соавт., 1984); «Эмоциональный

интеллект» (Люсин, 2006); «Аддиктивные установки» (Мак-Маллан и Гейлхар); «Поиск ощущений» (в адапт. В.В. Гульдана и А.М. Корсуна, 1990.); «Тест жизнестойкости» (в адапт. Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой).

Результаты и их обсуждение. Регистрация электроэнцефалограммы (ЭЭГ) проведена у 183 пациентов (мужчины – 133 человек, средний возраст 39,22±9,07; женщины – 50 человек, средний возраст 32,18±9,87 лет), с зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), находившихся на стационарном лечении в клинике ФГБУ «НМИЦ ПН» МЗ РФ.

По результатам исследований ЭЭГ в 83% случаев у пациентов, злоупотребляющих ПАВ отмечаются нарушения электрической активности мозга диффузного характера с признаками функциональной заинтересованности образований диэнцефального уровня, а также базальных ядер с двух сторон. В 12% имеет место нарушение функциональной активности медио-базальных отделов лобной и височной долей с двух сторон. У лиц с зависимостью от психоактивных веществ и с наличием ряда социально значимых инфекций выявлено, что в 71% случаев присутствуют изменения электрической активности мозга различной степени выраженности (от лёгких до умеренных), в 43% случаев отмечаются признаки нарушения функциональной активности образований диэнцефального уровня, а также базальных ядер с двух сторон. Эпилептиформной активности у обследованных пациентов зарегистрировано не было. Специфических изменений ЭЭГ для данной категории пациентов зарегистрировано не было.

На основании полученных результатов психологического исследования можно судить о высокой распространённости когнитивных нарушений у лиц с зависимостью от ПАВ с наследственной отягощённостью, независимо от гендерной принадлежности. В первую очередь характерны нарушения большинства компонентов внимания (объёма, избирательности, распределения и концентрации внимания) за исключением устойчивости внимания, где различия наблюдаются, но они не достигают достаточной степени значимой достоверности. Наличие когнитивных нарушений ухудшает прогноз течения болезней зависимости. В большинстве современных исследований продемонстрировано особенно неблагоприятное течение наркотизации у лиц, выполняющих батарею тестов с большим количеством персевераций. По-видимому, патогенетические механизмы влияния когнитивных расстройств на процесс алкоголизации/наркотизации могут быть различными в зависимости от особенностей нейрофизиологической дисфункции.

Заключение. В настоящее время продолжается сбор материала по всем перечисленным методикам, последовательно производится обработка полученных результатов и формируется общая база данных для последующего анализа.

Использование методик, соответствующих поставленным задачам исследования, позволит целенаправленно сформировать основные дифференцированные группы профилактического вмешательства для разработки эффективных мер, снижающих негативные психологические и клинические последствия зависимости от ПАВ на стационарном этапе оказания наркологической помощи.

## **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Архипов В.В., Бурмистрова Н.И.**

ФГБУ «НЦЭСМП» Минздрава России

Москва

*NEW APPROACHES TO PERSONALIZED PHARMACOTHERAPY WITH ANTIEPILEPTIC DRUGS USING  
MODERN INFORMATION TECHNOLOGIES*

*Arkhipov V.V., Burmistrova N.I.*

Фармакотерапия является основным методом лечения эпилепсии и предусматривает ежедневный прием противоэпилептических препаратов (ПЭП), на протяжении длительного периода времени, а часто на протяжении всей жизни. Длительное лечение с применением одного или нескольких ПЭП существенно повышает риск нежелательных реакций, требует контроля дозировок, соблюдения приверженности и преимущественности лечения [1].

Мировые тенденции, направленные на развитие электронной медицины, позволяют предположить, что существенную роль в обеспечении динамического мониторинга рисков фармакотерапии при эпилепсии,

может иметь применение достижений современных IT технологий, необходимая технологическая база для этого в России имеется.

При этом ключевым моментом в обеспечении динамического мониторинга рисков фармакотерапии при эпилепсии, может стать применение доступных автоматизированных информационных систем и программ – калькуляторов для оценки эффективности и безопасности. Внедрение данных инноваций на базе современных IT технологий должно способствовать повышению лекарственной безопасности, повысить достоверность проведения исследований в реальной клинической практике, оптимизировать подбор рациональной фармакотерапии ПЭП[2,3,4].

Цель работы: на основании анализа существующих информационных систем и приложений для смартфонов, разработать оригинальный алгоритм и программу для сопровождения пациентов с эпилепсией.

Задачи исследования: провести критический анализ существующих приложений для сопровождения пациентов с эпилепсией; создать оригинальную отечественную программу для сопровождения пациентов с эпилепсией.

Методы и материалы. Поиск информации по изучению международного и Российского опыта применением методов оценки эффективности и безопасности противосудорожных препаратов и информационных систем, для сопровождения лечения эпилепсии по ключевым словам: клинические исследования, эффективность, безопасность, эпилепсия, противоэпилептические препараты, информационные системы, приложения, информационные технологии.

По результатам поиска была систематизирована информация существующих информационных ресурсах, нашедших применение при сопровождении пациентов с эпилепсией. Особое внимание уделялось критическому анализу существующих программ и приложений для мобильных устройств. Произведен сравнительный анализ по приложениям на двух разных платформах по выбранным критериям, сделаны выводы относительно удобства и функциональности приведенных приложений. Отмечены достоинства и недостатки приведенных приложений, а так же выявлена потребность в разработке аналогичных отечественных приложений. Создана оригинальная отечественная программа для сопровождения пациентов с эпилепсией.

Заключение: мировые тенденции, направленные на развитие информационного сопровождения больных с эпилепсией, и недостатки уже существующих ИС, свидетельствуют об актуальности разработки усовершенствованных программных приложений для гаджетов. Авторами разработан оригинальный алгоритм и создана программа для проведения постмаркетинговых исследований противоэпилептических препаратов. Функционал программы позволяет проводить оперативный учет и анализ изменений состояния пациентов на фоне проводимого лечения, использовать ее для проведения клинических исследований эффективности и безопасности антиконвульсантов. Осуществлена регистрация прав интеллектуальной собственности на данное программное обеспечение (номер государственной регистрации 2021664964 от 16.09.2021 г.).

Внедрение достижений мобильной медицины в практику отечественного здравоохранения должно способствовать повышению лекарственной безопасности, достоверности клинических исследований и оказывать поддержку в принятии решений по подбору фармакотерапии.

## **ПОКАЗАТЕЛИ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Игумнов С.А., Горецкая Т.А., Арзуманов Ю.Л.**

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

**Москва**

*INDICATORS OF STEM ACOUSTIC EVOKED POTENTIAL IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE*

*Berezina I.Yu., Mikhailov A.Yu., Igumnov S.A., Goretskaya T.A., Arzumanov Yu.L.*

Цель исследования – оценка функционального состояния стволовых образований понто-мезенцефального уровня у пациентов с алкогольной зависимостью по показателям пиковых латентностей (ПЛ) и межпиковых интервалов (МПИ) основных компонентов стволового акустического вызванного потенциала (САВП).

Материалы и методы исследования. Обследовано 40 пациентов (37 мужчин и 3 женщины) в возрасте от 29 до 60 лет (средний возраст – 43,34±8,32), проходивших лечение в клинике Национального научного

центра наркологии (филиал НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского) с установленным диагнозом, согласно МКБ-10, F10.3 «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя. Абстинентное состояние». Период от начала систематического злоупотребления алкоголем составил от 5 до 28 лет. Исследование САВП проводили, начиная с 7-х суток, после купирования острого абстинентного синдрома. Регистрацию САВП проводили на аппарате «Нейрон-Спектр 5» фирмы «Нейрософт» (г. Иваново, Россия) по стандартной методике: хлорсеребряные чашечковые электроды крепились на поверхность черепа с помощью электродной контактной высокопроводящей адгезивной пасты «Унипаста» фирмы «Гельтек» (Москва, Россия) по следующей схеме: активный электрод (+) крепился в область вертекса (Cz), референтный электрод (-) – на область сосцевидных отростков: левый M1, правый M2; заземляющий электрод – в области средней линии лба в его нижней части (Fpz). Межелектродное сопротивление не превышало 2 кОм. Для записи САВП использовали головные телефоны TDH 39/49 10 Ом. Афферентный стимул в виде звукового щелчка интенсивностью 100 дБ подавался моноаурально с частотой 10 Гц последовательно в левое, а затем в правое ухо. Усреднялась серия из 2000 ответов. При стимуляции каждого уха проводилось, как минимум, две серии усреднений. При наличии нарушений проведения на периферическом уровне, затрудняющих определение времени центрального проведения, применялась дополнительная серия усреднений при увеличении интенсивности стимула (110, 120 дБ). Полоса пропускания частот усилителя – 100-2000 Гц. Анализировали общую конфигурацию ответа (сохранность всех компонентов), временные параметры ответа: пиковые латентности (ПЛ) I, III, V компонентов и межпиковые интервалы (МПИ) I-III, III-V, I-V, амплитуду ответа. Достоверными изменениями считали увеличение указанных параметров на величину, превышающую соответствующие нормативные показатели более чем на 2,0  $\sigma$ , что соответствовало уровню достоверности  $p < 0,05$ . Была проведена статистическая обработка полученных данных с использованием пакета Statistica 11.0 for Windows. Оценивали параметры (средние, стандартные отклонения) распределений величин пиковых латентностей и межпиковых интервалов САВП. Различия средних оценивали по t-критерию Стьюдента, значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

Нормативные параметры были получены при обследовании 20 здоровых испытуемых (12 мужчин, 8 женщин) (контрольная группа), средний возраст –  $32,4 \pm 7,46$ , сопоставимых по возрасту и полу, не имеющих в анамнезе психических и неврологических расстройств, не страдающих алкогольной зависимостью

Результаты исследования. При анализе показателей САВП у пациентов с алкогольной зависимостью можно выделить три группы: I группа (6 человек) – показатели ПЛ и МПИ САВП укладывались в нормативные данные (подобная картина наблюдалась у пациентов с длительностью злоупотребления алкоголем менее 5 лет), при этом во всех наблюдениях отмечалось снижение амплитуды ответа ( $p < 0,05$ ). У двух пациентов из этой группы отмечались нарушения ответа по периферическому типу при сохранности показателей МПИ; II группа (21 человек) – отмечалось увеличение МПИ I-III при сохранности показателей ПЛ основных компонентов САВП, амплитуда V/I снижена ( $p < 0,05$ ). Увеличение МПИ только I-III объяснить довольно сложно и вероятнее всего этот феномен в большей степени связан с ухудшением проводниковой способности слухового нерва, нежели с функциональным состоянием изолированного участка каудального отдела моста; III группа (13 человек) – отмечалось удлинение ПЛ V компонента, МПИ I-III, I-V со снижением амплитуды V/I ( $p < 0,05$ ). Увеличение времени МПИ I-III, I-V может отражать нарушение функционального состояния значительной части активирующей системы на уровне моста и понто-мезэнцефального соединения. Подобная картина изменения САВП наблюдалась у пациентов с длительностью алкоголизации более 20 лет.

Выводы. У пациентов с алкогольной зависимостью в 85% случаев отмечались нарушения показателей САВП, причем в 30% случаев были выявлены нарушения проведения звукового сигнала по слуховым путям ствола головного мозга на понто-мезэнцефальном уровне, что позволяет использовать стволовой акустический вызванный потенциал в обследовании пациентов с алкогольной зависимостью, особенно в случае длительности алкоголизации более 20 лет.



# ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ZNF804A ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО АССОЦИИРОВАН С НЕГАТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Голимбет В.Е., Лежейко Т.В., Колесина Н.Ю.  
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*THE POLYMORPHISM ZNF804A RS1344706 IS DIFFERENTIALLY ASSOCIATED WITH NEGATIVE SYMPTOMS DOMAINS IN SCHIZOPHRENIA*

*Golimbet V.E., Lezheiko T.V., Kolesina N.Yu.*

Негативные симптомы являются важной клинической характеристикой шизофрении. Они рассматриваются как более существенные для клинического прогноза течения болезни, поскольку проявляются в качестве первых признаков заболевания в детстве и стабильны в процессе его прогрессирования. Кроме того, негативные симптомы могут быть предикторами неблагоприятного течения исхода заболевания. В последние годы клинические исследования негативных симптомов сфокусированы на их клинической гетерогенности. В частности, предложено разделение их на подгруппы (субдомены) на основании факторного анализа [1,2]. Широкое распространение получила двухфакторная модель, в рамках которой выделяются два независимых фактора: абулия-апатия (АА) и экспрессивный дефицит (ЕД). В ряде исследований показано, что эти субдомены по-разному влияют на клинические особенности шизофрении, что предполагает разные патофизиологические механизмы их развития. Симптомы в субдомине АА связаны с ухудшением функционирования, большей продолжительностью нелеченого психоза и несоблюдением режима лечения. Симптомы в субдомине ЕД более стойкие во времени, более распространены на ранних стадиях заболевания и связаны с большей продолжительностью продромальной фазы заболевания, чем симптомы в субдомине АА [3]. Нейробиологические различия между двумя субдоменами выявлены в нейровизуализационных [4] и иммунологических [5] исследованиях. Однако молекулярно-генетическое исследование субдоменов негативных симптомов до сих пор не проводилось.

Целью исследования являлся поиск ассоциации между полиморфизмом rs1344706 (А/С) гена цинк-пальцевого белка (ZNF804A) и выраженностью негативных симптомов, входящих в субдомены АА и ЕД. Выбор полиморфизма был обусловлен тем, что ранее продемонстрирована его связь с симптомами шизофрении и расстройств шизофренического спектра в различных популяциях [6-8]. Функции ZNF804A до сих пор полностью не выяснены, предполагается, что он связан с ранним развитием головного мозга и нейропластичностью, процессами трансляции РНК и клеточной адгезией [9].

Материалы и методы. Исследование включало в себя 1116 (741 (66.3% женщин) больных шизофренией. Диагноз был установлен на основании диагностических критериев Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (рубрика F20). Средний возраст больных составил 38.4 (13.6) лет, возраст на момент начала заболевания – 26.1 (10.6) лет. Психометрическое обследование предусматривало балльную оценку выраженности симптомов по шкале позитивных и негативных синдромов PANSS (The Positive and Negative Syndrome Scale). Симптомы шкалы PANSS включали в субдомены в соответствии с подходом, предложенным E. Liemburg et al. []. В субдомен включали симптомы Эмоциональная отгороженность (Н2), Пассивно-апатическая социальная отгороженность (Н4), Активная социальная устранимость (О16). Субдомен ЕД включал в себя следующие симптомы: Приглушенный аффект (Н1), Трудности в общении (Н3), Нарушения спонтанности и плавности общения (Н6), Манерность и поза (О5), Моторная расторможенность (О7), Нарушения воли (О13). Генотипирование полиморфизма ZNF804A rs1344706 осуществляли с использованием ПЦР по методике, описанной ранее [10]. Для анализа данных использовали дисперсионный анализ, в котором в качестве независимых факторов были выбраны генотип и пол, а в качестве ковариат – возраст к моменту манифестации заболевания и его длительность. Post hoc тест проводили с использованием поправки Бонферрони на множественность сравнений. Различия считали значимыми при уровне вероятности  $\leq 0.05$ .

Результаты и их обсуждение. В исследуемой выборке было обнаружено следующее распределение генотипов: АА – 450 (40.3%), АС – 505 (45.3%), СС – 161 (14.4%). Выявлен значимый эффект полиморфизма rs1344706 (А/С) на выраженность симптомов в субдомине АА ( $F=5.88$ ,  $df=2$ ,  $p=0.002$ ). У носителей генотипа СС выраженность симптомов была значимо ниже, чем у носителей генотипа АА и генотипа АС (8.4(3.5), 9.4(7.4) и 8.8(3.5) баллов, соответственно,  $p \leq 0.05$ ). Этот эффект не зависел от пола и не был опосредован возрастом к началу заболевания или его длительностью. Не было обнаружено влияния

полиморфизма rs1344706 (A/C) на выраженность симптомов в субдомене ЕД ( $F=2.7$ ,  $df=2$ ,  $p=0.06$ ). Связь полиморфизма ZNF804A rs1344706 (A/C) с негативными симптомами шизофрении обнаружена впервые. Ранее в нескольких работах сообщалось об его ассоциации с позитивными симптомами и суммарным баллом по шкале PANSS [6-8]. Возможно, выявление связи с негативными симптомами можно объяснить тем, что в настоящем исследовании была учтена их гетерогенность.

Выводы. Впервые показано, что варианты генов-кандидатов могут быть дифференцированно ассоциированы с субдоменами негативных симптомов у больных шизофренией. Полученные результаты находятся в соответствии с ранее проведенными нейробиологическими исследованиями, указывающими на то, что в основе субдоменов негативных симптомов лежат различные патофизиологические механизмы.

## **СЫВОРОТОЧНЫЕ ГИСТОНЫ И ЦИТОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

**Ермаков Е.А., Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П., Бойко А.С.,  
Камаева Д.А., Меламуд М.М., Бунева В.Н.**

Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН;  
Научно-исследовательский институт психического здоровья; ТНИМЦ РАН  
Новосибирск, Томск

### *SERUM HISTONES AND CYTOKINES AS MARKERS OF CHRONIC SYSTEMIC INFLAMMATION IN SCHIZOPHRENIA*

*Ermakov E.A., Dmitrieva E.M., Smirnova L.P., Boyko A.S., Kamaeva D.A., Melamud M.M., Buneva V.N.*

Шизофрения сопровождается системным хроническим воспалением, что выражается в увеличении уровня провоспалительных маркеров в крови пациентов (Müller N., Schizophrenia Bulletin, 2018). В частности, по результатам мета-анализов у больных шизофренией увеличивается концентрация провоспалительных цитокинов в сыворотке и спинномозговой жидкости (Potvin S., et al., Biological Psychiatry, 2008; Goldsmith D.R., Molecular Psychiatry, 2016). Предполагается, что хроническое провоспалительное состояние может приводить к изменению дофаминергической, серотонинергической, норадренергической и глутаматергической нейротрансмиссии. Однако причины провоспалительного состояния, наблюдаемого у пациентов, детально не изучены.

Воспалительные реакции в отсутствие инфекционного агента могут запускаться молекулярными фрагментами, связанными с повреждением клетки (от англ. Damage-associated molecular patterns, DAMPs). Различные DAMPs высвобождаются из поврежденных или умирающих клеток при апоптозе и других вариантах клеточной гибели (Zindel J., Kubes P. Annual Review of Pathology, 2020). К DAMPs относятся внутриклеточные компоненты, такие как ДНК, РНК, гистоны, митохондриальные белки и другие молекулы. При избыточной концентрации, длительной циркуляции в крови, при нарушении процессов удаления данных молекул из кровотока происходит чрезмерная активация иммунных реакций, что способствует воспалительному и аутоиммунному ответу. Однако роль DAMPs при шизофрении в стимулировании воспалительных реакций изучена недостаточно.

Цель данного исследования заключалась в поиске различных гистонов в сыворотке крови протеомными методами, а также в анализе сывороточной концентрации цитокинов у больных шизофренией.

Материалы и методы. На первом этапе в работе проанализирован спектр белков сыворотки крови 12-ти пациентов с параноидной шизофренией (F20.0) и 13 условно здоровых доноров, сопоставимых по полу и возрасту. Для удаления 14-ти мажорных белков из сыворотки крови использовали аффинную хроматографию на колонке Multiple Affinity Removal Column Human 6 (4.6 x 100 mm, Agilent, США) с использованием хроматографа АКТА pure (GE Healthcare). Хроматографически очищенные белки разделяли методом электрофореза по методу Laemmli. Полученные электрофореграммы анализировали в системе гель документации Alliance 2.7 (Uvitec, Великобритания). После разделения белки гидролизовали трипсином для получения смеси пептидов. Для анализа полученных пептидов использовали квадрупольный масс-спектрометр Orbitrap Q-exactive HF (Thermo Fisher Scientific, США) на базе ЦКП «Протеом Человека» ИБМХ (г. Москва). Идентификацию белков по полученным спектрам проводили с использованием программного обеспечения Mascot Ver. 2.1 (Matrix Science, США).

На втором этапе исследования проводился анализ концентрации цитокинов в сыворотке крови. Выборка была расширена и в исследование включены 48 пациентов с шизофренией и 36 здоровых доноров. В

исследовании принимали участие пациенты с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0, n=39) или простая шизофрения (F20.6, n=9). Превалирующая негативная симптоматика наблюдалась у 21 пациента, а у 26 пациентов – позитивная. Средний возраст пациентов с шизофренией составил 40 лет, а здоровых доноров – 36 лет, и статистически значимо не отличался в исследуемых группах. Выраженность позитивных и негативных симптомов оценивалась с помощью шкалы PANSS. Концентрацию цитокинов определяли с помощью мультиплексного анализатора MAGPIX (Luminex, США) на базе ЦКП «Медицинская геномика» ТНИМЦ (г. Томск), с использованием набора Human Premixed Multi-Analyte Kit Luminex Assay (R&D Systems, США). Данным методом проанализированы концентрации следующих цитокинов: интерферон  $\alpha$  (IFN $\alpha$ ), интерлейкин (IL)-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе STATISTICA 10. Статистически значимыми считались результаты с  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни), прошедшие поправку на множественную проверку гипотез Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. По результатам протеомного анализа в сыворотке крови больных шизофренией и здоровых лиц обнаружены различные гистоны, в частности, идентифицированы гистоны H1, H2A, H2B, H3. При этом некоторые варианты гистонов встречались только у больных параноидной шизофренией: H1, H2B, H3. У больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой встречались следующие гистоны: H1, H2A, H2B, H3. У больных шизофренией с превалирующей негативной симптоматикой обнаружены гистоны H2A и H2B. Некоторые белки у больных шизофренией как с позитивной, так и с негативной симптоматикой оказались общие. Таким образом, показано, что в сыворотке крови пациентов и здоровых лиц содержатся различные гистоны. Наличие гистонов в кровотоке может запускать воспалительные реакции, поэтому на втором этапе исследования изучена концентрация цитокинов в сыворотке крови. В результате мультиплексного анализа показано, что уровни IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6 и IFN $\alpha$  у больных шизофренией статистически значимо выше, чем у здоровых доноров. Концентрация IL-10 не изменялась в исследуемых группах. Важно отметить, что отношение IL-10/IL-6 оказалось ниже у больных шизофренией, что указывает на преобладание провоспалительных процессов. Уровень IL-6 оказался выше у больных с выраженной негативной симптоматикой, чем у больных с позитивной симптоматикой.

Выводы. В данной работе показано, что в сыворотке больных шизофренией и здоровых доноров присутствуют различные гистоны, причем некоторые белки встречаются только у больных, а некоторые у больных с определенной симптоматикой. Кроме того, показано увеличение концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови больных, что указывает на преобладание хронических воспалительных процессов. Полученные данные позволяют предположить, что одним из факторов, провоцирующих воспалительное состояние при шизофрении, является избыточное появление гистонов в кровотоке. Однако необходимо количественно оценить изменения концентрации гистонов при шизофрении, чтобы доказать важную роль этих белков в патогенезе хронического системного воспаления при шизофрении. Изменения концентрации определенных гистонов в кровотоке могут оказаться маркером хронического вялотекущего воспаления при шизофрении.

Работа выполнена в рамках гранта РФФИ № 21-75-00102 (набор больных, сбор сыворотки, пробоподготовка, анализ цитокинов). Масс-спектрометрический анализ проведен в рамках гранта РФФИ № 18-15-00053-П на базе ЦКП «Протеом Человека» ИБМХ (г. Москва). Анализ цитокинов проведен на базе ЦКП «Медицинская геномика»; ТНИМЦ (г. Томск).

## **КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ИНСОМНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*CLINICAL AND GENETIC ASSOCIATIONS IN THE POST ABSTINENT PERIOD IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME WITH INSOMNIA*

*Efremov I.S., Asadullin A.R.*

Актуальность темы исследования. Расстройства, связанные с злоупотреблением алкоголем, называют одной из главных причин преждевременной смерти у взрослых России (Zaridze D. et al., 2014). Одним из

феноменов, ассоциированных с злоупотреблением алкоголем являются инсомнические нарушения, к которым относят трудности засыпания, поддержания сна, раннее пробуждение, а также последующую дневную дисфункцию, связанную с сонливостью (Patel D. et al., 2018; Riemann D. et al., 2020). Многие исследования прошлых лет направлены на изучение роли однонуклеотидных вариантов (ОНВ) генов, кодирующих синтез мелатонина и участников его обмена, в развитии нарушений сна и бодрствования, а также других белков-регуляторов цикла «сон-бодрствование» (Myung W. et al., 2012; Pallesen S. et al., 2019). Неисследованной областью являются ассоциации ОНВ генов циркадных ритмов и генов рецепторов мелатонина, дофамина и серотонина, и клинических проявлений в постабстинентном периоде с инсомническими нарушениями.

Цель исследования. Установить клиничко-генетические взаимосвязи в постабстинентном периоде у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя с инсомническими нарушениями.

Материал исследования. Было проведено сравнительное кросс-секционное исследование пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде и без таковых. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России (Протокол от 08.07.2020 № 7). Исследование проводилось на базе двух республиканских наркологических диспансеров Республики Башкортостан. Молекулярно-генетические исследования были проведены на базе центра персонализированной психиатрии и неврологии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (г. Санкт-Петербург).

Обследование пациентов проходило с февраля 2019 года по сентябрь 2020 года. Был проведен сплошной скрининг пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, проходивших стационарное лечение в наркологическом диспансере, на 7-14 день пребывания (постабстинентный период). У всех пациентов был диагностирован синдром зависимости от алкоголя средней стадии. У всех пациентов на момент включения в исследование отсутствовал синдром отмены алкоголя. Пациенты на момент исследования не получали психотропные препараты. Всем пациентам было проведено неврологическое обследование, тяжелой неврологической патологии не выявлено. Скринировано 325 пациентов, 19 не были включены в исследование в соответствии с критериями невключения. В итоговую выборку попали 306 пациентов. Средний возраст пациентов составил  $41,92 \pm 7,9$  лет. Среди включенных в исследование: 21% (64/306) – женщины, 79% (242/306) – мужчины. В значимости от наличия инсомнических нарушений были выделены 2 группы пациентов: основная – 134 пациента с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде, группа сравнения – 172 пациента без инсомнических нарушений в постабстинентном периоде.

Методы исследования. Клиничко-психопатологический метод включал в себя клиничское интервьюирование пациентов. Были использованы следующие психометрические методики: шкала общего клиничского впечатления (CGI-S, 1970); шкала оценки состояния отмены алкоголя (CIWA-Ar, Saitz R. et al., 1994); индекс тяжести инсомнии (ISI, Bastien et al., 2001; Savard et al., 2005); Питсбургский опросник для определения индекса качества сна (PSQI, Buysse D.J. et al., 1989); шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS; Montgomery S.A., Asberg M., 1979), колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (C-SSRS, Posner K. et al., 2007), шкала тревоги Гамильтона. Генотипирование генов HTR2A (rs6313), MTNR1A (rs34532313), MTNR1B (rs10830963), CLOCK (rs1801260), DRD2 (rs1800497) проводили с использованием полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (RT-PCR). Было проведено сравнительное генетическое обследование основной группы и группы сравнения. Генотипы были распределены согласно равновесию Харди-Вайнберга. Статистическая обработка проводилась с применением программных пакетов STATISTICA 10, IBM SPSS Statistics 26. Различия признавали статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. В исследуемой выборке 223 обследуемых предъявляли жалобы на проблемы со сном: 94% указывали на наличие трудности с засыпанием, 86% - на прерывистый сон, 74% - на слишком раннее пробуждение, 45% - на дневную дисфункцию в связи с сонливостью. У 134 (43%) пациентов были выявлены инсомнические нарушения (10 и более баллов по результатам использования ISI).

При сравнении тяжести синдрома отмены алкоголя, а также выраженности отдельных симптомов синдрома отмены алкоголя, отраженных в отдельных вопросах CIWA-Ar с применением U-критерия Манна-Уитни, было определено, что у пациентов с инсомническими нарушениями тяжелее протекал синдром отмены алкоголя. Также пациенты с инсомническими нарушениями показали результаты хуже по шкале общего клиничского впечатления. У пациентов с алкогольным делирием в анамнезе были более выражены инсомнические нарушения в постабстинентном периоде. В группе пациентов с инсомнией в постабстинентном периоде статистически значимо выше выраженность депрессивных нарушений по шкале MADRS. Также, в основной группе показатели тревоги по шкале тревоги

Гамильтона статистически значимо выше, чем в группе сравнения. У пациентов с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде в анамнезе чаще встречались суицидальные идеи, самоповреждения.

При проведении частотного встречаемости инсомнических нарушений у носителей различных генотипов изучаемых генов с применением критерия Хи-квадрат, было определено, что инсомнические нарушения в меньшей степени выражены у носителей генотипа СС гена *MTNR1B*, чем у носителей других генотипов указанного гена. Также в реже инсомнические нарушения встречались у носителей генотипа ТТ гена *CLOCK* (rs1801260), чем у носителей других генотипов указанного гена. Ассоциаций встречаемости инсомнических нарушений и генов *HTR2A* (rs6313), *MTNR1A* (rs34532313), *DRD2* (rs1800497) обнаружено не было.

При анализе клинико-генетических ассоциаций выраженности симптомов синдрома отмены алкоголя были обнаружены различия у пациентов с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде и без таковых. В группе пациентов с инсомническими нарушениями были обнаружены статистически значимые отличия встречаемости судорожных припадков в структуре отмены алкоголя у носителей различных генотипов ОНВ rs1801260 гена *CLOCK*, с преобладанием у носителей генотипа ТТ (51%), и наименьшей встречаемостью у носителей генотипа СС (11%).

При анализе ассоциации депрессивных симптомов был определено, что для носителей генотипа GG гена *MTNR1B* (rs10830963) характерны более тяжелые депрессивные нарушения. Также было определено, что генетическими маркерами риска суицидального поведения у пациентов с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде, в отличие от пациентов без инсомнических нарушений, является генотип ТТ гена *MTNR1A* (rs34532313), генотип ТТ гена *HTR2A* (rs6313), генотип ТТ гена *CLOCK* (rs1801260).

Выводы. Наличие инсомнических нарушений в постабстинентном периоде утяжеляет течение алкогольной зависимости: тяжесть синдрома отмены алкоголя, отягощенность его судорожными припадками и алкогольным делирием. Выраженность депрессивных нарушений в постабстинентном периоде, тревожных нарушений, частота встречаемости суицидального поведения в анамнезе выше у пациентов с инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде. Инсомнические нарушения в постабстинентном периоде у пациентов с алкогольной зависимостью ассоциированы с полиморфными вариантами генов *MTNR1B* (rs10830963), *CLOCK* (rs1801260). Имеются различия в клинико-генетических ассоциациях течения синдрома отмены алкоголя в зависимости от наличия инсомнических нарушений в постабстинентном периоде. Имеются различия в клинико-генетических ассоциациях депрессивных нарушений, суицидальных мыслей и поведения, тревожных нарушений для пациентов с алкогольной зависимостью и инсомническими нарушениями в постабстинентном периоде и без таковых.

## **АССОЦИАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ МОЗГА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Зозуля С.А. (1), Шевелев О.А. (2,3), Тихонов Д.В. (1), Симонов А.Н. (1), Каледа В.Г. (1), Ключник Т.П. (1), Петрова М.В. (2,3), Менгисту Э.М. (3)**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (1);**

**Федеральный научно-клинический центр реаниматологии и реабилитологии (2);**

**Российский университет дружбы народов (3)**

**Москва**

## **ASSOCIATION OF BRAIN TEMPERATURE HETEROGENEITY AND INDICATORS OF SYSTEMIC INFLAMMATION WITH THE SEVERITY OF THE CLINICAL CONDITION AND TREATMENT RESPONSE IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA**

**Zozulya S.A. (1), Shevelev O.A. (2,3), Tikhonov D.V. (1), Simonov A.N. (1), Kaleda V.G. (1),**

**Klyushnik T.P. (1), Petrova M.V. (2,3), Mengistu E.M. (3)**

Введение. Известно, что при церебральной патологии наблюдается изменение температурной гетерогенности мозга, сопряженное с различными нарушениями его функционирования. Также известно, что психические и неврологические заболевания ассоциированы с развитием нейровоспаления и активацией микроглии, синтезирующей повышенный уровень провоспалительных

цитокинов и цитотоксических метаболитов. Показано, что системные иммунные реакции, вследствие существования нервно-иммунных взаимосвязей, служат индикатором уровня воспаления в мозге. Предположительно, изменение температурной гетерогенности мозга и воспаление могут рассматриваться в качестве двух взаимосвязанных звеньев в патогенезе шизофрении и отражать особенности клинического состояния пациентов.

Цель исследования: изучение связи между уровнем температурной гетерогенности мозга и маркерами системного воспаления у пациентов с шизофренией в ходе психофармакотерапии.

Материалы и методы исследования. 37 пациентов мужского пола от 16 до 46 лет с диагнозом шизофрения (F20 по МКБ-10) обследованы на остrote психотической симптоматики и после проведенного лечения. Все пациенты получали антипсихотическую терапию в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ. Средняя продолжительность лечения составила  $35,8 \pm 24,7$  дней. Клиническое обследование включало клинико-психопатологическую и психометрическую оценку (шкалы PANSS, HDRS и YMRS).

Регистрацию температуры коры больших полушарий головного мозга проводили методом микроволновой радиотермометрии на аппарате РТМ-01-РЭС, позволяющей регистрировать мощность собственного электромагнитного излучения тканей в СВЧ диапазоне (3-5 ГГц) на глубине 4-6 см от поверхности кожи головы. Измерения проводили в 9-ти симметричных областях проекций коры левого и правого полушарий. Определяли среднюю температуру для каждого полушария, а также температуру тела как фактор, потенциально влияющий на температуру мозга.

Критерием для оценки функциональной активности различных отделов мозга (в данном исследовании – коры больших полушарий) служил уровень температурной гетерогенности, определяемый по силе связи между температурными показателями симметричных областей коры, рассчитанный с помощью коэффициента корреляции Пирсона у каждого пациента.

Взятие крови осуществлялся непосредственно перед проведением РТМ. В образцах плазмы крови определяли энзиматическую активность протеазы нейтрофилов – лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и функциональную активность её ингибитора – острофазного белка  $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ( $\alpha 1$ -ПИ), синтезируемого печенью. По соотношению ЛЭ/ $\alpha 1$ -ПИ оценивали активность протеолитической системы воспаления. Иммуноферментным методом определяли уровень аутоиммунных маркеров – антител к белку S100B и основному белку миелина (ОБМ). Полученные результаты сопоставляли с нормативными показателями.

Критерии включения: диагноз шизофрения (F20) по МКБ-10; острое психотическое состояние; наличие информированного согласия. Критерии невключения: обострение неврологических, соматических и инфекционных заболеваний и вакцинопрофилактика в течение 2-х месяцев до обследования; зависимость от алкоголя и ПАВ.

Статистический анализ выполнен в программе IBM SPSS Statistics 26 с использованием параметрических методов. Критический уровень значимости составил  $p < 0,05$ .

Результаты исследования. Высокие баллы по шкалам PANSS ( $93,6 \pm 19,7$ ), HDRS ( $20,3 \pm 5,7$ ) и YMRS ( $6,5 \pm 6,1$ ), характеризующие клиническое состояние пациентов свидетельствовали о значительной выраженности психотической симптоматики, представленной преимущественно расстройствами бредового, галлюцинаторного спектров, симптомами дезорганизации мышления и негативными и общими психопатологическими расстройствами. В общей группе наблюдалось повышение активности воспалительных маркеров ЛЭ ( $216,8 \pm 37,6$  нмоль/мин·мл) и  $\alpha 1$ -ПИ ( $43,1 \pm 8,5$  ИЕ/мл), а также уровня антител к S100B ( $0,73 \pm 0,11$  е.о.п.) в плазме крови по сравнению с нормой ( $p < 0,05$ ), что подтверждает полученные ранее данные об активации воспалительных и аутоиммунных реакций при шизофрении.

Средняя температура в областях проекции коры левого и правого полушарий в общей группе больных составила  $35,87 \pm 0,48^\circ\text{C}$  и  $35,83 \pm 0,51^\circ\text{C}$  и была ниже температуры, выявленной ранее у здоровых лиц ( $p < 0,05$ ) при нормальной температуре тела ( $36,5 \pm 0,06^\circ\text{C}$ ), что, по-видимому, связано с антипсихотической терапией, получаемой пациентами.

Вместе с тем, выборка характеризовалась широким диапазоном полученных значений коэффициентов корреляции ( $r$  от  $-0,29$  до  $0,93$ ), отражающих уровень температурной гетерогенности мозга, что послужило основанием для разделения пациентов на две подгруппы в зависимости от силы полученных корреляционных связей. В 1-ой подгруппе (37,8% пациентов) обнаружены сильные корреляционные связи ( $r = 0,78$ ), что характеризует низкую температурную гетерогенность и отражает снижение адаптивных резервов функциональных систем мозга. Во 2-ой подгруппе пациентов (62,2%) значимые межполушарные взаимосвязи отсутствовали ( $r = 0,09$ ), что характеризует высокую температурную гетерогенность и может свидетельствовать о грубых нарушениях интегративных функций мозга.

Подгруппы пациентов с разной температурной гетерогенностью мозга различались также спектром изучаемых иммунных маркеров. В 1-ой подгруппе, с низкой температурной гетерогенностью, выявлена высокая активность протеолитической системы воспаления (повышение активности как ЛЭ ( $229,2 \pm 29,7$  нмоль/мин мл), так и  $\alpha 1$ -ПИ ( $43,6 \pm 8,25$  ИЕ/мл,  $p < 0,001$ ), что свидетельствует о наличии «физиологического» иммунного ответа, направленного на восстановление гомеостаза. Во 2-ой подгруппе, с высокой температурной гетерогенностью, наблюдалась низкая активность протеолитической системы воспаления (повышение активности  $\alpha 1$ -ПИ ( $42,8 \pm 8,9$  ИЕ/мл,  $p < 0,001$ ) на фоне не отличающейся от контроля активности ЛЭ ( $209,3 \pm 40,5$  нмоль/мин мл,  $p > 0,05$ ). Ещё одной отличительной особенностью этой группы было наличие аутоиммунного компонента к нейроантигенам S100B и ОБМ ( $0,75 \pm 0,12$  е.о.п. и  $0,82 \pm 0,16$  е.о.п., соответственно,  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о большей тяжести текущего патологического процесса у этих больных.

Сравнение выделенных подгрупп по клиническим характеристикам выявило большую выраженность негативной симптоматики ( $p < 0,05$ ), а также большую длительность психотического состояния ( $p < 0,05$ ) и длительность заболевания у пациентов 2-ой подгруппы ( $p < 0,05$ ).

На фоне терапии в 1-ой подгруппе у 85,7% обследованных наблюдалась выраженная редукция психотической симптоматики, сопровождающаяся значимым снижением общего балла PANSS более чем на 20% ( $p < 0,001$ ). У 60,9% обследованных 2-ой подгруппы наблюдалось лишь относительное снижение выраженности психопатологических симптомов по PANSS, не достигающее уровня статистической значимости ( $p > 0,05$ ), что позволяет предположить наличие у пациентов лекарственной резистентности ( $\chi^2 = 7,7$ ;  $p < 0,05$ ).

После терапии в 1-ой подгруппе зарегистрировано значимое нарастание температурной гетерогенности до умеренного уровня ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ), характерного для здоровых лиц. Во 2-ой подгруппе выявлена лишь тенденция к повышению этого показателя ( $r = 0,24$ ,  $p = 0,067$ ). Улучшение клинического состояния сопровождалось снижением активности протеолитической системы воспаления до контрольных значений в 1-й подгруппе ( $p < 0,05$ ), тогда как во 2-й подгруппе значимых изменений иммунных маркеров не наблюдалось ( $p > 0,05$ ).

Заключение. Совокупность полученных результатов свидетельствует, что пациенты с шизофренией характеризуются относительным снижением средней температуры коры больших полушарий мозга, а также различной температурной гетерогенностью, отличающейся от таковой у здоровых лиц. Выявлена ассоциация уровня температурной гетерогенности мозга со спектром иммунных маркеров, особенностями клинической симптоматики пациентов и ответом на проведенную терапию, что, предположительно, может свидетельствовать в пользу высказанного предположения о взаимосвязи воспалительных реакций с особенностями церебрального теплового баланса и их роли в патогенезе шизофрении.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

**Кучер Е.О., Петрова Н.Н.**

СПбГУ; Институт эволюционной физиологии и биохимии им. И.М. Сеченова РАН  
Санкт-Петербург

*PREVALENCE OF ALCOHOL-RELATED PROBLEMS AMONG DAY HOSPITAL PATIENTS*

*Kutcher E.O., Petrova N.N.*

Употребление алкоголя и связанные с ним проблемы среди пациентов с психическими расстройствами являются давним предметом многочисленных исследований. Однако в силу многообразия оценочных подходов остаются не вполне ясными как уровень распространения, так и причины (Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018).

Данные исследований базируются на самоотчетах и опросниках пациентов, проводятся преимущественно на стационарных больных или представлены анализом и баз данных амбулаторных пациентов (Nesvag R., 2015; Schmidt L.M., 2011).

Целью настоящего исследования была сравнительная оценка распространенности употребления алкоголя и связанных с ним проблем среди пациентов дневного стационара с различными психическими расстройствами.

Материалы и методы. Было проанализировано 87 историй болезни пациентов дневного стационара городского психоневрологического диспансера, полностью завершивших лечение к моменту

исследования, в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст  $40,1 \pm 1,7$ ), среди которых было 40 мужчин и 47 женщин.

Критериями включения в исследование являлись: возраст от 18 до 65 лет; установленный диагноз психического расстройства из следующих рубрик МКБ-10: F00-F09 Органические, включая симптоматические, психические расстройства; F20-F29 Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства; F30-F39 Расстройства настроения (аффективные расстройства); F40-F48 Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства; F60-F69 Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте. Критерием невключения являлись случаи обращения за обследованием (экспертные ситуации).

В исследовании был применен архивный метод, в анализ были включены социально-демографические характеристики пациента, характеристики употребления алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ), число принимаемых препаратов различных фармакологических групп и назначение психотерапии. Для анализа уровня употребления алкоголя было использовано среднее количество дринок, употребляемое за один раз.

Достоверность различий оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, критерия хи-квадрат и критерия Краскела-Уоллиса (программа Statistica 8.0).

Результаты. В среднем по обследованной группе уровень употребления алкоголя составил  $2,9 \pm 0,6$  дринка за один раз. Согласно этому показателю, все пациенты были поделены на две группы: с низким уровнем употребления алкоголя (менее 6 дринок за один раз) и пациенты с высоким уровнем употребления (6 и более дринок за один раз).

Из 87 пациентов 80,5% имели низкий уровень употребления алкоголя, среднее количество дринок за один раз составило  $0,6 \pm 0,1$  дринок. 19,5% пациентов имели высокий уровень употребления алкоголя, среднее количество дринок за один раз составило  $12,3 \pm 1,1$  дринок. Пациенты с высоким уровнем употребления не отличались с достоверной значимостью от пациентов с низким уровнем употребления по повышению толерантности к алкоголю, наличию семейных или социальных проблем (связанных с употреблением алкоголя), наличию абстинентного синдрома и наличию кровных родственников, имеющих проблемы с алкоголем в анамнезе, но среди них было достоверно больше случаев употребления алкоголя во время лечения (позволяющих пациенту удержаться в терапии): 1,4 и 35,3%, соответственно ( $p=0,03$ ).

Среди пациентов с высоким уровнем употребления алкоголя достоверно преобладали мужчины ( $p=0,0002$ ). Пациенты с низким уровнем употребления достоверно чаще работали ( $p=0,012$ ) и реже имели инвалидность ( $p=0,001$ ). Пациенты обеих групп не отличались по возрасту и длительности заболевания, а также по наличию высшего образования или семейному положению.

Пациенты с высоким уровнем употребления алкоголя в достоверно большем количестве случаев употребляли стимуляторы ( $p=0,0062$ ), опиоиды ( $p=0,0009$ ) и другие ПАВ ( $p=0,0002$ ), а также имели родственников, употребляющих ПАВ ( $p=0,002$ ). По частоте употребления конопли пациенты обеих групп достоверно не отличались.

Пациенты с различными диагнозами достоверно не различались по уровню употребления алкоголя.

По характеру лекарственной терапии (количеству назначенных препаратов и назначению отдельных классов лекарственных препаратов, а также по частоте использования психотерапевтических методов) пациенты групп сравнения не отличались.

Таким образом, среднее количество дринок алкоголя, употребляемое за один раз для всех пациентов дневного стационара составило  $2,9 \pm 0,6$  дринка. Доля пациентов, употребляющих более 6 дринок за один раз, составила 19,5% с учетом употребления алкоголя на протяжении всей жизни. Пациенты с различными диагнозами достоверно не отличались по уровню употребления алкоголя, среднее количество дринок за один раз не превышало 5 для пациентов разных диагностических групп.

Среди пациентов с высоким уровнем употребления алкоголя преобладали мужчины. Эти пациенты в меньшем количестве случаев имели работу и в большем количестве случаев имели инвалидность. Употребление алкоголя достоверно чаще было ассоциировано с употреблением стимуляторов и опиоидов.



# НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЕНОЛАЗА, ОСНОВНОЙ БЕЛОК МИЕЛИНА И ГЛИАЛЬНЫЙ ФИБРИЛЛЯРНЫЙ КИСЛЫЙ БЕЛОК В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Епимахова Е.В., Михалицкая Е.В., Бохан Н.А., Иванова С.А.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН

Томск

*NEURON-SPECIFIC ENOLASE, MYELIN BASIC PROTEIN AND GLIAL FIBRILLAR ACIDIC PROTEIN IN SERUM OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS*

*Levchuk L.A., Simutkin G.G., Epimakhova E.V., Michalitskaya E.V., Bokhan N.A., Ivanova S.A.*

Исследования в области патофизиологии психических расстройств свидетельствуют о вовлечении нейробиологических процессов, включая нейровоспалительный ответ, нейрогенез, дегенерацию нейронов в механизмы развития данных расстройств, что диктует необходимость системного подхода к поиску потенциальных биомаркеров (Kenniss M. et al., 2020; Loonen A.J., Ivanova S.A., 2016; Losenkov I.S. et al., 2020; Узбеков М.Г. с соавт., 2016). Нейропластичность как адаптивная способность нервной ткани реализуется в результате изменений на молекулярном, субклеточном, клеточном и сетевом уровнях пластичности. Астроциты и клетки микроглии обладают компенсаторным механизмом для восстановления поврежденной нейронной сети, реагируя на повреждение нейронов, изменяют экспрессию нейроспецифических белков, имеющих нейропластическое действие (Crews F.T., Vetreno R.P., 2016; Gules E. et al., 2020; Rajkowska G., Stockmeier C.A., 2013). Оценка содержания нейроспецифических белков в биологических жидкостях (сыворотке крови и ликворе), выполняющих множество интегративных функций, отражает степень патологических изменений в нейрональном и глиальном компонентах ткани мозга. Глиальный фибриллярный кислый белок (GFAP), основной белок миеллина (MBP) и нейрон-специфическая енолаза (NSE) являются маркерами для идентификации отделов мозга, участвующих в нейropsychических расстройствах (Lamers K.J. et al., 2003; Wunderlich M.T. et al., 2006).

Целью настоящего исследования явилась оценка содержания нейроспецифических белков (NSE, MBP и GFAP) в сыворотке крови пациентов с аффективными расстройствами.

Материалы и методы исследования.

Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, и принципов информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации.

В исследование включены пациенты с аффективными расстройствами (n=51, F31, F32, F33, МКБ-10), проходившие лечение в отделении аффективных состояний клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Группу контроля составили 46 психически и соматически здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту обследуемым пациентам, не имеющих хронических заболеваний и не состоящих на диспансерном наблюдении, без признаков перенесенных острых инфекционных заболеваний на момент обследования.

Степень тяжести заболевания оценивалась по шкале общего клинического впечатления о тяжести заболевания (Clinical Global Impression scale - Severity (CGI-S) (до начала и на 14-й и 28-й дни терапии).

Материалом для исследования явилась сыворотка крови. У всех обследуемых лиц брали кровь из локтевой вены в период с 8.00 до 9.00 натошак в пробирки фирмы BD Vacutainer с активатором свертывания для получения сыворотки. У пациентов кровь брали до назначения терапии. Содержание маркера повреждения нейронов – нейрон-специфичной енолазы (NSE) в сыворотке крови пациентов и психически здоровых людей определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов CanAg NSE EIA производства Fujirebio Diagnostics, Inc. (Швеция). Определение концентрации маркера демиелинизации белого вещества – основного белка миеллина (MBP) и маркера повреждения астроглии – глиального фибриллярного кислого белка (GFAP) в сыворотке крови исследуемых лиц проводили «Сэндвич» – методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием наборов DY4228-05 Human MBP DuoSet ELISA и DY2594-05 Human GFAP DuoSet ELISA производства «R&D Systems» (США). Постановку реакции проводили согласно прилагаемым к наборам инструкциям. После проведения и остановки ферментативной реакции проводили количественную оценку результатов анализа на автоматическом микропланшетном спектрофотометре Epoch (BioTek Instruments, США). Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных фирмами-

изготовителями для построения калибровочных графиков из стандартных навесок определяемого вещества (мкг/л для NSE, пг/мл для MBP и нг/мл для GFAP).

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы SPSS, версия 26,0. Проверку на нормальность распределения значений переменных проводили по критерию Шапиро-Уилка. Выявление наиболее эффективных диагностических маркеров в исследуемых группах пациентов проводили с использованием ROC-анализа.

Результаты исследования. Исследование нейроспецифических белков (NSE, MBP и GFAP) в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках однократного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и биполярного аффективного расстройства и здоровых лиц показало, что для пациентов характерен повышенный уровень NSE по сравнению с группой здоровых лиц (3,91 (3,02-4,86) и 3,01 (2,52-3,67) мкг/л,  $p=0,032$ ). Показатель MBP у пациентов был статистически значимо выше аналогичного показателя психически здоровых лиц (43,19 (33,49-46,32) и 31,65 (29,41-39,16) пг/мл,  $p=0,003$ ). Содержание GFAP в сыворотке крови пациентов значимо ниже данного показателя психически здоровых лиц (0,24 (0,1-1,29) и 0,66 (0,14-1,2) нг/мл,  $p=0,002$ ). Влияние сывороточных маркеров повреждения нервной ткани на развитие аффективных расстройств определяли с использованием ROC-анализа. Проведенный ROC-анализ свидетельствует об участии NSE и MBP в развитии текущего депрессивного эпизода ( $AUC=0,728$ ; 95%CI 0,596-0,861;  $p=0,001$  и  $AUC=0,738$ ; 95%CI 0,607-0,87;  $p=0,0004$  соответственно).

Многочисленными авторами показано повышенное содержание NSE в плазме крови и спинномозговой жидкости пациентов с депрессивными расстройствами (Gules E. et al., 2020; Schmidt F.M. et al., 2015), которое, вероятно, связано с повреждениями нейронов вследствие нарушенного метаболизма и структурных изменений в клетках. К нейродегенерации и снижению нейрогенеза приводят сверхэкспрессированные провоспалительные цитокины в мозге и связанное с этим хроническое нейровоспаление (Lotrich F.E., 2014). Нарушение нейропластичности способствует глиальной патологии и демиелинизации, нарушению целостности миелиновых мембран, характеризующие различную нейропатологию, в том числе аффективные расстройства и шизофрению (Anbanandam A. et al., 2008; English J.A. et al., 2011; Schroeter M.L. et al., 2010).

Выводы.

Таким образом, исследование периферических маркеров повреждения нервной ткани у пациентов с текущим депрессивным эпизодом в рамках основных аффективных расстройств указывает на признаки нейронального и глиального дистресса у пациентов.

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

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНА ADRB2 (RS2400707) И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

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

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*STUDY OF THE EFFECT OF ADRB2 (RS2400707) GENE INTERACTION AND ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES ON EMOTION RECOGNITION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Lezheiko T.V., Plakunova V.V., Alfimova M.V., Golimbet V.E.*

Способность правильно понимать эмоциональное выражение другого человека важна для социальных отношений и является частично унаследованной чертой. Известно, что стрессовые события, действующие на раннем этапе развития индивида, могут повышать риск развития некоторых психических заболеваний. Некоторые исследования выявили, что эмоциональное восприятие связано с социальной компетентностью [1,2,3,4], а это может определять более позднюю инвалидизацию пациентов, а также независимость проживания [5]. Так в последние несколько десятилетий особое внимание при изучении шизофрении уделяется особенностям эмоционального восприятия. Известно также, что эмоциональное восприятие более нарушено при шизофрении по сравнению с другими психическими расстройствами. [6]. В настоящее время значительная часть научных разработок

направлена на выявление связи социальных когнитивных функций с течением заболевания, тяжестью симптомов, воздействием средовых факторов.

Так было показано, что больные с шизофренией показывали снижение способности распознавать эмоции по сравнению с больными с биполярным расстройством. [7,8]. Существует предположение, что нарушения при распознавании мимических эмоций являются одним из эндофенотипических признаков заболевания. Дальнейшее изучение особенностей распознавания и влияния средовых факторов позволит углубить представление о сущности болезни.

Цель исследования - обнаружить связь полиморфизма rs2400707 гена аденорецептора бета 2 (*ADRB2*) с распознаванием эмоций у больных шизофренией с учетом неблагоприятного детского опыта.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 561 больной шизофренией (330 женщин и 231 мужчина, средний возраст  $32,5 \pm 11,1$  лет, возраст к началу заболевания  $21,9 \pm 8,5$  лет), с диагнозом шизофрения, шизоаффективный психоз, шизотипическое расстройство (рубрики F20,25,21, по МКБ-10). Все больные подписали информированное согласие на участие в исследовании и сдали кровь для выделения ДНК. Генотипирование проводили методом HRM (кривые плавления), использовали олигонуклеотидные праймеры 5'-TTGCTTTCTATAGCTTCAAAATGT-3' и 5'-TGTGGCATCACTCACTCAT-3'. В качестве средового фактора, связанного с неблагоприятным детским опытом, выбрано злоупотребление алкоголем одним из родителей. Наличие алкоголизации в семье выявлено у 133 больных. Экспериментально-психологическое обследование включало оценку мимической экспрессии эмоций. Стимулами служили девять черно-белых фотографий актеров, изображавших шесть базовых эмоций (радость, удивление, печаль, гнев, отвращение, страх) и три более сложных социальных эмоции (интерес, презрение, стыд). Испытуемый должен был назвать каждую изображенную актером эмоцию. Время выполнения задания не ограничивалось и не фиксировалось. Испытуемому была предоставлена возможность рассматривать фотографии в любом порядке и положении. За каждую верно названную эмоцию начисляли один балл. Более подробно использованная методика была описана ранее [9].

Для статистической обработки данных применяли дисперсионный анализ (ANOVA), в котором в качестве зависимой переменной использовали баллы по оценке мимической экспрессии эмоций, в качестве независимых факторов – генотип и средовый фактор (злоупотребление алкоголем одним из родителей).

Результаты и их обсуждение. Распределение генотипов в исследуемой группе было следующим: GG - 32.80% (184 человек), GA - 52.58% (295), AA - 14.62% (82). Частота генотипов в исследуемой выборке соответствовала распределению Харди-Вайнберга ( $\chi^2=0.8$ ,  $p=0.6$ ). Значимых различий между группами мужчин и женщин обнаружено не было ( $\chi^2=0.9$ ;  $df=2$ ;  $p=0.63$ ). Был обнаружен эффект взаимодействия между генетическим вариантом *ADRB2* (rs2400707) и злоупотреблением алкоголем одним из родителей пробанда на нарушение распознавания мимических эмоций при шизофрении ( $F=3.34$ ;  $df(2;561)$ ;  $p=0.03$ ). В группе больных-носителей аллеля G (генотипы GG и GA) отмечено худшее распознавание мимических эмоций, чем в группе с генотипом AA ( $p=0.04$ ). Ранее было показано, что *ADRB2* rs2400707 модулирует связь между неблагоприятным детским опытом и риском развития посттравматического стрессового расстройства, при этом носители генотипа AA отличались большей устойчивостью к воздействию стрессового фактора [10].

Выводы. Таким образом в проведенном исследовании впервые показано, что нарушение распознавания мимических эмоций у больных шизофренией связано с генетическим вариантом *ADRB2* и наличием в анамнезе такого средового фактора как злоупотребление алкоголем одним из родителей пробанда.

## **НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Семке А.В.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН

Томск

*NEUROENDOCRINE DISORDERS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH DIFFERENT DURATION OF THE DISEASE*

*Lobacheva O.A., Kornetova E.G., Nikitina V.B., Vetlugina T.P., Semke A.V.*

Одним из перспективных направлений биологической психиатрии и психонейроэндокринологии является изучение состояния эндокринной системы при психических расстройствах, так как

особенности нейроиммунноэндокринных взаимодействий в значительной мере определяют тип индивидуальной стратегии адаптации организма. Шизофрения часто сопровождается различными соматическими заболеваниями, которые являются основной причиной сокращения продолжительности жизни у больных шизофренией, которая на 15-25 лет меньше, чем в общей популяции.

Основными системами, реализующими стрессовые перестройки организма, являются гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая, гипоталамо-гипофизарно-тиреоидная и симпатoadренальная системы, находящиеся под контролем высших отделов мозга и гипоталамуса. Изменение в функционировании нейромедиаторных систем мозга может привести к изменению уровня секреции тиреотропного гормона, а соответственно и тиреоидных гормонов. Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной системы, в свою очередь, сопровождается нарушением нейромедиаторной нейрональной передачи.

Тиреоидные гормоны тироксин и трийодтиронин необходимы для развития организма, выполняют значимую функцию для деятельности практически всех систем организма, координацию физиологических процессов, играют важную роль в контроле энергетического гомеостаза и обмена веществ во всех клетках организма, в том числе и нервной системе, контролируют процессы роста, созревания тканей и органов.

Изменения уровня гормонов щитовидной железы вызывают возникновение психических расстройств и влияют на ответ на лечение. Нарушения функции щитовидной железы, изменение уровней тиреоидных гормонов могут быть связаны с влиянием антипсихотической терапии. В связи с вышесказанным, несомненно, актуальным является изучение дисфункции щитовидной железы при лечении больных шизофренией, проживающих в регионе, который является биогеохимической провинцией по эндемическому зобу, каким является территория Западной Сибири.

Цель исследования. Целью исследования явилось изучение уровней тиреоидных гормонов у больных шизофренией с разной длительностью заболевания.

Материалы и методы. Было проведено обследование 156 пациентов с шизофренией (F20.01, F20.02, F20.06), 88 женщин, 68 мужчин, проживающих в регионе Сибири, с давностью катамнеза заболевания не менее 1 года, состояние которых на момент обследования соответствовало диагностическим критериям шизофрении по МКБ-10. Средний возраст пациентов составил  $43,8 \pm 10,3$  лет, длительность заболевания обследованных от 1 до 43 лет, средняя продолжительность заболевания  $16,0 \pm 9,3$ .

При проведении исследования были соблюдены принципы информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации, исследование одобрено локальным независимым этическим комитетом НИИ психического здоровья. Критериями включения больных в исследование были верифицированный диагноз шизофрении по МКБ-10 и успешная терапия антипсихотиками в течение предшествующего эпизода. Критериями не включения были наличие выраженных коморбидных неврологических и соматических заболеваний. Пациентам назначалась адекватная психическому состоянию психофармакотерапия. У всех пациентов на момент обследования отсутствовала сопутствующая патология щитовидной железы, установленная врачом-эндокринологом. Контрольную группу при биологических исследованиях составили 35 практически здоровых людей.

Пациенты были разделены на 3 группы по длительности заболевания: 1 группа (20 пациентов) с длительностью заболевания менее 5 лет, 2 группа (30 пациентов) с длительностью заболевания 6-10 лет, 1 группа (106 пациентов) с длительностью заболевания более 10 лет.

Психометрическая оценка выраженности психопатологической симптоматики (позитивной, негативной, общепатологической симптоматики и общий балл) определялась с использованием «Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов» PANSS (русская версия).

Определение концентраций тиреотропного гормона (ТТГ) и гормонов щитовидной железы (свободного трийодтиронина – Т3 и свободного тирокина – Т4) в сыворотке крови обследованных проводили методом ИФА с использованием соответствующих наборов реагентов (ОАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия).

Статистический анализ полученных данных проводили с использованием пакетов STATISTICA версия 12.0 для Windows. Анализ количественных данных проводили сравнением независимых выборок с помощью U-критерия Манна-Уитни, описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом [Q1; Q3]. За критический уровень значимости p при проверке гипотез был принят 0,05.

Результаты. Сравнительный анализ результатов обследования психопатологической симптоматики по шкале PANSS выявил повышение суммы баллов позитивной симптоматики в группе больных с длительностью заболевания до 5 лет (1 группа) по сравнению с группой пациентов с длительностью заболевания 5-10 лет (2 группа) ( $26 [23; 28]$ ,  $23 [21; 25]$ ,  $p=0,050$ ). Отмечено снижение суммы баллов

негативной симптоматики у лиц с длительностью заболевания до 5 лет (1 группа) по сравнению с пациентами 3 группы с длительностью заболевания более 10 лет (21 [19; 26], 26 [23; 28],  $p=0,048$ ).

Показано, что, пациенты с шизофренией всех трех групп имели более низкие медианные показатели уровней гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона по сравнению с здоровыми лицами (Т3: 2,94 [2,54; 3,22] в 1-й группе, 3,56 [3,23; 4,10] во 2-й группе, 3,38 [2,98; 3,87] в 3-й группе, 6,28 [5,83; 7,05] в группе здоровых лиц;  $p=0,0001$  во всех случаях; Т4: 12,27 [10,38; 14,32] в 1-й группе, 11,88 [9,88; 14,28] во 2-й группе, 11,02 [9,96; 12,61] в 3-й группе, 15,4 [13,61; 18,2] в группе здоровых лиц;  $p=0,0003$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ , соответственно; ТТГ: 1,30 [0,92; 2,28] в 1-й группе, 1,18 [0,55; 2,23] во 2-й группе, 1,42 [0,86; 2,33] в 3-й группе, 3,04 [2,09; 4,78] в группе здоровых лиц;  $p=0,0008$ ,  $p=0,0001$ ,  $p=0,0001$ , соответственно). Индивидуальные значения концентрации гормонов в сыворотке крови обследованных пациентов не выходили за границы региональной нормы.

Сравнительный анализ результатов гормонального обследования пациентов не выявил значимых различий в концентрации определяемых гормонов у пациентов с разной длительностью заболевания, однако у больных шизофренией с длительностью заболевания до 5 лет (группа 1) отмечены более низкие значения свободного трийодтиронина (Т3) по сравнению с пациентами с большей длительностью заболевания (2 и 3 группы) (2,94 [2,54; 3,22] в 1-й группе, 3,56 [3,23; 4,10] во 2-й группе, 3,38 [2,98; 3,87] в 3-й группе;  $p=0,0026$ ,  $p=0,0074$ ).

Выводы. В результате проведенного исследования нами не выявлено повышение средних значений уровня ТТГ в группе обследованных, что обусловлено индивидуальной вариабельность уровня ТТГ. Полученные данные скорее говорят наличии у обследованных пациентов не субклинического гипотиреоза (который связан с повышением уровня ТТГ), а вторичного гипотиреоза, для которого характерно уменьшение концентрации Т4 и нормальная либо сниженная концентрация ТТГ, вероятно, вследствие снижения функции гипофиза. Однако выявлены явные признаки нарушения функции щитовидной железы со снижением выработки тиреоидных гормонов, что, несомненно, требует индивидуального подхода к лечебной и реабилитационной помощи таких пациентов.

## **ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Никитина В.Б., Лобачева О.А., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А.,  
Перчаткина О.Э., Костин А.К., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Лебедева В.Ф.**  
НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН

Томск

*IMMUNOBIOLOGICAL PREDICTORS OF FORMATION AND COURSE NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS  
Nikitina V.B., Lobacheva O.A., Belokrylova M.F., Rudnitsky V.A., Perchatkina O.E., Kostin A.K., Vetlugina T.P.,  
Aksenov M.M., Lebedeva V.F.*

Одним из новых подходов в психиатрии является анализ биологических механизмов формирования и течения психического расстройства и применение этих данных для диагностики, терапии, а также прогноза дальнейшего развития заболевания. Предположительно, те или иные показатели, характеризующие иммунную систему и гормональный статус пациента, могут оказаться полезными для этих целей. Данное предположение базируется на современных представлениях о взаимосвязях между нервной, иммунной и эндокринной системами [Клюшник Т.П. и др., 2018; Cosci F. et al., 2019; Kanashiro A. et al., 2020].

Проведено комплексное клинико-психопатологическое и иммунобиологическое обследование 247 пациентов с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 30 до 60 лет, проходивших курс стационарного лечения в первом клиническом психиатрическом отделении клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Согласно клиническим критериям МКБ-10 были обследованы пациенты с расстройством адаптации (F43), паническим расстройством (F41), стойким изменением личности (F62), соматоформными расстройствами (F45) в клинической картине которых преобладали тревожно-депрессивные проявления. Контрольную группу составили 78 практически здоровых лиц без признаков психической патологии.

Долабораторную диагностику вторичной иммунной недостаточности (ВИН) проводили с использованием карты «Диагностика иммунной недостаточности при иммуноэпидемиологических

исследованиях взрослого населения». Для оценки системы иммунитета использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета и показателей фагоцитарной активности. Определяли концентрацию кортизола, пролактина, тестостерона, тиреотропного гормона и гормонов щитовидной железы методом иммуноферментного анализа. Психологическое обследование проводили с использованием «Шкала самооценки» Спилбергера-Ханина.

Анализ данных долабораторного исследования пациентов выявил клинические признаки ВИН у 80,6 % пациентов с ведущим инфекционным синдромом, в том числе сочетанием инфекционного и аутоиммунного синдромов.

Наиболее значимыми отклонениями иммунологических показателей от нормы у больных с непсихотическими психическими расстройствами явились снижение количества Т-хелперов/индукторов (CD3+CD4+-фенотипа) и натуральных клеток-киллеров (CD3+CD16+CD56+-фенотипа); высокие значения В-лимфоцитов (CD19+-фенотипа) и клеток с CD95-рецепторами готовности к апоптозу, концентрации сывороточного IgG; установлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов. В общей группе пациентов установлено значительное повышение концентрации кортизола, тиреотропного гормона и пролактина как у мужчин, так и у женщин.

Расстройство адаптации – это состояние, стоящее на грани нормальной человеческой реакции на стресс и психическим расстройством. Коварство и опасность его обусловлено во многом именно этой «промежуточностью», самим человеком и его окружением это состояние воспринимается как болезненное и требует квалифицированной психиатрической помощи. От своевременности и качества оказанной помощи зависит исход заболевания: полное выздоровление с переходом на качественно новый уровень адаптации или хронизация патологического процесса и переход в серьезное психическое расстройство, как например, депрессия, паническое расстройство, фобия, стойкое изменение личности.

Психологический фактор проявления панического расстройства состоит в том, что возникновение панических атак наиболее вероятно у людей, у которых в прошлом наблюдалась так называемая чувствительность к тревожности. Чувствительность к тревожности часто наблюдается при расстройстве адаптации у лиц с гипертрофированным восприятием телесных ощущений, связанных с беспокойством (короткий приступ боли в груди) и преувеличением опасности последствий этих ощущений (учащенное сердцебиение может автоматически означать для него, что его сердце сейчас остановится).

Предложен способ прогнозирования риска формирования панического расстройства на раннем этапе заболевания – на стадии расстройства адаптации путем оценки у пациентов уровня личностной и реактивной тревожности, определения в крови иммунологических параметров, концентрации кортизола в сыворотке крови. При повышении уровня личностной тревожности более 57 баллов, ситуативной тревожности более 54 баллов, концентрации кортизола более 661 нмоль/л, снижении количества NK-клеток менее 10 %, возможно прогнозировать риск формирования у них панического расстройства. [Патент RU 2644309].

Если расстройство адаптации – это пограничное состояние, то стойкое изменение личностных радикалов и поведения у пациента развиваются постепенно, вслед за клиническим выздоровлением от психического расстройства.

Разработан способ прогнозирования затяжного течения невротических расстройств с переходом расстройства адаптации в стойкое изменение личности, с определением клинических синдромов ВИН и ряда иммунологических показателей (маркеров поздней активации – HLADR+-фенотипа), цитотоксических Т-лимфоцитов и уровня циркулирующих иммунных комплексов) [Патент RU 2421727].

Не каждое психиатрическое учреждение имеет в структуре лабораторию иммунологии. Нами разработан новый способ, который расширяет арсенал способов прогноза затяжного течения невротических расстройств и предоставляет возможность выбора с учетом имеющегося у учреждения лабораторного оснащения. Так, при одновременном содержании кортизола более 717 нмоль/л, концентрации пролактина более 818 мМЕ/л, концентрации тиреотропного гормона менее 1,05 мкМЕ/мл прогнозируют возможность затяжного течения заболевания с формированием стойкого изменения личности [Патент RU 2613111].

На основе иммунологического подхода разработан способ прогнозирования затяжного течения соматоформных расстройств. Соматоформные расстройства вызывают диагностические и дифференциальные трудности. Пациенты обращаются, как правило, в первую очередь к терапевтам, затем, не получая удовлетворения из-за отсутствия результатов лечения, к узким специалистам, используют дорогостоящие диагностические методы. Пациентов невозможно ни успокоить, ни убедить

в том, что болезненные проявления связаны с психическими факторами, и в результате хождения больного по врачам в поисках «хорошего доктора», заболевание может принять затяжной характер. По типу течения и длительности заболевания все пациенты были разделены на две группы: острое-подострое течение соматоформных расстройств с длительность заболевания до 3-х лет; затяжное течение соматоформных расстройств с длительность заболевания более 3-х лет. Предложен способ прогнозирования затяжного течения соматоформных расстройств на раннем этапе заболевания путем определения у пациентов показателей клеточного иммунитета. В крови пациентов определяют Т-лимфоциты (CD3+), цитотоксические Т-лимфоциты (CD3+CD8+) и лимфоциты с маркерами поздней активации (CD3+HLADR+), и при одновременном содержании CD3+ 59 % и менее, CD3+CD8+ 19 % и менее, CD3+HLADR+ 20 % и более прогнозируют затяжное течение соматоформных расстройств. [Патент RU 2578966].

Таким образом, использование запатентованных способов прогноза течения непсихотических психических расстройств в медицинских учреждениях как психиатрического, так и общемедицинского профиля позволит снизить риск формирования затяжного течения непсихотических психических расстройств за счет дифференцированного подхода к организации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

## **ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО И ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ПОВЫШАЮЩИХ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА**

**Новожеева Т.П., Сафронов С.М., Боев Р.С., Шушпанова Т.В.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН

Томск

*THE USE ADAPTOGENS OF PLANT AND NATURAL ORIGIN, WHICH INCREASE THE BODY'S RESISTANCE TO STRESS*

*Novozheeva T.P., Safronov S.M., Boev R.C., Shushpanova T.V.*

**Актуальность.** Разработка лекарственных средств ноотропного и адаптогенного действия на основе БАД и продуктов функционального питания (ПФП) природного происхождения, обладающих свойствами повышать резервные возможности организма весьма актуальна. Кроме того, важно провести сравнительный анализ препаратов различных фармакологических групп, повышающих физический и психический потенциал человека.

**Цель исследования** – провести фармакологический анализ препаратов, повышающих стрессоустойчивость и экспериментально оценить перспективы разработки и создания лекарственных средств на основе БАД и ПФП природного происхождения.

**Материалы и методы.** В качестве кандидатов на разработку лекарственных препаратов, обладающих ноотропной и адаптогенной активностью были отобраны перспективные объекты растительного и животного происхождения: водные экстракты, полученные оригинальным методом низкотемпературной экстракции из чаги, корней лопуха, пихты сибирской и пантов алтайского марала. Субстанции препаратов предоставлены фирмой-производителем ООО Вистерра. Система менеджмента качества производства сертифицирована по требованиям стандарта ГОСТ Р ИСО 22000:2007 (ISO 22000:2005). Референтные фармпрепараты – пирацетам (Ноотропил, капсулы 800 мг), винпоцетин (Кавинтон, таблетки 5 мг), пантокрин (Пантокрин-ВИФИТЕХ, таблетки 1мл), глицин (глицин-МХФП, таблетки 100 мг). Экспериментальное исследование проводили на белых беспородных мышах-самцах (n=72), массой 22-28 гр. Препараты вводили однократно в желудок животным, находившимся в условиях «мягкого» иммобилизационного стресса («обменные домики») в течение 1 суток в диапазоне доз от 1 до 100 мг/кг массы тела в виде суспензии 1% крахмальной слизи. Ориентировочно-исследовательское поведение изучалось в условиях теста «открытого поля» в течение часа после завершения иммобилизации. Животное помещалось в один из углов экспериментальной камеры и в течение 2-х минут регистрировали количество перемещений с квадрата на квадрат (горизонтальная активность, ГА), количество вставаний на задние лапки (вертикальная активность, ВА), количество умываний (груминг, Г) количество обследований отверстий (норковый рефлекс, исследовательская активность, ИА) и количество дефекаций по количеству фекальных шариков (эмоциональная активность, ЭА). Вычисляли общую двигательную активность (ОДА) и коэффициент асимметрии поведения (КА), как отношение количества горизонтальных перемещений к общей двигательной

активности, выраженного в процентах. Полученные результаты обработаны статистически, используя программный пакет Statistic for Windows V. 10).

Результаты. Проведена оценка стрессоустойчивости экспериментальных животных на модели иммобилизационного стресса и при однократном введении средств ноотропного и адаптогенного действия на основе БАД и ПФП природного происхождения. Показано, что иммобилизация вызывает угнетение основных показателей теста «открытого поля» у животных: ВК снижена на 64%, ГК- на 23%, ИА на 56%, а суммарная ОДА на 34%, при этом КА повышена с 59 до 68. Исследованные препараты, обладающие психостимулирующей активностью – экстракт пантов марала алтайского, экстракт пантов северного оленя (Пантокрин), а также официальные препараты – пирацетам и глицин увеличивают ГА на 35, 24, 37 и 21% и ИА на 48,28, 18 и 23%, по сравнению с интактными животными, и практически вдвое на фоне иммобилизации. Препараты-адаптогены, не обладающие психостимулирующим действием – экстракты чаги, корней лопуха, пихты сибирской, а также винпоцетин не проявили выраженного влияния на ВА и ГА, однако выявлено их нормализующее влияние на ИА – это 112%, 108%, 120% и 118%, от интактных животных, соответственно. О гармонизации поведения животных, после перенесенного стресса на фоне введения этих препаратов свидетельствуют и интегральные показатели – ОДА (85, 94, 99 и 102%) и КА (61, 60, 63 и 65, соответственно). На изученной модели стресса в тесте «открытое поле» не было выявлено влияния препаратов на ЭА. Таким образом, из полученных результатов следует, что природные средства, относящиеся к БАД или ПФП, обладают значимой ноотропной и адаптогенной активностью, снижая выраженность стрессорной реакции и увеличивая исследовательскую активность и работоспособность животных. При этом они незначительно отличаются по активности от референтных фармакопейных препаратов – пирацетама, винпоцетина, пантокрина и глицина. Экстракт пантов марала алтайского эффективнее, чем пирацетам, восстанавливает исследовательское поведение и мнестические функции в тесте «открытое поле» при их нарушении в результате «мягкого» иммобилизационного стресса в течение 24 часов, а другие препараты – экстракт чаги, экстракт пихты сибирской, экстракт корней лопуха в этом тесте уступали пирацетаму и пантокрину, но не винпоцетину и глицину. По указанным видам активности они имеют преимущества перед официальными препаратами. Экстракт пантов марала алтайского, не уступает эталонному ноотропному препарату – пирацетаму, и своему прототипу – экстракту пантов северного оленя (Пантокрин). По ряду показателей экстракт пантов марала алтайского превосходит эти препараты.

Выводы. Изученные препараты – экстракт пантов марала алтайского, экстракт чаги, экстракт пихты сибирской, экстракт корней лопуха обладают выраженной адаптогенной и ноотропной активностью, сопоставимой с активностью фармакопейных препаратов. Отобранные экстракты перспективно углубленно исследовать для разработки на их основе безопасных, экологически чистых фармпрепаратов с ноотропной и адаптогенной активностью.

## **ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ИСХОДЕ ШИЗОФРЕНИИ**

**Объедков В.Г. (1), Голоенко И.М. (2), Гайдукевич И.В. (3), Голубева Т.С. (4),  
Докукина Т.В. (4)**

УО «Белорусский государственный медицинский университет» (1);  
Институт генетики и цитологии НАН Беларуси (2); Институт биоорганической химии  
НАН Беларуси (3); ГУ «РНПЦ психического здоровья» (4)

Минск

*GENETIC RISK FACTORS FOR PHARMACORESISTANCE IN SEVERE SCHIZOPHRENIA*

*Obyedkov V.G. (1), Halayenka I.M. (2), Haidukevich I.V. (3), Golubeva T.S. (4), Dokukina T.V. (4)*

Шизофрения является расстройством, которое приводит к значительным государственным экономическим затратам, потере пациентами трудоспособности, разрушению социальных связей и критически низкому качеству жизни. Особо неблагоприятные последствия расстройства сфокусированы на 10 % пациентов, чье состояние принято отождествлять с термином «тяжелый исход» (заболевания). Такие пациенты «обеспечивают» 80% всех затрат, связанных с шизофренией. Актуальность исследования обусловлена необходимостью понимания генетических причин фармакорезистентности пациентов с тяжелым исходом. Если одним из факторов



фармакорезистентности является кумулятивный эффект минорных аллелей генов периферического метаболизма лекарств, то на эффективность лечения может влиять режим дозирования лекарств. Целью настоящего исследования явилась оценка вклада в различные исходы/результаты стандартного лечения параноидной шизофрении ряда генетических факторов. Для сравнения частоты встречаемости аллелей и генотипов полиморфных локусов генов *CYP2D6* (rs3892097), *MTHFR* (rs1801133), *COMT* (rs4680), *DRD2* (rs1800497), *MDR1* (rs1045642) были обследованы 366 пациентов с параноидной шизофренией. Основная группа состояла из 192 пациентов с шизофренией, удовлетворяющих критериям очень тяжелого исхода болезни по R. Keefe (1989): более 5 лет полной зависимости от других в отношении ежедневного функционирования, невозможность трудоустроиться и сохраняющаяся симптоматика заболевания; уровень госпитализации более 50% времени от общего периода течения заболевания и продолжающиеся госпитализации в течение последних трех лет. Группа сравнения состояла из 174 пациентов с удовлетворительным исходом, не соответствующих критериям R. Keefe ни по одному из критериев. Сравнительный анализ частот полиморфных локусов между группами пациентов с удовлетворительными и тяжелыми исходами лечения заболевания показал достоверное повышение частоты встречаемости минорных аллелей генов *CYP2D6*/rs3892097 ( $P=0,0001$ ), *MTHFR*/rs1801133 ( $P=0,0004$ ), *MDR1*/rs1045642 ( $P=0,01$ ) в группе пациентов с тяжелым исходом. Сделан вывод о связи тяжелого исхода лечения пациентов с шизофренией с полиморфизмом генов, контролирующего периферический метаболизм ксенобиотиков, то есть с нарушением фармакокинетики антипсихотиков.

## **БИОХИМИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МОЗГОВОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (BDNF); ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА**

**Перегуд Д.И., Теребилина Н.Н., Игумнов С.А., Корольков А.И., Аркус М.Л., Баронец В.Ю., Лобачева А.С.**

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

*BIOCHEMICAL AND GENETIC PARAMETERS CHARACTERIZING BRAIN NEUROTROPHIC FACTOR (BDNF); THEIR RELATIONSHIP WITH THE SEVERITY OF ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME*

*Peregud D.I., Terebilina N.N., Igumnov S.A., Korolkov A.I., Arkus M.L., Baronets V.Yu., Lobacheva A.S.*

Цель исследования: определение уровня BDNF в сыворотке крови в динамике ААС, а также сопоставление полученных результатов с клинической картиной и эффективностью терапевтической программы.

Материалы и методы. В течение 2021 года была набрана выборка пациентов европеоидной расы, злоупотребляющих алкоголем и проходивших лечение в клинике ННЦН - филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. В исследование были включены пациенты в возрасте до 55 лет с диагнозом согласно МКБ-10: F 10.3 Синдром отмены, F10.2 Синдром зависимости от алкоголя. Пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, но без синдрома отмены не включались.

Лечение основного заболевания проводилось с первого дня пребывания в клинике в рамках Приказа от 17 мая 2016 года № 302н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при синдроме зависимости, вызванном употреблением психоактивных веществ».

Динамику выраженности синдрома отмены, а также показатели, характеризующие психоэмоциональный статус и когнитивные способности пациентов оценивали на 2-ой, 8-ой и 21-ый день абстиненции. Сбор клиничко-anamnestических сведений и психометрическое тестирование проводилось после купирования острой абстинентной симптоматики, но не ранее 5 дней пребывания в клинике. При поступлении пациентам проводили тестирование только по шкале «Общее клиническое впечатление» (CGI, Clinical Global Impression). На второй визит (8-й день отмены) для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя, проводили Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), оценивали объем потребленного перед исследованием алкоголя, измеренный методом Timeline Follow Back (TLFB), а также использовали краткий международный нейропсихиатрический опросник и пятифакторный личностный опросник (5PFQ). На второй (8-й день абстиненции) и третий визит (21-й день абстиненции) использовали шкалу оценки состояния отмены алкоголя Клинического института

фонда исследований зависимостей (CIWA-Ar), шкалу депрессии А. Бека (BDI), шкалы Ч. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина для оценки ситуативной и личностной тревожности (STAI), шкалу оценки ангедонии Снайта-Гамильтона (SHAPS), Пенсильванскую шкалу влечения к алкоголю (PACS) и Монреальскую когнитивную шкалу (MoCA). Повторное психометрическое исследование проводили при тех же условиях и в то же время суток, что и первое.

Протокол исследования соответствовал Хельсинской Декларации и одобрен локальным этическим комитетом. Все испытуемые письменно подтвердили информированное согласие на участие в исследовании.

В динамике ААС с использованием иммуноферментного анализа в сыворотке крови пациентов определяли концентрацию мозгового нейротрофического фактора.

Содержание BDNF рассчитывали с помощью калибровочной кривой с использованием рекомбинантного BDNF человека с пределом детектирования  $\leq 10$  пг/мл. Воспроизводимость оценивали внутри одного и того же эксперимента (intra-assay), а также от эксперимента к эксперименту (inter-assay). Значения коэффициента вариации не превышали 10%. Статистический анализ проводился с использованием пакетов программ IBM SPSS Statistics version 23.0 (IBM Corp., USA) или Prism 6 for Windows (Graph Pad Software Inc., USA).

Результаты и обсуждение. За отчетный период было обследовано 70 пациентов с ААС, которые соответствовали критериям включения. В процессе терапии показатели шкал, характеризующих эмоциональный статус, а также когнитивные способности значительно улучшились. Концентрация BDNF в сыворотке крови значительно повышалась в процессе лечения, так значения уровня BDNF на третий визит (21-й день абстиненции) был значительно выше по сравнению с показателями на второй (8-й день абстиненции) и первый визит (2-й день абстиненции). Согласно данным, полученным в ходе настоящего исследования, не выявлено корреляции уровня BDNF с выраженностью синдрома отмены по шкале CIWA-Ar, однако увеличение уровня BDNF коррелировало с облегчением абстиненции, что в целом свидетельствует о валидности примененного в настоящем исследовании экспериментального подхода.

Согласно данным корреляционного анализа, уровень BDNF в сыворотке крови на второй визит (8-й день абстиненции) образует положительную корреляционную связь со значениями шкалы личностной тревожности Спилбергера-Ханина (STAI) ( $r=0,406$ ;  $P=0,040$ ). Уровень BDNF в сыворотке крови на третий визит (21-й день абстиненции) может указывать на степень выраженности влечения к алкоголю, о чем свидетельствует статистически достоверные показатели множественной регрессии ( $R^2=0,585$ ;  $P=0,024$ ).

Заключение. Проведенное исследование показало, что в процессе терапии ААС у пациентов отмечается положительная динамика уровня BDNF в сыворотке крови. К 21-му дню исследования концентрация BDNF возрастала до показателей, регистрируемых у здоровых людей. Более того, данный показатель может выступать независимым прогностическим критерием терапевтического процесса. Увеличение выборки испытуемых позволило бы сделать статистически валидные заключения о взаимосвязи BDNF с клиническими показателями течения синдрома отмены алкоголя, и подтвердило бы прогностическую и диагностическую ценность данного показателя. На следующем этапе исследования будет увеличена выборка испытуемых, что позволит подтвердить выдвинутые статистические гипотезы. Кроме того, увеличение выборки позволит осуществить анализ взаимосвязи выявленных закономерностей с носительством вариантов полиморфных локусов в районе гена BDNF (rs6265, rs75945125, rs10835210, rs7103411 и rs925946).

## **МЕТА-АНАЛИЗ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ**

**Розочкин И.Н., Застрожин М.С., Скрябин В.Ю., Матис О.А., Шарова Е.В.,  
Нестеренко Е.В., Поздняков С.А., Иванченко В.А., Брюн Е.А., Сычев Д.А.**

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

**Москва**

*META-ANALYSIS OF MEDICAL DECISION SUPPORT SYSTEMS BASED ON PHARMACOGENETIC MARKERS*

*Rozochkin I.N., Zastrozhin M.S., Skryabin V.Y., Nesterenko E.V.,*

*Pozdniakov S.A., Ivanchenko V.A., Brun E.A., Sychev D.A.*

Цель исследования: Провести метаанализ перспективных исследований, в которых сравнивается фармакогенетический способ дозирования антидепрессантов и традиционный. Материалы и методы:

Источники данных. Поиск публикаций проводили в системах eLibrary (www.elibrary.ru), PubMed (www.pubmed.ru), Google scholar, Scopus, Web of Science до 2019 года. Кроме того, отбирали статьи из списков литературы найденных публикаций. В метаанализ включены исследования, в которых сравнивались клинические исходы между группой ФГТ (экспериментальная) и контрольной. Подбор дозы антидепрессантов пациентам экспериментальной группы осуществлялся с учетом результатов генетического тестирования. В группе контроля эти данные не учитывались. Отобранные исследования проведены в группах взрослых пациентов, набравших по шкале HDRS  $\geq 19$  баллов, которым был показан прием антидепрессантов.

Результаты: В 5 изученных нами статьях сравнивалось количество пациентов, которые ответили на терапию, у которых установилась ремиссия, а также снижения количества побочных эффектов в экспериментальной и контрольной группах. анализ проведенных данных показал наличие статистически значимых различий в экспериментальной и контрольной группе. В группах с фармакогенетическим подходом наблюдалось большое количество пациентов с ремиссией и ответов на терапию, однако не выявлено влияние на развитие количества побочных эффектов. Заключение: Метаанализ перспективных зарубежных исследований показал преимущество применения фармакогенетического подхода в назначении терапии.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Солонский А.В., Шумилова С.Н.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН  
Томск

*MORPHOMETRIC CHANGES ARISING IN THE BRAIN TISSUE OF THE HUMAN EMBRYO AT DIFFERENT TIMES OF DEVELOPMENT UNDER CONDITIONS OF CHRONIC PRENATAL ALCOHOLIZATION OF THE MOTHER'S ORGANISM*

*Solonsky A.V., Shumilova S.N.*

Введение. Алкоголь является одним из наиболее распространенных во всем мире психоактивных веществ. Потребителями являются все группы населения независимо от пола и возраста, в том числе и женщины в период фертильности. Наиболее опасно в этой ситуации потребление алкоголя во время беременности или грудного вскармливания. Этанол может стать причиной целого ряда аномалий развития центральной нервной системы (ЦНС) эмбриона и плода. Данные нарушения включены в фетальный алкоголь синдром (ФАС) и могут быть представлены различным морфологическим и структурным аномалиям, приводящими к умственной отсталости, поведенческим аномалиям и физическим дефектам.

Исходя из имеющихся мировых данных, реакция сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) на внутриутробное воздействие этанола характеризуется снижением плотности, уменьшением диаметра и потерей радиальной ориентации сосудов. Также в литературе описано влияние внутриутробной алкоголизации на клеточный компонент ткани: отмечается аномальная миграция и изменение созревания созреванием нейронов и глиальных клеток, снижением их числа, происходит задержка развития олигодендроцитов и усиление апоптоза их предшественников. Тем не менее, большинство исследований были выполнены на животных моделях, что не позволяет экстраполировать их результаты на человека.

Цель исследования. Оценить степень влияния внутриутробной алкоголизации на формирование различных морфологических компонентов головного мозга эмбриона человека и выявить возможные закономерности развития нейробластов, глиобластов и сосудов МЦР в данных условиях.

Материалы и методы. В ходе операций по искусственному прерыванию беременности было получено 26 образцов эмбрионального материала от 8 до 11 недель внутриутробного развития. На основании срока гестации и факта употребления алкоголя пациентками были сформированы 2 группы, разделенные на подгруппы. Группа Алкоголь (А) была сформирована из материала, полученного от женщин, страдавших алкогольной зависимостью (алкоголизм I-II стадии), и включала в себя 2 подгруппы. А1 – эмбрионы в возрасте 8-9 недель и А2 – в возрасте 10-11 недель гестации. Группа Контроль (К) была составлена

аналогичным образом из соматически и психически здоровых женщин: K1 – 9 недель и K2 – 10-11 недель по 7 образцов в каждой.

Исследование образцов проводили с использованием светового микроскопа AxioScope A1 (Carl Zeiss, Германия) с предварительной подготовкой материала: изначальной фиксацией в полупроцентном растворе глютарового альдегида на 0,1 М натрий-фосфатном буфере с pH 7,3-7,4 и дополнительным дофиксированием в однопроцентном растворе оксида осмия. Последующая обработка состояла в обезвоживании в спиртах восходящих концентраций и заливке в эпоксидные смолы (Araldite). Полученные образцы нарезали при помощи ультратома «Ultracut-E» (Reichert, Австрия) на полутонкие срезы (0,5-1 мкм) и окрашивали толуидиновым синим (краситель Ниссля) согласно общепринятой методике. При последующей фотосъемке применяли цифровую камеру Canon G10.

Для проведения морфометрического анализа использовали ПО AxioVision 4.8. Работа была направлена на выявление количественных изменений нейробластов, глиобластов и сосудов МЦР коры головного мозга человека на разных этапах внутриутробного развития. Проводили определение средних диаметра и площади каждого отдельного элемента ткани, а также подсчет среднего и удельного количества указанных структур на единицу площади среза.

Для определения статистической достоверности применяли программу Statistica 10 с анализом критерия Манна-Уитни (значимые различия – при  $P < 0,05$ ).

Результаты и обсуждение. При изучении морфометрических закономерностей изменения сосудов МЦР было выявлено, что с увеличением срока гестации происходит уменьшение размеров, а также увеличение количества изучаемых структур по сравнению с подгруппами контроля. Ткань головного мозга, развивавшаяся в условиях хронической алкоголизации, на более поздних сроках гестации характеризовалась меньшими по размеру сосудами с большей их плотностью на срезе. Это проявлялось отсутствием значимых различий размеров и среднего количества сосудов МЦР на 1 мм<sup>2</sup> среди групп K1 и A1. Тем не менее, среди групп K2 и A2 отмечалось достоверное уменьшение средних размеров сосудов в сочетании со значительным увеличением их среднего количества на 1 мм<sup>2</sup>.

Морфометрический анализ глиобластного компонента ткани мозга показал достоверные различия размеров клеток на более ранних сроках, что характеризовалось преобладанием размеров глиобластов в подгруппе K1 над таковыми в A1. Тем не менее, параметры образцов в возрасте 10-11 недель (соответственно K2 и A2) достоверных различий не имели. Также в данном случае была отмечена тенденция к увеличению среднего количества глиобластов в алкогольных подгруппах на 1 мм<sup>2</sup> среза на всех изученных сроках.

В ходе морфометрического анализа нейробластов были установлены следующие закономерности. Значимые различия отмечались начиная с 8 недели гестации. Была выявлена отрицательная динамика темпов дифференцировки, что проявлялось значительным преобладанием размеров нейробластов подгруппы K1 над таковыми в подгруппе A1. Данная тенденция сохранилась и на более поздних сроках гестации – отмечалось проявление преобладанием размеров клеток подгруппы A2 над соответствующими параметрами в K2. Кроме того, в данном случае было зафиксировано аналогичное компенсаторное увеличение количества нейробластов на 1 мм<sup>2</sup>.

Выводы. Таким образом, в ходе исследования было установлено, что алкоголь оказывает значительное влияние на формирование морфологической структуры головного мозга эмбрионов. Данное влияние проявляется уменьшением размеров клеточных и сосудистых структур и диспропорциональностью развития всей ткани мозга, прогрессирующей со сроком развития.

## **ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОМ-ОПОСРЕДОВАННОГО ВЛИЯНИЯ ФЛУОКСЕТИНА НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ОТ ДЕПРЕССИИ**

**Цыганков Б.Д., Даниленко В.Н., Юнес Р.А., Шелег Д.А., Масыкин А.В.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
имени А.И. Евдокимова» Минздрава России**

**Москва**

***STUDYING THE MICROBIOME-MEDIATED ANTIDEPRESSANT EFFECTS OF FLUOXETINE***

***Tsygankov B.D., Danilenko V.N., Yunes R.A., Sheleg D.A., Masiakin A.V.***

Введение: флуоксетин, относящийся к группе селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), является самым широко используемым и продаваемым антидепрессантом в мире. При этом

препарат далеко не всегда оказывает ожидаемый терапевтический эффект. В России, например, в среднем 25% пациентов с депрессивными расстройствами демонстрируют резистентность к флуоксетину. Несмотря на то, что флуоксетин относится к группе СИОЗС, полный спектр механизмов его действия не до конца понятен. Более того, влияние препарата на микробиом кишечника человека и связь с резистентностью к препарату до сих пор не исследованы. Возможно, исследование взаимосвязи резистентных депрессий и микробиома кишечника поможет решить проблему неэффективности препарата в некоторых случаях.

Цель: изучить влияние антидепрессанта флуоксетина на состав и функциональность микробиоты кишечника наряду со связанными с ней показателями у депрессивных пациентов в стационаре, сравнить полученные результаты у чувствительных и резистентных к лечению пациентов.

Материалы и методы. Исследуемыми группами будут мужчины и женщины в возрасте от 18 до 45 лет из популяции города Москвы.

1 группа: пациенты с диагнозом депрессивный эпизод, верифицированным с помощью клинических и психометрических методов (по МКБ-10), чувствительные к терапии флуоксетином.

2 группа: пациенты с диагнозом депрессивный эпизод, верифицированным с помощью клинических и психометрических методов (по МКБ-10), резистентные к терапии флуоксетином.

Отбор исследуемых групп будет проводиться на базе центральной психиатрической клинической больницы. Для проведения подобных научных исследований больницей получено разрешение независимой междисциплинарной комиссии по этической экспертизе клинических.

Отбор плазмы крови и фекалий от людей (не получавших в течение 2 месяцев антибактериальную и про-/пребиотическую терапию) на основе использования стандартизованных подходов (<http://www.microbiomestandards>). Хранение образцов при температуре -80 С. Препараты плазмы крови предполагается хранить с соблюдением стандартного протокола, подразумевающего глубокую заморозку (-80 С) сразу после приготовления.

Метаболомный анализ будет проводиться с применением ВЭЖХ-МС/МС в режиме мониторинга множественных реакций (MRM).

Для количественного выявления бактериальных родов и видов в метагеномах будут использованы программы MetaPhlan2 и Kraken2. Для таксономического анализа будут использованы метагеномные риды в формате FASTQ.

Метагеномная сигнатура описывается комбинацией бактериальных генов, найденных в метагеноме, и бактериями, в которых эти гены были найдены. Метагеномные сигнатуры будут использованы для описания метаболического потенциала исследуемых образцов микробиоты кишечника. В данной работе бактериальное происхождение генов в сигнатуре будет исследоваться на уровнях родов и видов.

Результаты и обсуждение. Антидепрессанты, работающие по принципу ингибирования обратного захвата серотонина, такие как флуоксетин, способны восстанавливать уровень L-тирозина, кинурениновой кислоты и триптофана, то есть устранять нарушения, связанные с функционированием индоламин-2,3-диоксигеназы. Флуоксетин также потенциально влияет на уровень триптофана в кишечнике через ингибирование роста спорообразующих бактерий, известных за свою роль в стимуляции синтеза серотонина в кишечнике. *T.sanguinis*, один из представителей данной группы бактерий, содержит специальные транспортёры серотонина, SERT, экспрессия которых блокируется флуоксетином. Серотонин менял транскрипционную активность 71 гена у *T.sanguinis*. Добавление флуоксетина, в свою очередь, приводило к изменениям экспрессии 51 из 71 генов, подвергшихся влиянию серотонина.

Сегодня имеются данные *in vitro* и на животных, демонстрирующие, что антидепрессанты приводят к снижению видового разнообразия в кишечнике и к частичному замещению одних видов микроорганизмов другими. При этом вопрос взаимовлияния антидепрессантов и видового разнообразия микробиома кишечника остаётся открытым. При введении *R. flavefaciens* вместе с антидепрессантом животным наблюдалось снижение эффективности антидепрессивной терапии. При этом флуоксетин обладает специфической антагонистической активностью в отношении некоторых бактерий, в частности *L.rhamnosus* и *E.coli*, что было показано в опытах *in vitro*. Флуоксетин может селективно ингибировать рост лактобацилл и способствовать увеличению бактериальных фил, связанных с дисбиозом. Также предполагается, что влияние флуоксетина может осуществляться посредством НОД-рецепторов, делеция которых у мышей приводит к появлению у последних признаков депрессивноподобного поведения. В результате у мышей нарушалась проницаемость кишечника и синтез серотонина в кишечнике. Введение флуоксетина мышам восстанавливало у них большинство показателей. Последние исследования показывают сильную связь между триптофан-кинурениновым

путём и депрессией. Так в сыворотке крови больных клинической депрессией людей обнаружили повышенный уровень антралиловой кислоты и триптофана.

Большинство исследований в этой области проводились invitro на определённых бактериях или на грызунах, что не даёт реального представления о влиянии флуоксетина на функциональность микробиоты и её состав. Данный проект предлагает провести впервые исследование влияния флуоксетина на состав и функциональность микробиоты человека. В рамках данного проекта, тщательно спланированный дизайн эксперимента (помещающих группы в одинаковых условиях питания) позволит сравнить микробиоту кишечника пациентов для которых флуоксетин оказал терапевтический эффект с таковой у резистентных пациентов. Более того, выбор в качестве начальной точки, четвертый день прибытия в стационар (данная точка была выбрана чтобы учесть изменения, связанные с питанием в стационаре, при смене режима питания, микробиота меняется за 3-4 дня) для сравнения с точкой выписки пациента позволят исключить фактор перехода на другой режим питания в стационарном отделении. Выбор ключевого метода метагеномного исследования, который будет сопровождаться разработкой каталога генов для определения их частотой встречаемости в микробиоте а также идентификации бактерий содержащих их является ещё одна сильная сторона заявки. Также будет исследован метаболит крови и связь флуоксетина с метаболизмом триптофана и других метаболитов в кишечнике человека путём измерения уровня метаболитов триптофанового пути, таких как антралиловая кислота, триптофан и других.

Выводы: накопленные сегодня данные позволяют предположить о существовании причинно-следственной связи между симптомами депрессии, кишечной микробиотой и триптофан-кинурениновым путём. Исследование влияния флуоксетина на эти параметры даст ответы на вопросы взаимосвязи депрессивных расстройств и микробиоты кишечника.

## АССОЦИИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ GRIN2A И GRIN2B С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Федоренко О.Ю., Полтавская Е.Г., Бойко А.С., Тигунцев В.В., Корнетова Е.Г.

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН  
Томск

*ASSOCIATIONS OF GRIN2A AND GRIN2B POLYMORPHISMS WITH ANTIPSYCHOTIC-INDUCED HYPERPROLACTINEMIA IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Fedorenko O.Yu., Poltavskaya E.G., Boiko A.S., Tiguntsev V.V., Kornetova E.G.*

Актуальность темы исследования. Гиперпролактинемия является частым побочным эффектом антипсихотической терапии у больных шизофренией. Это обусловлено блокадой дофаминовых D2 рецепторов гипофиза. Хорошо известно, что глутамат является интегральным возбуждающим нейротрансмиттером в нейроэндокринном контроле ряда гормональных факторов. Результаты последних исследований показывают, что глутаматные рецепторы могут оказывать опосредованное модулирующее действие на высвобождение пролактина гипофизом. Изменение функционирования глутаматных рецепторов может быть задействовано в развитии гиперпролактинемии. Рецепторы NMDA состоят из общего глутаматного рецептора, ионотропной субъединицы NMDA 1 (GRIN1) и одной из четырех субъединиц GRIN2 (или GluN2) (GRIN2A-GRIN2D), объединенных в рецепторный комплекс. GluN2A, кодируемый геном *GRIN2A*, является наиболее распространенной субъединицей NMDA-рецептора GluN2 в ЦНС млекопитающих. Ген *GRIN2B* (рецептор глутамата, ионотропный, N-метил-D-аспартат 2B) кодирует субъединицу NR2B рецептора N-метил-D-аспартата, играющую важную роль в кортикогенезе и пластичности мозга.

Цель исследования. Выявить генетические ассоциации полиморфных вариантов генов *GRIN2A* и *GRIN2B* с антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемией у больных шизофренией в русской популяции Сибирского региона.

Материал исследования. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Протокол от 14.07.2014 № 63). В исследование был включен 451 пациент (183 мужчины и 268 женщин) с диагнозом шизофрении по МКБ-10 (F20) русской национальности из трех психиатрических больниц Томской, Кемеровской и Читинской областей Сибири. Пациенты принимали

антипсихотические препараты как в виде монотерапии, так и в виде комбинации препаратов. Наиболее частым антипсихотиком первого поколения был галоперидол, среди антипсихотиков второго поколения наиболее часто назначался рисперидон.

Методы исследования. ДНК выделяли из лейкоцитов цельной периферической крови больных шизофренией стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование полиморфизмов гена *GRIN2A* (rs7206256, rs1345423, rs7190619, rs8057394) и гена *GRIN2B* (rs220599, rs7313149, rs2192970, rs10845838, rs890) проводили методом ПЦР в реальном времени на приборе QuantStudio 5 с помощью набора TaqMan Validate SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США). Концентрацию пролактина определяли методом твёрдофазного иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов PRL Test System (Monobind Inc., США). Границы нормальных значений содержания гормона пролактина в крови: для мужчин – до 20 нг/мл, для женщин – до 25 нг/мл. Статистический анализ проводили с помощью программного обеспечения SPSS для Windows, выпуск 21. Генотипы проверяли на равновесие Харди–Вайнберга с помощью критерия хи-квадрат. Критерий хи-квадрат и точный критерий Фишера, при необходимости, использовали для межгрупповых сравнений частот генотипов или аллелей. Работа поддержана грантом РФ №21-15-00212.

Результаты. По результатам измерения концентрации пролактина в сыворотке крови, пациенты с шизофренией были разделены на 2 подгруппы: 270 человек с гиперпролактинемией (60%) и 181 человек без гиперпролактинемии (40%). Гиперпролактинемия среди женщин встречалась значительно чаще (156 пациенток, 58%), чем у мужчин (114 пациентов, 42%), что согласуется с литературными данными. Данные генотипирования полиморфных вариантов генов глутаматергических рецепторов *GRIN2A* и *GRIN2B* были проанализированы отдельно в группах мужчин и женщин. Полиморфизм *GRIN2B* rs890 был ассоциирован с гиперпролактинемией в группе мужчин ( $\chi^2=7,067$ ,  $p=0,029$ ), значение отношения шансов OR для генотипа *GRIN2B* rs890\*AA составляло 2,110 (CI 95%=1,210 – 3,679). В группе женщин ассоциация выявлена для локусов *GRIN2A* rs1345423 ( $\chi^2=9,956$ ,  $p=0,007$ ), *GRIN2A* rs8057394 ( $\chi^2=6,018$ ,  $p=0,049$ ) и *GRIN2B* rs10845838 ( $\chi^2=16,704$ ,  $p=0,000236$ ). В группе женщин с гиперпролактинемией были ассоциированы генотипы *GRIN2A* rs1345423\*TT (OR=2,453, CI 95%=(1,331 – 4,521), генотип *GRIN2A* rs8057394\*CC (OR=4,182, CI 95%=(1,216 – 14,380). Для генотипа *GRIN2B* rs10845838\*AA значение отношения шансов OR составило 0,180 с доверительным интервалом (0,074 – 0,442), что указывает на относительный протективный эффект данного локуса для его носителей. У пациенток носителей *GRIN2B* rs10845838\*AA риск развития гиперпролактинемии на фоне приема антипсихотической терапии ниже, чем у носителей генотипов AG и GGrs10845838 *GRIN2B*.

Выводы. В результате проведенного исследования были обнаружены ассоциации полиморфных вариантов генов *GRIN2A* rs1345423, *GRIN2A* rs8057394, *GRIN2B* rs10845838 и *GRIN2B* rs890 с риском развития гиперпролактинемии у больных шизофренией на фоне антипсихотической терапии. Таким образом, мы подтвердили гипотезу о возможном участии генов глутаматергических рецепторов *GRIN2A* и *GRIN2B* в развитии антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией в русской популяции Сибирского региона.

## ПСИХОТЕРАПИЯ

### РОЛЬ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛОВЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН

Айриянц И.Р., Ягубов М.И.

Московский НИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*THE ROLE OF SEXUAL PREFERENCES IN THE FORMATION OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN*

*Ayriyants I.R., Yagubov M.I.*

На смену сексуальной революции 60х, приходит эпоха «сексуальной рецессии». Сексологи, психотерапевты и психологи в экономически развитых странах отмечают снижение интереса к сексуальной активности в парах и сексуальной сфере в целом. У поколения Z, «зумеров», особенно молодых женщин, все чаще наблюдается обесценивание института брака, и активное сопротивление

«репродуктивному давлению». Они заявляют, что намерены не просто отложить рождение первого и единственного ребенка до 30-40 лет, для «полной личностной реализации», но и о полном отказе иметь детей. Для нового поколения обоих полов характерно снижение интереса к поискам постоянного партнера, построению отношений, и даже просто сексуальным контактам в паре. Эта тенденция наметилась до пандемии и локдауна и усугубилась с их приходом. По имеющимся данным, в начале пандемии, вынужденной самоизоляции с партнерами у 40% женщин наблюдалось временное повышение сексуального интереса, в отличие от мужчин, демонстрировавших его стабильный спад. Со временем, такой же спад произошел и у женщин.

На фоне указанных изменений, представляется особенно важным изучить особенности сексуального влечения современных женщин – его направленность, интенсивность и предпочтения. С этой целью в нашем отделе было проведено сравнительное исследование с использованием опросника сексуальных фантазий Уилсона (СФУ), шкалы «оргазмометр» и теста «Индекс женской сексуальной функции» в двух группах. Первую составили студентки – клинические психологи (N=20, возраст = 21+1,3г), вторую – пациентки с различными вариантами сексуальных расстройств (N=20, возраст 27+4,6л.).

Статистически достоверная разница была установлена по параметру соотношения оргастичности при половом акте: в 1 оргазм достигался у 60%, во второй – в 35%. Были проанализированы также эмоциональная значимость и субъективная оценка оргазма при мастурбации и внекоитальных видах сексуальной активности и половом акте. В первой группе как наиболее яркий и значимый отмечался коитальный оргазм (78% респонденток), а во второй – только 21%.

По результатам опросника СФУ было установлено, что в 1й группе (студентки) наблюдается более широкий диапазон сексуальных фантазий: романтические, о сексуальном подчинении, об орально-генитальных контактах, полигамных, би- и гомосексуальных и прочих. Во второй группе (пациентки, страдающие сексуальными расстройствами) фантазии практически отсутствовали, или ограничивались платоническими или романтическими сценами.

Предварительные результаты проводимого нами исследования, свидетельствуют о том, что изучение особенностей сексуального влечения (фантазии, предпочтения, направленность и т.п.) является необходимым этапом диагностических мероприятий, учет которых может изменить спектр терапевтических подходов и повысить эффективность лечения.

## **КОГНИТИВНАЯ КОПИНГ-ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Воеводин И.В., Бохан Н.А.**

Томский НИМЦ РАН

Томск

*COGNITIVE COPING-THERAPY OF ALCOHOL DEPENDENCE AND NEUROTIC DISORDERS*

*Voevodin I.V., Bokhan N.A.*

Актуальность настоящего исследования обусловлена значимой ролью в этиопатогенезе как алкогольной зависимости, так и невротических расстройств психологических факторов когнитивной иррациональности и неадаптивного стресс-реагирования.

Целью исследования явилась разработка и апробация методики когнитивной копинг-терапии в комплексном лечении пациентов с алкогольной зависимостью и невротическими расстройствами.

Материалы и методы исследования. В обосновании и разработке методики приняли участие 211 человек (105 пациентов с алкогольной зависимостью, 61 с невротическими расстройствами, контрольная группа здоровых добровольцев из 45 человек); проведено ретроспективное аналитическое исследование с использованием клинико-психопатологического, экспериментально-психологического и статистического методов. В апробации методики участвовали 90 пациентов (60 с алкогольной зависимостью и 30 с невротическими расстройствами). Проведено двойное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, в котором пациенты были разделены на подгруппы основную (экспериментальную, получавшую когнитивную копинг-терапию) и контрольную (плацебо, без включения в психотерапию когнитивной копинг-терапии), соответственно дополнительно использованы клинико-терапевтический и клинико-динамический методы. Когнитивная иррациональность изучалась при помощи Personal Beliefs Test (Н. Kassinove, А. Berger, 1988) с приложением (НИИ психического здоровья, 2015), позволяющем дополнительно оценить наличие и



выраженность установок внешнего локуса контроля, неспособности к отсроченному гедонизму, ригидности, нарушенного баланса интересов и рискованности. Копинг изучался при помощи методик Coping Strategy Indicator (J.H. Amirkhan, 1990) и Berner Bewältigungsformen (E. Heim, 1988) с авторской интерпретацией результатов для ситуаций повседневного стресса по модульно-векторной модели (И.В. Воеводин, 2011).

Результаты исследования. Когнитивная иррациональность подтвердила свое значение, как важная этиопатогенетическая составляющая формирования алкогольных и невротических расстройств, в обоих клинических группах. Практически равное значение в формировании обеих нозологических форм обнаружило наличие и выраженность иррациональных установок катастрофизации, низкой фрустрационной толерантности, долженствования в отношении других, оценочного дихотомического мышления и внешнего локуса контроля (во всех рассмотренных случаях отличия от показателей контрольной группы при  $p < 0,05$  по критерию хи-квадрат для распространенности и по тесту Mann-Whitney для выраженности установок, без статистически достоверных различий между самими клиническими группами). В формировании алкогольной зависимости по сравнению с невротическими расстройствами большее значение имеют установки долженствования в отношении себя (по выраженности показателя) и неспособности к отсроченному гедонизму (по распространенности показателя). Нарушения баланса рискованности проявляются при алкогольной зависимости и невротических расстройствах разнонаправленно: с преобладанием склонности к неоправданному риску в первом случае (41,4% vs. 9,8%) и с преобладанием нерешительности с неготовностью пойти даже на оправданный риск во втором (59,0% vs. 37,9%, общая достоверность различий при  $p = 0,00222$ , критерий хи-квадрат).

Методом факторного анализа были установлены три различных пути формирования алкогольных и невротических расстройств, исходя из особенностей когнитивной рациональности: на основе долженствования в отношении себя, низкой фрустрационной толерантности и долженствования в отношении других. Наличие общих в обеих нозологических группах факторных оснований в определенной степени подтверждает гипотезу о значительной общности этиопатогенеза аддиктивных и невротических расстройств. Различные сочетания данных факторных оснований с другими иррациональными установками могут определять аддиктивную либо невротическую направленность психодезадаптации конкретного носителя установки, с дальнейшим формированием клинически оформленного расстройства.

Вторым психологическим фактором, являющимся значимой составляющей этиопатогенеза алкогольной зависимости и невротических расстройств, стало копинг-реагирование, оцененное по методике E. Heim с авторским способом интерпретации показателей, и по методике J. Amirkhan. Установлено сопоставимое значение для формирования обеих клинических форм нарушений эмоционального реагирования, способности к делегированию ответственности за разрешение проблемной ситуации, и общей направленности копинг-стиля (сниженная распространенность копинга, направленного на разрешение, повышенная – копинга, направленного на поддержку или избегание проблем, общая достоверность различий при  $p = 0,00835$ , критерий хи-квадрат). Формирование алкогольной зависимости в большей степени связано со сниженной способностью к принятию неизменяемой ситуации и склонностью к субстанционному способу отвлечения от проблем, в том числе путем алкоголизации. В формировании невротических расстройств большее значение имеют неготовность к рациональной оценке проблемных ситуаций, сниженные когнитивные возможности их дезактуализации, пессимистическое прогнозирование развития стрессовых ситуаций и неготовность принимать на себя ответственность за их успешное разрешение.

Полученные данные послужили основой для разработки и проведения психотерапевтической методики когнитивной копинг-терапии алкогольной зависимости и невротических расстройств, направленной на коррекцию иррациональных когнитивных установок совместно с коррекцией неадаптивного копинга в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Персонализация терапии осуществлялась как с учетом общих данных, полученных в исследовании, так и с учетом особенностей конкретного клинического случая. В результате проведения двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования между экспериментальной подгруппой и подгруппой плацебо были получены следующие статистически достоверные различия (при  $p < 0,05$ , тест Mann-Whitney для количественных и критерий хи-квадрат для качественных признаков). По шкале общего клинического впечатления (GCI) различия в динамике показателей обнаружили в клинической группе пациентов с невротическими расстройствами на 2 и 4 неделе после завершения терапии. По Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), показатель «тревога», в группе пациентов с алкогольной зависимостью

различия между подгруппами проявились через 2 и 4 недели после завершения терапии, при невротических расстройствах – на момент окончания терапии и в тех же контрольных точках; по показателю «депрессия» – у пациентов с невротическими расстройствами через 4 недели после окончания терапии. По Квантифицированной шкале комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии (использовалась только у пациентов с алкогольной зависимостью) различия между подгруппами проявились через 2 и через 4 недели после завершения терапии. По Пенсильванской шкале влечения к алкоголю – различия между подгруппами обнаружили статистическую достоверность через 4 недели после завершения терапии.

По совокупности всех рассмотренных показателей (явка на контрольные точки, общее клиническое впечатление, тревожная и депрессивная симптоматика, социально-психологическая адаптация, а для пациентов с алкогольной зависимостью – дополнительно отрицательный тест на алкоголь в выдыхаемом воздухе, выраженность психопатологических расстройств в ремиссии и влечение к алкоголю) был сформирован и оценен общий показатель эффективности вмешательства. Высокая эффективность вмешательства в экспериментальной подгруппе пациентов с алкогольной зависимостью определена в 73,3% случаев vs. 50,0% в подгруппе плацебо, в экспериментальной подгруппе пациентов с невротическими расстройствами – в 86,7% случаев vs. 53,3% в подгруппе плацебо ( $p=0,04179$ , критерий хи-квадрат).

Методом логистического регрессионного анализа, с использованием в качестве зависимой переменной бинарный показатель эффективности вмешательства, а в качестве предикторов – данные клинических и психологических шкал, были выделены предикторы эффективности вмешательства – высокий показатель депрессии по шкале HADS и низкий показатель амбивалентности по шкале SOCRATES для алкогольной зависимости, низкие показатели установки ригидности и выраженности копинг-стратегии «бегство в будущее» для невротических расстройств.

Заключение. Исходя из полученных данных, методика когнитивной копинг-терапии проявила себя как эффективный инструмент в комплексном лечении алкогольной зависимости и невротических расстройств.

## **ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МУЖСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СФЕРЫ**

**Выходцев С.В., Трегубенко И.А.**

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России;

ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России

Санкт-Петербург

*AN INTEGRATIVE APPROACH TO THE DIAGNOSTICS AND THE TREATMENT OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS OF THE MALE GENITOURINARY SYSTEM*

*Vykhodtcev S.V., Tregubenko I.A.*

Среди всех психосоматических расстройств у мужчин особое место занимают реакции со стороны мочеполовой системы. Если раньше болевые синдромы и различные телесные сенсации в проекции интимной зоны и малом тазу были компетенцией только лишь урологов, то в настоящее время с подобными проблемами мужчины также обращаются и к неврологам. Нередко и сами урологи в связи с низкой эффективностью проводимой терапии направляют таких пациентов к неврологам. Таким образом, мы наблюдаем трансформацию палитры диагнозов и попыток объяснить суть проблемы на протяжении XIX-XX-XXI веков: от уретралгий (цисталгий, простаталгий) с различными парестезиями и функциональной дизурией до хронического простатита, «симптомов нижних мочевых путей», миофасциального болевого синдрома и – на современном этапе – синдрома хронической тазовой боли. Частота обращений с подобными симптомами за последние годы выросла, однако по-прежнему эта проблема остается в поле зрения врачей соматического профиля. Ряд специалистов самостоятельно пытаются купировать болевые симптомы, назначая психотропные препараты (анксиолитики, антидепрессанты, малые антипсихотики). Немногие коллеги направляют таких пациентов к психиатрам или психотерапевтам, равно как немногие пациенты соглашаются на консультацию последних. С позиции психиатрии при исключении таких заболеваний, как органические расстройства, шизофрении, депрессии, подобные клинические случаи могут рассматриваться в рамках соматоформных расстройств (F45, МКБ-10), нозогений (F43.2, МКБ-10), а также комбинированных психосоматических состояний.

Для идентификации клинико-психологического портрета мужчины, страдающего синдромом хронической тазовой боли, с позиции интегративного подхода было обследовано 34 пациента (возраст от 18 до 38 лет). Все мужчины длительное время наблюдались и получали различные виды лечения у врачей соматического профиля. В 71% случаев диагноз пациентов был смешанным (включал хронический простатит, нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря, гиперактивный мочевой пузырь, миофасциальный болевой синдром). У всех пациентов оценивали психический статус, а также проводили клинико-психологические и сексологические методы исследования. Ни у одного мужчины заболеваний ранга «большой» психиатрии выявлено не было, при этом все обследуемые находились в состоянии выраженной тревоги, которая более чем у 70% больных тревога была ситуативной, а у 65% пациентов – личностной. Пациенты со смешанным диагнозом в 4 раза чаще имели высокий уровень личностной тревоги в сравнении с больными с одним лишь синдромом хронической тазовой боли. Свыше половины обследованных мужчин (56%) переживали выраженное снижение настроения невротического характера. Среди типов отношения к болезни преобладали тревожный, ипохондрический, обсессивно-фобический и неврастенический. У большинства пациентов (95%) выявили нарушения психосексуального развития на уровне понятийного, телесного и коммуникативного компонентов. Также большинство мужчин сообщили о проблемах межличностных отношений в супружестве (партнерстве) - конфликты, отчуждение, семейно-сексуальные дисгармонии. Практически все мужчины отметили наличие сексуальных расстройств: синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, проблемы с эрекцией, снижение или отсутствие сексуального влечения, различные нарушения оргазма и эякуляции. В большинстве случаев сами пациенты урологу или неврологу о сексуальных проблемах не сообщали, а врачи в беседе с больными тему сексуальной сферы нередко игнорировали.

Таким образом, примерный клинико-психологический портрет пациента с синдромом хронической тазовой боли с позиции междисциплинарного подхода выглядит так: это мужчина с преобладанием тревожно-мнительных черт характера с выраженной ситуативной и личностной тревогой, с нарушениями психосексуального развития, различными сексуальными расстройствами и проблемами в межличностных отношениях. Интегративный подход к диагностике психосоматических расстройств мужской уrogenитальной сферы показывает значимость личностного фактора, состояния межличностных отношений, а также качества сексуального функционирования в механизмах формирования проблемы. Отмеченные направления могут служить мишенями для психотерапевтической и сексологической работы. Идентификация клинико-психологического портрета пациента с синдромом хронической тазовой боли прямо свидетельствует о необходимости привлечения к диагностическому и лечебному процессу врача психиатра, психотерапевта и сексолога, что будет повышать качество оказываемой помощи и соответствовать принципам современного интегративного подхода.

## **ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

**Городнова М.Ю.**

**ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России**

**Санкт-Петербург**

*PHILOSOPHICAL FOUNDATIONS OF PSYCHOTHERAPEUTIC PRACTICE*

*Gorodnova M.Yu.*

Что такое психотерапия? Ответ на этот вопрос остается открытым, и специалисты то вновь начинают споры об определении места психотерапии в современном поле научных знаний, то возвращаются к емкому определению Б.Д. Карвасарского, согласно которому психотерапия – это система специфических эффективных лечебных форм воздействий на психику и через психику на организм человека в целях обеспечения и сохранения его здоровья. В континууме наука – практика психотерапия в большей степени тяготеет к практике, но возникает множество вопросов: на какой научной и методологической основе осуществляется эта практика, как можно говорить об эффективности психотерапии исходя из парадигмы доказательной медицины, основанной на позитивистской и неопозитивистской концепциях философии науки?

Занимаясь научными исследованиями в психотерапии, приходится преодолевать множество трудностей в обосновании дизайна исследования, в выборе методологии и метода, доказательности результатов. Обычно работы в области психотерапии защищаются по двум специальностям: психиатрия и

медицинская психология, которые лежат в основе теории и практики психотерапевтического метода, а также объекта и предмета исследования. Однако, на наш взгляд, предметом исследования психотерапевтического воздействия могут быть явления и феномены, представляющие области и иных научных специальностей, особенно философии – наиболее близкой к ряду психотерапевтических направлений. В качестве иллюстрации в паспорте научной специальности «Философские науки» находим такие области исследования, как проблема бессознательного и подсознательного в отражении в соотношении с осознанным мышлением, оперативной и потенциальной памятью, вербальными и невербальными формами мышления. Современное понимание интуиции и ее связи с формализованными типами доказательства, видами интуитивного творчества и продуктивного воображения. Взаимосвязь, взаимовлияние, а порой и единство философии, психиатрии и психологии (психотерапии) определяют потенциал для разрешения неизбежных кризисов в научном знании.

Возвращаясь к вопросу о психотерапевтическом воздействии и осознавая сложность и риск в обобщении его механизмов в разных направлениях психотерапии, мы предлагаем рассматривать фокусом этого воздействия систему саморегуляции человека, осуществляемой с нашей точки зрения, на пяти уровнях: телесном, эмоциональном, поведенческом, когнитивном, в связи-отношениях (с миром предметов и миром людей). Наше предложение основывается на общепринятом в медицине биопсихосоциальном подходе, современных открытиях в области нейронаук (например, паравагальная теория Стивена Порджеса, нейропсихоанализ Марка Солмса), а также на философско-психологических основах теории саморегуляции, рассматриваемых в работах современных философов и антропологов. В результате саморегуляции организм сохраняет свою целостность (границы) и развивается в соответствии с требованием среды и собственного роста. Все перечисленные уровни тесно взаимосвязаны и функционируют параллельно. Любые ограничения (возрастные, конституциональные, привнесенные заболеванием) определяют своеобразие процесса саморегуляции, и симптом (поведение) рассматривается как творческое приспособление и как отражение нарушенной регуляции. Точка восстановления и вход для восстановления работы этой системы определяется психотерапевтическим направлением (телесные процессы, эмоции, поведение, когниции (включая смыслы и систему верований), связь с матерью, холистический подход, рассматривающий процесс контактирования в целом, параллельность и взаимосвязь всех уровней реагирования).

Развитие когнитивной системы саморегуляции неизбежно идет с совершенствованием мировоззрения, системы восприятия, становлением системы верования и с поиском смысла собственной жизни. Эти вопросы всегда волновали человечество и побуждали искать ответы на эти вопросы в поисках обретения счастья в преодолении жизненных трудностей. Следует признать историческое первенство философии в практике «Заботы о себе», само ее возникновение явилось следствием желания человека понять смысл своего бытия и природу мира – неизбежные вопросы человеческого существования. Психология (психиатрия), отделившись от философии в конце XIX в., со времен К. Ясперса и М. Фуко продолжает искать точки собственной идентификации. Выбор позитивистской научно-естественной парадигмы и отказ от онтологии, по мнению О.А. Власовой (2014), приводит к разрыву в предметной области исследования, так как психология и психиатрия являются науками не столько о мозге и организме, сколько о психике и душе. Именно поэтому оказалось неизбежным стремление обеих сторон к сближению: уже в начале XX века появляется философская антропология М. Шелера, Х. Плеснера, А. Гелена, развивается такая область философии как философия субъекта, практически параллельно и психология субъекта (а конец века ознаменован появлением философской практики Г. Ахенбаха. Современные авторы обращаются к философии психологии: о функциональном значении философии психологии пишет О.В. Майорова (2014), необходимость взаимодействия истории психологии и философии психологии подчеркивает В.А. Мазилев (2014), М.Г. Чеснокова (2016) выделяет четыре основные исследовательские парадигмы в психологии: гносеологическая, феноменологическая, деятельностная и экзистенциальная, рассматривая их в контексте философии и науки, С.Р. Динабург (2017) предлагает рассматривать определение психотерапии как проблему современной философии, Е.В. Косилова (2019) продолжает исследования в области поисках выхода из кризиса философии и психиатрии, предлагая пересмотреть программы в области образования психиатров, а в 2020 году защищает докторскую диссертацию по теме «Исследование центральных инстанций субъектности в свете данных психической патологии». Д. Хломов (2004) неоднократно подчеркивал, что гештальт-терапия существенно больше, чем просто способ лечения психических расстройств, это – в собственном смысле практическая философия.

Развитие психотерапии неотделимо от развития общества. В конце 90-х М.С. Лобб, рассматривая исходные принципы гештальт-терапии в определенном социально-культурном контексте в сочетании с

присущими потребностями общества и культуры в нем, описывает нарциссическое, пограничное и текучее общества с присущими им социальными чувствами, психопатологическими феноменами и соответствующей им психотерапевтической практикой. Продолжая эту идею, невозможно обойти вниманием нарастающий интерес в психотерапии к феноменам телесности, интенциональности, эмерджентности, эстетического опыта, узнавания, что раскрывается в «культуре производства присутствия» современного философа Х.У. Гумбрехта. О модусе и содержании присутствия в персональной коммуникации размышляет в своей философской работе В.В. Рыбаков (2016). В современной психотерапии присутствие становится настоящей исцеляющей практикой, об этом можно прочитать в обзоре 2020 года московских коллег М.А. Осетровой и В.П. Серкина. Присутствие становится в противовес к потере чувствительности современного человека, отдельности современного мира, виртуализации пространства и контакта, что выражается в своеобразии психопатологических феноменов, с которыми пациенты обращаются к помогающим специалистам: тревожность, аддикции, отсутствие побуждений, лежащее в основе депрессивных расстройств, неспособность к аффективной регуляции, телесная десенсибилизация.... Гештальт-терапевт И.А. Погодин в работе 2015 года подчеркивает фундаментальность присутствия на пути к ресурсам первичного опыта человека в диалогово-феноменологической психотерапии психических расстройств. Именно присутствие обеспечивает восстановление чувствительности, катализирует процесс осознания, оживляет процессы, включая деконцептуализацию, делает доступным ресурсы первичного опыта для позитивных изменений. Быть присутствующим терапевтом не просто технический навык, а укорененный опыт переживания (на всех уровнях саморегуляции).

Сближение психологии, психотерапии, психиатрии и философии неизбежно и необходимо и для практики, и для науки. Любая практика требует укоренения, что невозможно без глубокого проживания в личном опыте того, что можно предложить для Другого. Быть присутствующим не просто телесное пребывание, это экзистенциальное состояние в проживании, опыт пребывания себя для Другого в ситуации здесь и теперь. И это не просто знание и понимание того, что написано о присутствии, а именно эстетический опыт, который затем можно выразить посредством языка, «забытый опыт счастливого младенчества в своем существовании в присутствующем, принимающем и откликающемся мире», - это то, что мы смогли открыть посредством собственного опыта. В тоже время, научные исследования также должны быть поддержаны определенной теорией, выполняться в научной парадигме, и это невозможно без опоры на философию как раздел науки, имеющего собственную методологию исследований явлений и феноменов, к которым точно относится психика человека как предмет исследования. Именно поэтому, мы считаем необходимым включать в подготовку психиатров и психотерапевтов вопросы философии, на которых основывается теория и практика в помощи другому. Возможно, пришло время выполнения научных исследований в области психотерапии не только по двум специальностям – психиатрия и медицинская психология, но и философия. Завершаю это короткое тезисное эссе с надеждой на дискуссию.

## **РАСКРЫТИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКАЗКОТЕРАПИИ**

**Григорьева И.В., Гамова А.В.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Минск

*DISCOVERING THE CREATIVE POTENTIAL OF ALCOHOL DEPENDENT PERSONS WITH THE USE OF FAIRY  
TALE THERAPY*

*Grigorieva I.V., Gamova A.V.*

Сказкотерапия эффективна в психотерапии с лицами с синдромом зависимости от алкоголя (далее – СЗА) по причине ее опосредованного влияния на «зависимый конгломерат» и потенцирующего влияния на ресурсы дозависимого периода жизни. Применение сказкотерапии эффективно у лиц имеющими заниженную самооценку, неосознаваемые деструктивные внутриличностные установки и пассивную жизненную позицию. Это становится возможным через интеграцию лиц с СЗА со сказочными героями и их трансформационный потенциал. Сказка позволяет продемонстрировать зависимое поведение в иносказательной форме, благодаря чему появляется уникальная возможность в безопасной обстановке отреагировать тяжелые эмоциональные состояния, раскрыть собственный потенциал. Сказкотерапия

выступает эффективным способом работы с психологическими защитами зависимых лиц. Язык сказочных метафор, будучи универсальным языком человечества, является тем «сундуком с сокровищем», в котором каждый находит необходимое сокровище. Включение в сказочный процесс меняет восприятие у лиц с СЗА ранее известных фактов, разрывает существующие деструктивные шаблоны.

Цель исследования. Оценка диагностической и психотерапевтической эффективности применения сказкотерапии у лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Материалы и методы. Исследование осуществлялось в группе лиц с СЗА, склонных к агрессивному поведению, находящихся в условиях пенитенциарной системы в возрасте от 21 до 60 лет (100 пациентов).

Одним из психотерапевтических методов, включенным в разработанный метод психотерапии «Мирная ось» явилось применение сказкотерапии. В качестве инструмента проработки деструктивных интроектов и внутриличностного конфликта явилась сказка «Три поросенка» (в адаптации С. Михалкова). Использование проективного метода осуществлялось для целей: диагностической, психотерапевтической, прогностической. Инструментом сказкотерапии выступил подход, при котором актуальный вопрос – зависимость от алкоголя и склонность к агрессивному поведению, была спроецирована на сказочный сюжет.

Все, что происходит в сказке «Три поросенка», можно представить, как внутренний процесс, в котором, человек строит свою собственную жизнь и в этот процесс вовлечены неуправляемая агрессия, деструктивное начало, непредсказуемость (Волк), блокирующие качества (Ниф-Ниф и Нуф-Нуф), и его мудрость и внутренняя зрелость (поросенок Наф-Наф).

Результаты и обсуждение. На диагностическом этапе работы лицам с СЗА было предложено прочесть сказку «Три поросенка» и соотнести аспекты своей жизни с персонажами сказки ответить на вопросы: Кто или что для Вас Волк в Вашей жизни?

Какие внешние (люди) и внутренние (собственные саботирующие части) «Ниф-Ниф и Нуф-Нуфы» манипулируют Вашей открытостью и уязвимостью, ограничивают Ваше трезвомыслие и успешную адаптацию?

Кто (или что) в Вашей жизни смог бы помочь Вам обрести мудрость Наф-Нафа?

Полученные данные показали, что образ Волка, как идентификация с негативными аспектами своей жизни, неуправляемой агрессией, состоянием переполненности злобой, стремлением сломать, уничтожить у 66,7% лиц с СЗА ассоциирован с влиянием внешних факторов: недифференцированный образ злодея – у 25,0% лиц, внешние факторы и обстоятельства, препятствующие благоприятному развитию жизненных событий – у 12,5%, сотрудник милиции – у 12,5%, государство – у 8,3%, соседи – у 4,2%, хитрец, лжец – у 4,2% лиц. Это позволяет сделать выводы о том, что большинству лиц с СЗА характерен поиск «внешних виновников» в сложившейся жизненной ситуации, проецирование собственных агрессивных тенденций на других, размещение «своего волка» за пределами себя.

Сказочные персонажи Ниф-Ниф и Нуф-Нуф символизируют такие линии поведения людей как лень и беспечность, надежда на счастливый случай и чужую помощь, отсутствие ответственности и предусмотрительности, отсутствие умения программировать и прогнозировать свое поведение. Проецируя на данных сказочных персонажей представления о собственных саботирующих частях личности, лица с СЗА могут выявить причинную связь с наличием кризиса в их собственной жизни. Для 48,6% лиц с СЗА их «внутренними Ниф-Нифом и Нуф-Нуфом», блокирующими собственное развитие и продвижение вперед, определяющими «соломенность» и временность их внутреннего дома являются следующие свойства и качества: лень – у 22,1% лиц, пагубные пристрастия и употребление алкоголя – у 10,6%, отсутствие самоконтроля – у 10,6%, подверженность перепадам настроения и собственная греховность – у 5,3% лиц. Для 38,0% лиц с СЗА характерен поиск причин, определяющих их «жизненную несостоятельность» во внешних обстоятельствах: влияние друзей и соседей – у 22,1% лиц, безработица и низкий материальный достаток – у 10,6%, негативное влияние стрессовых ситуаций – у 5,3% лиц.

Образ третьего поросенка Наф-Наф в своем поведении демонстрирует равновесие между принципом удовольствия «кувыркаться в зеленой траве» и принципом реальности «пора нам подумать о зиме». Его адаптивный выбор заключается в отказе от сиюминутного удовольствия в пользу вложения в долгосрочную перспективу и заботу о будущем, что приводит впоследствии к отсроченному вознаграждению. Метафорически роль Наф-Нафа, является символом трудолюбия, рассудительности, ответственности. Это собственная «взрослая часть» человека у большинства лиц с СЗА нуждалась в «помогающих и дополняющих» субъектах и объектах внешнего мира: жена, девушка – у 23,0% лиц, друг – у 15,0%, отец – у 11,5%, теща – у 3,5%, работа – у 3,5% лиц. В качестве человека, который может стать их

«мудрым помощником» или необходимым ресурсом лица с СЗА не указывали мать или детей, что подтверждает имеющийся у них дефицит необходимого с детства внимания, заботы, поддержки и безусловной любви. Трезвость, как условие для полной реализации своей внутренней зрелой части и построения «прочного каменного дома» выступает важной составляющей только для 15,1% лиц с СЗА. Однако 11,5% лиц несмотря на нахождение в условиях изоляции считают, что сами способны ответственно и рассудительно управлять своей жизнью. В среднем 13,1% лиц с СЗА не выполнили задание, что свидетельствует об избегании проработки данной темы и ее блокировке. Психотерапевтический подход заключался в проработке выбранных терапевтических мишеней и в непосредственном воздействии сказочного посыла «давайте построим дом и будем зимовать вместе под одной теплой крышей». Такой призыв к внутренней интеграции личности важен для восстановления адаптивности лиц с СЗА и достижения собственной эффективности и результативности. Интеграция личности происходит в конце сказки под крышей мудрого и зрелого Наф-Нафа в каменном доме-крепости. Каменный дом здесь выступает символом надежности, мудрости, слаженности и целостности. В очаге горит огонь.

Психотерапевтический эффект воздействия сказки позволил лицам с СЗА посмотреть на свои жизненные выборы с необычной стороны и получить доступ к различным внутренним частям и мотивам их поведения, буквально «войти в свою жизненную реку и доставить необходимые ресурсы для реализации адаптивного выбора».

Возможность пересмотра своей жизненной позиции через сказочную метафору, осознание «шаткости, слабости, безвольности» внутреннего дома, прояснение необходимых внутренних и внешних ресурсов позволяют зависимым от алкоголя лицам пересмотреть свое нынешнее состояние и выработать модель поведения в рамках адаптивной долгосрочной перспективы.

Заключение. Использование сказкотерапии у лиц с СЗА является действенным механизмом демонстрации последствий зависимого поведения и позволяет безопасно и действенно нивелировать негативный опыт, раскрыть свой собственный потенциал.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КРЕДИТОВАНИЕМ**

**Захарова О.В., Карпов А.М.**

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО  
Минздрава России  
Казань

*RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION OF LENDING-RELATED MENTAL DISORDERS*

*Zakharova O.V., Karpov A.M.*

Современная российская психиатрическая наука столкнулась с необходимостью исследования психического состояния и психических расстройств у большого контингента заемщиков кредитов. Жесткие социальные и моральные обязательства ежемесячно отдавать существенную часть своих средств на погашение займа, вынуждают ограничивать жизненно важные биологические, психологические и социальные потребности. Такая новая совокупность стрессорирующих и психотравмирующих факторов активного кредитования обусловила возникновение у многих заемщиков психических расстройств, которые нуждаются в разработке мер междисциплинарного и межведомственного характера.

Цель. Разработать рекомендации для потенциальных заемщиков, страдающих психическими расстройствами, а также для психически здоровых заемщиков.

Материалы и методы. В основу положены результаты исследования 155 респондентов. Для дифференциации психических расстройств, обусловленных кредитованием, были сформированы 2 группы участников исследования. Первая (основная) группа, включающая 104 заемщика, была поделена на 2 подгруппы: 1А – 51 человек с наличием психических расстройств, возникших в четкой причинной связи с проблемами возврата кредитов; 1Б – 53 заемщика с выявленными проявлениями психической дезадаптации донозологического уровня, связанными с выплатами по кредитам, но не оформлявших своего обращения в государственные психиатрические учреждения. Контрольную группу сравнения составили 51 человек, не оформлявших кредиты. Это были исследуемые близкие по социально-биологическим характеристикам к группам заемщиков.

Исследуемые характеристики регистрировались в специально разработанной «Карте обследуемого»; затем группы сравнивались между собой и проводилась статистическая обработка результатов.

Результаты. Сравнение социальных характеристик группы заемщиков, у которых возникли психические расстройства, обусловленные задолженностью по кредитам, с группой заемщиков, у которых расстройств не возникло, обнаружило факторы риска развития психических расстройств у заемщиков. Это - бедность, низкий уровень зарплат или пенсий, отсутствие семьи, пенсионный возраст, необоснованный оптимистичный прогноз на своевременную выплату кредита, избегание предупреждений родственников; правовая, экономическая и цифровая некомпетентность заемщиков; наличие психических расстройств, начавшихся до оформления кредита, а также воздействие коллекторов.

Эти факторы риска доступны для установления до оформления займов. Разработана памятка, содержащая информацию о базовых поведенческих паттернах, которые необходимо иметь в виду при принятии решения об оформлении кредита. Выявление факторов риска задолженностей и их обсуждение консультантами банка с заемщиками и их близкими родственниками, владеющими объективными сведениями о расстройствах психического и соматического здоровья, о целях взятия кредита и возможностях его возврата, считаем основой профилактики невозврата кредитов и психических расстройств у заемщиков.

Выводы:

1. Выдача займов без учета социальных, финансовых и медицинских характеристик заемщиков содержит факторы риска возникновения задолженностей и развития психических расстройств, обусловленных кредитованием.
2. Невозможность возврата кредитов создает для заемщиков психотравмирующие обстоятельства, способствующие развитию у них психогенных, а также актуализации эндогенных, органических и аффективных психических расстройств.
3. Для профилактики психических расстройств у заемщиков целесообразно их предварительное психологическое консультирование специалистами банка с участием в кредитовании родственников, способных дать объективные сведения о здоровье, социальном и финансовом состоянии кредитующихся обсуждением факторов риска невозврата кредита,
4. К профилактике психических расстройств у заемщиков, страдающих психическими расстройствами, целесообразно привлечь специалистов по социальной работе в системе психиатрической помощи.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ В.Н. МЯСИЩЕВА КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПСИХОТЕРАПИИ**

**Исурина Г.Л., Карпова Э.Б.**

СПбГУ

Санкт-Петербург

*V.N. MYASISHCHEV'S PSYCHOLOGICAL CONCEPT AS A METHODOLOGICAL BASIS OF PSYCHOTHERAPY*

*Isurina G.L., Karpova E.B.*

Становление психотерапии в Психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева связано с именем В.Н. Мясищева, а также и его учеников: Б.Д. Карвасарского, Ю.Я. Тупицына, В.К. Мягер и др. Концепция В.Н. Мясищева является единственной в нашей стране целостной системой, включающей в качестве методологической основы психологическую теорию (психологию отношений) и взаимосвязанные с ней концепции психологического происхождения невротических расстройств (патогенетическая концепция неврозов) и психотерапевтическую систему (патогенетическая психотерапия). Концептуальное единство, которое образуют эти представления, явилось фундаментом для формирования психотерапевтической системы, ее практического применения и подготовки специалистов. Следует подчеркнуть, что психологические представления В.Н. Мясищева являются не просто теоретическими конструктами, но составляют основу для построения психотерапевтического процесса в рамках разработанной им системы патогенетической психотерапии.

В психологической концепции В.Н. Мясищева основным понятием является понятие «отношение». Личность рассматривается как система отношений, представляющая собой «сознательную, активную, избирательную, целостную, основанную на индивидуальном общественно-обусловленном опыте систему временных связей человека как личности-субъекта со всей действительностью или с ее



отдельными сторонами выражающихся в его действиях, реакциях, переживаниях» (Мясищев В.Н., 1960). Можно выделить как сущностные характеристики отношений (целостность, активность, избирательность, сознательность), так и различные стороны и уровни их анализа: анализ компонентов отношения (когнитивный, эмоциональный, поведенческий), анализ системы отношений (иерархичность, уровень развития и структура), анализ динамики отношения и системы (изменчивость во времени – формирование и развитие). В.Н. Мясищев в рамках своей концепции рассматривает невроты как личностное нарушение психогенной природы, как нарушение системы отношений – нарушения их отдельных характеристик и нарушение системы отношений в целом, прежде всего, ее иерархичности. В частности, нарушение сущностных характеристик отношения может проявляться в недостаточной осознанности отношения (сознательность), неполном отражении объекта отношения и дисбалансе характеристик объекта/субъекта (целостность), неадекватном понимании и оценке значимости того или иного отношения (избирательность) и т.д. Нарушение системы отношений препятствует разрешению внутренних психологических конфликтов, трансформирует конфликт в невротический и субъективно неразрешимый. Это приводит к межличностным конфликтам, усилению тревоги, что влечет за собой функциональную дезорганизацию личности, проявляющуюся на физиологическом (клиническом) и психологическом уровнях. При рассмотрении психотравмирующей ситуации В.Н. Мясищев подчеркивал ее субъективную неразрешимость, субъективную травматичность: «...Неразрешимость противоречия коренится в соотношении объективной необходимости и субъективных качеств личности, в противоречии логики и аффекта, в противоречии самого аффекта». (Мясищев В.Н., 1960). Это означает, что психотравмирующая ситуация выступает лишь в роли пускового механизма, актуализируя и проявляя уже существующие нарушения системы отношений.

Представления В.Н.Мясищева о личности и природе невротических расстройств легли в основу разработки новой психотерапевтической системы – патогенетической психотерапии. Важным достоинством этой системы является четко прослеживаемая взаимосвязь содержания психотерапии с теоретическим пониманием личности и природы невротических расстройств. Ее целью является восстановление, перестройка, реконструкция нарушенной системы отношений пациента, а конкретные задачи отражают поэтапное движение психотерапевтического процесса от изучения личности пациента и пациентом, через различные этапы осознания к изменению нарушенной системы отношений. Первая задача связана с изучением личности больного невротом и, прежде всего, выявление значимых отношений и их иерархических связей. Следует подчеркнуть, что в этой психотерапевтической системе изучение личности имеет особое значение, поскольку в отличие от большинства других подходов, где основное содержание невротического конфликта постулировано уже теоретически, здесь В.Н.Мясищевым постоянно подчеркивается индивидуальность и уникальность невротического конфликта у конкретного пациента, что требует тонкого и тщательного анализа личностного содержания. Вторая задача направлена на исследование этиопатогенетических механизмов невротического состояния. Во многих психотерапевтических системах необходимость этого этапа подвергается сомнению, поскольку такое понимание само по себе не имеет выраженного терапевтического эффекта. Однако В.Н. Мясищев не случайно выделяет эту задачу, поскольку, как показывает практический опыт, именно понимание причин и условий возникновения невротического расстройства формирует у пациента устойчивую мотивацию к конструктивному участию в психотерапевтическом процессе. Следующая задача взаимосвязана с предыдущей и состоит в осознании причинно-следственных связей между ситуацией, личностью и болезнью, другими словами, в понимании пациентом психогенной природы своего заболевания. Такое осознание помогает пациенту отказаться от понимания причин своего заболевания как исключительно органических или обусловленных только внешними психологическими факторами или травмирующими событиями. Понимание собственной роли в развитии, поддержании и усилении невротической симптоматики оказывает наиболее существенное влияние на формирование у пациента устойчивой мотивации и активного участия в психотерапии. Четвертая задача состоит в осознании пациентом характера нарушений его системы отношений. Здесь в центре внимания находятся наиболее значимые отношения личности и их сущностные характеристики (осознанность, значимость, целостность, избирательность), а также система отношений в целом, в частности, осознание противоречий между значимыми отношениями, лежащими в основе невротического конфликта. В.Н. Мясищев подчеркивал, что осознанию невротического конфликта способствует не только понимание пациентом причин возникновения и развития собственного заболевания, но и понимание взаимосвязей его заболевания с различными значимыми для него отношениями. Другими словами, пациент в процессе психотерапии сам выявляет «этиопатогенез» собственного заболевания, осознавая и анализируя свои отношения.

Завершающая задача патогенетической психотерапии заключается в изменении нарушенной системы отношений пациента. Здесь хотелось бы подчеркнуть, что отношение – это не просто отношение к объекту, а отношение к его содержанию как результату репрезентации этого объекта в психике человека. В каком-то смысле можно сказать, что сущность и основное содержание осознания в патогенетической психотерапии состоит в изменении репрезентации объекта/субъекта отношения в сознании пациента. Такое осознание представляется возможным и достижимым в результате тщательной проработки материала, полученного в ходе всего психотерапевтического процесса. Применительно к ядру системы отношений человека – отношению к себе – этот процесс приобретает особое значение, поскольку изменение отношения к себе вызывает важные изменения во всей системе отношений в целом.

Дальнейшее развитие подходов В.Н. Мясищева к пониманию личности, природы невротических расстройств и направленности психотерапии связано с созданием в психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева лично-ориентированной (реконструктивной) психотерапии, которая представляет собой новый этап развития патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева.

## **РАЗВИТИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ В.М.БЕХТЕРЕВА И ЕЕ ПРИКЛАДНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ САМОЗАЩИТЫ ОТ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ**

**Карпов А.М., Герасимова В.В.**

Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО  
Минздрава России  
Казань

*DEVELOPMENT OF THE BIOPSYCHOSOCIAL CONCEPT V.M. BEKHTEREVA AND ITS APPLIED APPLICATION FOR SELF-DEFENSE AGAINST DESTRUCTIVE INFORMATION IMPACTS*

*Karpov A.M., Gerasimova V.V.*

Биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева к изучению психических расстройств предполагает его развитие в направлениях мультидисциплинарности и интеграции.

Мировой системный кризис актуализировал необходимость включения в био-психо-социальный подход четвертой – духовной составляющей. Составляющие нужно не только назвать, но и адекватным образом соединить в единую конструкцию, с соблюдением определенной иерархии между ними.

Исследованы гипотезы био-психо-социо-духовного определения психического здоровья, его экстраполяция на одноименные потребности человека, сравнение их масштабов для установления характера иерархического распределения, интеграция в нормативную матрешечную конструкцию по потребностно-иерархическому принципу с возрастанием масштаба от биологических, через психологические и социальные к духовным потребностям.

Сравнение масштабов потребностей человека.

Биологические потребности предназначены для обеспечения целостности и гармоничности человека в границах организма. Это потребности в воздухе, воде, еде, тепле, одежде, жилье и др. Их масштаб ограничен запросами поддержания внутреннего физического и химического баланса (гомеостаза) и саногенеза. Они поддаются точному расчету по физиологическим нормам. Как недостаточное, так и избыточное потребление даже самых полезных продуктов причиняет не пользу, а вред здоровью.

Психологические потребности обеспечивают развитие высших психических функций, формирование Я-концепции личности, актуализируют процессы интер- и экстерииоризации, адаптацию и интеграцию человека в малом социуме, в пределах семьи и дома. Это потребности в безопасности, приятии, понимании, доверии, заботе, надежности, предсказуемости отношений в семье. Их место и масштаб соответствуют второму уровню в матрешке.

Социальные потребности предназначены для обеспечения гармоничной интеграции человека в пространстве общества за пределами семьи и дома. К ним относятся потребности в наличии друзей, профессии, образования, работы, денег, средств, связи, развлечений, профессиональном и социальном росте, признании и соблюдении гражданских прав и законов и др. Масштаб социальных потребностей соответствует третьему контуру в матрешке. Они естественным образом ограничены нижестоящими биологическими, психологическими и вышестоящими духовными (нравственными) потребностями человека.

Духовные потребности предназначены для интеграции в пространство человечности. К духовным потребностям относятся справедливость, совесть, честь, долг, ответственность за детей, больных, стариков, прирученных животных, сохранение природы, патриотизм, почитание родителей, предков, веры, культуры, традиций, защита страны. В био-психо-социо-духовной структуре человека духовные потребности образуют четвертый – внешний контур, определяющий масштаб личности, целей и смыслов ее деятельности, стратегий и средств их достижения. Духовность оформляет всю структуру человека и используется нами для оценки нормативности человека и его поведения. Признание духовных ценностей как высших, закреплено в мировых Религиях и в Конституции РФ 2020 г.

В результате сравнения смыслов и масштабов потребностей человека и, соответственно, составляющих психического здоровья и поведения, обнаруживается правомочность и адекватность гипотез:

А. Био-психо-социо-духовного определения содержания и структуры психического здоровья.

Б. Интеграция названных составляющих в матрешечную конструкцию.

В. Нормативность потребностно-иерархического принципа возрастания потребностей от биологических, через психологические и социальные к духовным.

Развитие и укрепление духовных потребностей и составляющих психического здоровья является обоснованным, гуманным и относительно малозатратным направлением выхода из системного кризиса и противодействия всем формам деструктивного поведения – наркотизации, алкоголизации, радикализации, коррупции, экстремизма и др.

Представленная иерархия масштабов потребностей является очевидной. Она совпадает с религиозными заповедями и нормами. Био-психо-социо-духовную концепцию можно представить как концепцию современной идеологии.

При этом данная концепция получила развитие на основе изначально предложенного био-психо-социального подхода. Для практического использования трехмерной модели в медицине, психологии, социологии и других сферах нами была предложена идея методики объективной оценки биологических, психологических и социальных характеристик человека и их регистрации. Например, в виде 3-х цифр по 3 шкалам, в 3-х баллах: 1.2.3. – выраженность биологических потребностей 1 балл, психологических – 2, социальных – 3. Это норма. А, например, 3.2.1. – биопсихосоциальный профиль человека с приоритетом и максимумом биологических потребностей – 3 балла, психологических 2, социальных потребностей, направленных на потребление – 1 балла. Классификация, основанная на этом принципе, нашла применение для профотбора и экспертных оценок.

В последние годы эта методика получила новый виток развития. На основе 4-уровневой потребностно-иерархической структуры человека разработана 4 этапная алгоритмика экспертной оценки информационно-психологической продукции для выявления деструктивных воздействий на психологическое и психическое здоровье и самозащиты от них.

1 этап – ценностный (экзистенциальный, идеологический). Получив информацию, например, видеопроduct из «Тик-тока», прослушав песню, посмотрев фильм, нужно самостоятельно определить, что в ней обозначается высшей ценностью, на что ее авторы (исполнители) направляют граждан? Какие потребности – биологические, психологические, социальные или духовные актуализируются?

2 этап – психофизиологический. Он состоит в определении мишеней информационных воздействий на отделы мозга: кору или подкорку, левое или правое полушарие. Это актуально, потому что реформа образования, массовая информационная, развлекательная, досуговая, культурная политика направлена на снижение функций левого полушария, активацию подкорки и правого полушария.

3-й – психологический этап анализа информации, распознавания и рациональной оценки предлагаемых стратегий поведения по известной классификации стратегий поведения (копингов) швейцарского психотерапевта Хайма (Haim).

4 этап – психиатрический, заключается в анализе информации и распознавания в ней феноменов, идентичных расстройствам психики и поведения, в частности, характерных для интоксикаций психоактивными веществами. «Ты мой героин, от тебя улетаю...». «В голове моей туманы-маны». «Я не слышу тебя. Ты не слышишь меня».

Представленная универсальная, био-психо-социо-духовная методика анализа информационной продукции используется авторами в терапевтической, профилактической и образовательной практике.

Она может быть переформатирована в цифровое выражение и внедрена в практику как отечественная мультидисциплинарно-интегративная био-психо-социо-духовная классификация вариантов личностей.

Выводы:

1. Мультидисциплинарный биопсихосоциальный подход В.М. Бехтерева к изучению психического здоровья и психических расстройств включает духовную составляющую.

2. Био-психо-социо-духовные составляющие психического здоровья и поведения интегрированы в потребностно-иерархическую матричную структуру с нормативным принципом возрастания их масштабов от биологических, через психологические и социальные к духовным.

3. Четырехэтапная мультидисциплинарная – экзистенциальная, психофизиологическая, психологическая и психиатрическая методика анализа информационной продукции позволяет оперативно, продуктивно обнаруживать деструктивные информационно-психологические воздействия и актуализировать феномены разумного эгоизма, самозащиты и осознанного сохранного проживания.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ И ИХ СЕМЬЯМ**

**Левченко Е.В., Плохих Ю.А.**

Курский государственный медицинский университет  
Курск

*RESEARCH OF THE EFFICIENCY OF SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO DISABLED PEOPLE AND  
THEIR FAMILIES*

*Levchenko E.V., Plokhiih Yu.A.*

Основная ценность любого государства – это человек. Трудные жизненные ситуации существенно ограничивают потенциал возможностей индивидуума. Неоправданно сниженный социальный статус вследствие приобретенной инвалидности порождает негативное отношение со стороны общества. Окружающим трудно выстроить экологичную модель общения при общении с человеком, имеющим серьезные нарушения в физическом и (или) умственном развитии. В случае появления в семье ребенка-инвалида родители пытаются скрыть его от знакомых, чтобы избежать проявления неловкости, страха и даже агрессии от окружающих.

Начиная с декабря 2019 года в реабилитационном Центре на средства гранта Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации активно реализуется программа внедрения эффективных социальных технологий и методик, направленных на расширение социальных контактов семей с детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с семьями здоровых сверстников.

Пандемия COVID-19 внесла свои коррективы в формат работы реабилитационного Центра. С августа 2021 года комплексная реабилитация проводится в режиме групп дневного пребывания.

Социально-психологическое звено реабилитации – это система медико-психологических, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушений психических функций.

Работа врача-психотерапевта строится по следующему алгоритму:

- Первичный осмотр пациента, знакомство с родственниками, изучение медицинской документации.
- Разработка индивидуального плана психологической помощи.
- Групповые и индивидуальные занятия, (поведенческая психотерапия, суггестия, личностно-ориентированная психотерапия).
- Индивидуальные занятия в сенсорной комнате, где пациенту помогают снимать мышечное и психоэмоциональное напряжение;
- Использование аппаратных психотерапевтических методик (беспроводной прибор светозвуковой стимуляции; биоакустическая коррекция головного мозга);
- Разработка программ для продолжения самостоятельных занятий на дому.

Также психотерапевт оказывает профессиональную помощь лицу, сопровождающему инвалида, ребенка-инвалида; осуществляют психологическое просвещение родителей, консультируют по вопросам психического здоровья, оказывают им помощь в преодолении трудностей в воспитании.

Основная цель социально-психологической реабилитации инвалидов, детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, находящихся в Центре, является, прежде всего, восстановление личностного статуса и социальных связей в обществе.

Цель данного исследования состоит в изучении эффективности социально-психологической помощи в формате группы дневного пребывания.

Материалы и методы. В нашем исследовании приняли участие 24 взрослых пациента мужского пола, а также их родственники и родственники детей-инвалидов в количестве 11 человек разного пола и

возраста.

Критерии включения:

- письменное информированное согласие испытуемого либо его законного представителя на участие в обследовании;
- клинический диагноз у исследуемых пациентов: последствия острого нарушения мозгового кровообращения; психоорганический синдром.
- средний возраст участников исследования 45-57 лет;
- давность трудной жизненной ситуации (инвалидность, ребенок-инвалид в семье): 2-3 года.

Критерии невключения:

- отказ от участия в исследовании.

Для исследования пациентов были использованы авторские оригинальные анкеты. В них содержались данные: Ф.И.О., пол, возраст, наличие семьи, а также вопросы для оценки эффективности социально-психологической помощи. Полученные результаты подвергались математическому анализу. Посчитана средняя арифметическая, рассчитана достоверность различий с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования. При анализе эффективности социально-психологической поддержки инвалидам и их родным выявлено, что во время курса реабилитации 83,1%±5,3% респондентов получили качественную психологическую помощь. Больше половины респондентов 65,6%±5,6% указали на улучшение социально-психологического обслуживания в последнее время. Это напрямую связано с ремонтом корпусов Центра и современным оснащением надлежащей аппаратурой. Полностью обновлена сенсорная комната, созданы условия для разнообразных релаксационных и суггестивных программ.

Выводы: таким образом, полученные результаты показали, что, несмотря на пандемию, реабилитационные мероприятия осуществляются на достаточно высоком уровне даже в формате дневного стационара.

Для жителей Курской области, оказавшихся в трудной ситуации, наряду с комплексной медицинской реабилитацией важным социальным регулятором выступает звено социально-психологической помощи, которое сочетает в себе элементы духовных традиций, моральных и культуральных норм оставаясь при этом грамотно разработанной программой областного реабилитационного Центра. В перспективе социально-психологическая помощь имеет хороший потенциал развития, чему способствует межведомственное взаимодействие с КГМУ, КГУ, РГСУ, общественно-политическими организациями и СМИ.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТРЕНИНГА СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА**

**Палин А.В., Козлов М.Ю.**

**ГБУЗ «ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина» ДЗМ**

**Москва**

*APPLYING OF COGNITIVE-BEHAVIORAL TRAINING OF SOCIAL SKILLS BASED ON THE FIRST PSYCHOTIC DEPARTMENT*

*Palin A.V., Kozlov M.Y.*

Апробация и адаптация современных протоколов групповой психосоциальной реабилитации для пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра – является важной задачей, стоящей перед специалистами по психическому здоровью. В последние годы отмечается возрастающий интерес к специализированным программам, нацеленным на восстановление психического и социального функционирования, а психиатрическая помощь перестает ограничиваться задачами медикаментозной ремиссии, включаясь в широкий процесс восстановления (recovery) пациента в различных областях жизнедеятельности (1). Этой цели отчасти служит разделение психиатрических отделений по различным профилям, что позволяет добиться большей гомогенности для нужд групповой терапии, определить соответствующий реабилитационный потенциал и построить процесс психосоциальной реабилитации с учетом специфических потребностей для пациентов каждой нозологической категории (2). Для применения новой тренинговой программы нами была выбрана клиника первого эпизода, в которую обращаются лица, имеющие минимальный стаж болезни, обладающие высоким реабилитационным потенциалом, и как правило, молодого возраста. В ходе организации

психореабилитационных программ для отделения первого психотического эпизода (стационарного и полустационарного звеньев) на базе ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина, нами был переведен на русский язык и адаптирован когнитивно-поведенческий тренинг социальных навыков (Cognitive-behavioral social skills training for schizophrenia) (3,4,5). Тренинг состоит из трех шестинедельных модулей, с частотой встреч – один раз в неделю, каждый модуль направлен на развитие и поддержание конкретных групп навыков (когнитивных, социальных и навыков решения проблем), каждое занятие сопровождается работой с раздаточными материалами, упрощающими восприятие и практику заданий, как во время групповой работы, так и при самостоятельном применении. Перед применением тренинговой программы, все участники проходили обязательный курс психообразования, помимо прочего подготавливающий пациентов к более интенсивной групповой работе. Тренинг создавался для условий амбулаторной службы, что во многом определило длительность и информационную насыщенность материалов. Нами была существенно сокращена длительность между занятиями, на каждый модуль отводилось полторы недели, что вынудило специалистов к более сжатой подаче информации и большим акцентом на самостоятельную практику в условиях стационара. На момент написания тезисов, в пилотном режиме нами были проведены несколько циклов, получена обратная связь, выявлены трудности и намечены пути их решения. Из актуальных проблем, стоящих на пути применения выбранной тренинговой программы – непродолжительные сроки госпитализации (в среднем 21 день), с последующей выпиской, либо эвакуацией по месту жительства, при наличии иногородней прописки, затрудняющими преемственность между стационарным и полустационарным звеном – необходимую для завершения тренинговой программы. Актуальность и выраженность психотической симптоматики, преимущественно купирующая, интенсивная психофармакотерапия пациентов, затрудняющие процессы обучения. С учетом вышеназванных трудностей, на данный момент происходит дальнейшая оптимизация программы, подготавливается полномасштабное исследование эффективности тренинга в условиях клиники первого психотического эпизода.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМОРБИДНОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И УРОВНЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

**Радионо́в Д.С., Караваева Т.А.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ФГБУ ВО СПбГУ;  
ФГБУ СПбМУ; ФГБУ НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова

Санкт-Петербург

*CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL FEATURES RESEARCH OF ANXIETY DISORDERS AND ALCOHOL USE COMORBIDITY*

*Radionov D.S., Karavaeva T.A.*

Современные эпидемиологические исследования неизменно демонстрируют высокие цифры распространенности тревожных расстройств среди пациентов с психическими нарушениями. Популяционные исследования, проведенные в рамках действующей Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10), показывают, что около 33,7% населения планеты страдают от того или иного тревожного расстройства в течение всей жизни (Bandelow, 2015). Данные широкомасштабного Европейского исследования по изучению распространенности психических расстройств в Европе указывают на 16% для тревожных расстройств (Nero, 2002). Так, в одном из последних исследований с использованием диагностических критериев готовящейся к практическому применению МКБ-11 и Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (DSM V), опубликованного в авторитетном научном издании The Lancet, указывается о распространенности тревожных расстройств в пределах 20% – 30% взрослого населения (Penning et al., 2021). Необходимо также отметить, что общие затраты (прямые и непрямые расходы) на людей, страдающих тревожными расстройствами, оцениваются экспертами около 40 миллиардов евро за год (Wittchen et al., 2006). Тревожные расстройства неизменно связаны с повышенным риском развития сердечно-сосудистой патологии и возникновения других соматических заболеваний, включая инсульт, диабет и др., по сравнению с общей популяцией (Batelaan et al., 2016). Одним из отягощающих факторов, в том числе, исследователи рассматривают частую коморбидность с злоупотреблением алкоголя, что, по данным многих отечественных и зарубежных исследователей, также ухудшает прогноз и снижает вероятность достижения качественной ремиссии тревожного расстройства (Ковалев, 2004; Ли, Наров,

2005; Warshaw et al., 1993; Омельченко, 2002; Смирнова, 2003). В то же время, отмечались случаи формирования спонтанной ремиссии невротических расстройств на фоне определенного уровня употребления алкоголя, уровня, не превышающего показатели нормы, с точки зрения Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Недавний метаанализ выявил высокий риск коморбидности между аффективными и тревожными расстройствами среди людей с AUD (Lai et al., 2015) в значения около 30%-40%. Отмечается увеличение риска суицида у пациентов с данной коморбидностью, так ряд работ указывает на то, что такие пациенты в 60-120 раз чаще пытаются покончить жизнь самоубийством по сравнению с населением в целом (Wiener et al., 2018; de Matos et al., 2018). Важно отметить, что расстройства, связанные с употреблением алкоголя (AUDs), являются одними из наиболее часто диагностируемых расстройств с 12-месячным уровнем распространенности 8,5% (Wang et al., 2010). Только в США, согласно Национальному исследованию употребления наркотиков и здоровья 2013 года (NESARC), 37,9% молодых людей сообщили о пьянстве (четыре или более напитков для женщин и пять или более напитков для мужчин по случаю) по крайней мере один раз за последние 30 дней. По данным американского исследования AUDs, определяемое критериями DSM-5, является распространенное коморбидное инвалидизирующее расстройство, которое часто не лечится в США, отмечается связь между AUDs и тревожными расстройствами (Grant et al., JAMA USA, 2015). В ходе перекрестного популяционного исследования, проведенного в Бразилии в 2018 году, выборка которого составила 1 953 респондентов, получены результаты, указывающие на то, что около 27% людей с AUDs имели сочетанное тревожное расстройство (Wiener et al., 2018). Важным стоит отметить повышение актуальности изучения связи AUDs и тревожных расстройств в период пандемии, вызванной распространением SARS-CoV-19 (COVID-19). В ходе статистического исследования (Гиль, 2021) отмечается возросший уровень потребления суррогатов алкоголя в регионах РФ в период пандемии. Также отмечается, что у 50-55% заболевших формировались тревожные расстройства (Шепелева и др., 2020). Установлено, что в контексте пандемии употребление алкоголя является способом расслабления и достижения анксиолитического и седативного действием (Nussbaum et al., 2020). На это также указывали отечественные исследователи, так люди алкоголизмом прибегают к употреблению алкоголя для купирования тревоги (Мелик-Парсаданов, 1983).

Характеристики исследования. Запланированная исследовательская работа будет иметь характер ретроспективного исследования среди 120 пациентов с тревожными расстройствами (рубрики F40 и F4, соответственно), в разной степени употребляющие алкоголь, в зависимости от уровня употребления которого будет произведено разделение пациентов на 4 группы: 1 группа – пациенты, практически не употребляющие алкоголь; 2 группа – пациенты, которые употребляют алкоголь в нормальных количествах (ВОЗ); 3 группа – употребляющие алкоголь в повышенных количествах, но не имеющие алкогольной зависимости; 4 группа – пациенты, соответствующие критериям постановки диагноза алкогольная зависимость (1-2 стадии). В соответствии с разработанным ранее дизайном, исследование будет состоять из трех этапов. Первый этап представляет собой скрининг с поиском потенциальных участников, соответствующих критериям включения и невключения. Стоит отметить, что важным является наличие у участников установленного диагноза тревожного расстройства (рубрики F40 и F41, МКБ-10), а также отсутствие приема психотропной терапии (в том числе противоалкогольной) и психотерапии в течение последнего месяца до включения в исследование. В качестве характеристики включаемых в исследование пациентов является важным возможность дать письменное добровольное информированное согласие об участии в исследовании, в связи с чем не включаются пациенты с выраженным интеллектуально-мнестическим снижением, а также наличием 3 стадии алкоголизма и выраженной острой или хронической соматической патологии. Важным стоит отметить невключение пациентов с повышенным суицидальным риском. Учитывая анонимный и добровольный характер исследования, не будет производиться идентификация участников в базе данных. Второй этап включает проведение обследования, включающее клинический метод с использованием полуструктурированного интервью и фиксацией результатов в разработанную клиничко-анамнестическую карту. Объективизация полученных данных будет путем экспериментально-психологического обследования: клинические опросники и психологические методики: Колумбийская шкала; Шкала Гамильтона; Симптоматический опросник; Интегративный тест тревожности; Опросник невротической личности; Пятифакторная модель личности; Уровень невротизации и психопатизации. Стоит отметить, что в ходе исследования будет применяться Шкала ретроспективного анализа употребления алкоголя (TLFB) (Sobell and Sobell, 1992). В ходе данной фазы будет осуществляться сбор основных данных (социодемографические, клиничко-анамнестические, клиничко-психологические) участника, а также оценка уровня употребления алкоголя до включения и на момент включения в

исследование. В ходе третьего этапа будет произведена статистическая обработка и анализ полученных данных с целью определения взаимосвязи между характеристиками уровня употребления алкоголя и динамикой течения и выраженности тревожных состояний и исследование динамики коморбидности. Заключение. Таким образом, учитывая актуальность проблематики и целесообразность, целью предстоящего исследования является изучение механизмов формирования и особенности коморбидных взаимосвязей между характером невротических тревожных расстройств и уровнем употреблением алкоголя, что позволит в исследовании протестировать гипотезы о наличии взаимосвязи между различными типами тревожных расстройств и уровнем потребления алкоголя с целью последующего определения вариантов коморбидности и ее связь с определенными индивидуально-психологическими особенностями. Важной задачей является разработка критериев диагностики и определения прогноза при наличии коморбидности, что характеризует практическую значимость данного исследования для оказания помощи данной группе пациентов.

## **МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА**

**Султонова К.Б.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт  
Ташкент

*FEATURES OF MEDICO- PSYCHOLOGICAL HELP IN SCHOOL-AGE CHILDREN WITH TYPE 1DIABETES  
Sultonova K.B.*

Актуальность: настоящего исследования обусловлена широкой распространенностью сахарного диабета у детей и недостаточной изученностью ряда его клинико-психологических аспектов. Дети и подростки с впервые выявленным СД нуждаются в индивидуальной психолого-педагогической поддержке, данному контингенту пациентов показана психотерапевтическая помощь, способствующая созданию отношений партнерства между психологом и больным, для более эффективного и комплексного лечения необходима своевременная психодиагностика и психокоррекция нарушений тревожно-депрессивного и фобического спектра невротического уровня. В связи с появившимся прогрессом в фармакотерапии, как нельзя более актуальными становятся вопросы комплексного подхода к лечению и организации психосоциальной реабилитации, социальной адаптации и коррекции тревожно-фобической и депрессивной симптоматики у детей и подростков. Цель исследования: изучить эффективность оказания психолого-педагогической помощи и новые возможности психокоррекции эмоциональных нарушений у подростков с сахарным диабетом I типа. Материалы и методы исследования: в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии была набрана группа из 110 подростков в возрасте 10-18 лет с верифицированным диагнозом СД I типа, находившихся на амбулаторном лечении, получавших комплексную терапию в виде фармакотерапии и психотерапии в течение 3-х месяцев наблюдения. Для выявления эмоциональных изменений использовался экспериментально-психологический метод исследования – восьмицветовой тест Люшера. Уровень тревожности определялся с помощью методики Г.В. Резяпкиной. Использовался метод определения копинг-стратегий для детей школьного возраста, разработанной И.М. Никольской и Р.М. Грановской. С группой проводились занятия медицинскими психологами и психотерапевтами в течение 3-х месяцев, по разработанной специалистами методике с частотой 2 раза в неделю, продолжительностью около 2-х часов. Результаты: на инициальном этапе были проведены тестирования подростков на наличие эмоциональных изменений с помощью психометрических шкал. В ходе исследования эмоционального фона у 96,6% обследованных подростков были обнаружены признаки депрессивного расстройства невротического регистра легкой или умеренной степени. У больных развивались достаточно длительные периоды пониженного настроения с внутренней напряженностью, отмечались суточные колебания настроения, снижение мотивационной деятельности, ухудшение внутрисемейных взаимоотношений. На фоне депрессивных расстройств у подростков значительно снижалась школьная успеваемость (58%), отсутствие желания продолжать учебу (25%), появились конфликты со сверстниками и поведенческие нарушения (60%), суицидальные мысли и тенденции (15%). В обследованной группе в ходе тестирования с помощью теста Г.В. Резяпкиной. выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 86% подростков, при этом более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности



(67%), у 20% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 13% подростков – констатировалась выраженная тревога. Тревога усиливалась в основном во второй половине дня и была связана с переживаниями по поводу соматического заболевания. Тревожность сопровождалась формированием депрессивных расстройств легкой и умеренной степени, что позволяет сформулировать понятие о коморбидности аффективных нарушений и сахарного диабета первого типа. Структура аффективных расстройств менялась в зависимости от этапа и тяжести течения сахарного диабета. На этапе высокого уровня гипергликемии у 26 подростков (86%) были выражены: тревожно-фобические нарушения, аффективные колебания, эмоциональная лабильность с раздражительностью. В 75% случаев симптомы депрессивного регистра были первыми клиническими проявлениями обострения заболевания. У подростков выявлены достаточно длительные периоды астенических состояний с внутренней напряженностью (23%), ощущением враждебности со стороны окружающих и высокой тревожности (36%), эпизоды немотивированной агрессии (27%), навязчивые страхи (16%). Дистимия отмечалась в 100% случаев. В результате изменений эмоционального состояния у подростков значительно снижалась самооценка (77%), нарушалась стрессоустойчивость к внешним факторам (65%), формировались тенденция к аутизации и изоляции (70%), суицидальные намерения и высказывания (15%). Основными целями проводимой психолого-педагогической работы являлись проведение семейной и рациональной психотерапии, арт-терапии и улучшение социальной адаптации подростков (формирование мотивации к социальной активности). В ходе реализации реабилитационной программы успешно использовались разные виды активной групповой работы: функциональный тренинг развития умений и уверенности в себе, тренинг общения, музыкотерапия, телесно-ориентированная и танцевально-двигательная терапия, когнитивный тренинг. На инициальном этапе реабилитационной программы наши специалисты старались проводить занятия в рамках такой психотерапевтической техники как арт-терапия. В процессе исследования участвовали педагоги с большим опытом работы в области творчески прикладных направлений. В ходе данных занятий была предложена новая форма деятельности в рамках прикладного искусства: бисероплетение, декупаж, резьба по дереву, изготовление украшений, роспись по стеклу, дереву, плетение макраме, вышивание цветными нитями мулине. Посещаемость групповых психокоррекционных занятий составляла 98%. В процессе занятий у пациентов отмечалась положительная динамика – они быстрее и эффективнее начинали справляться с заданиями, направленными на раскрытие творческого потенциала, фантазии, воображения, возможности проявить самовыражение, свой внутренний мир посредством искусства. В то же время мы обратили внимание, что в ходе проведения тренингов происходит не только улучшение внутрисемейных взаимоотношений, но и оживление эмоционального комплекса, появление интереса к окружающим, желание продолжать занятия, улучшение социального функционирования, редукция тревожно-фобических проявлений. В связи с этим появилась необходимость после проведения тренинга продолжить групповую работу в виде тренингов когнитивно-социальных навыков. Подростки проявляли большой интерес к творческому самовыражению, предлагали собственные варианты арт-терапии. Домашние задания в виде психорисунков на темы: «Моя семья», «Дом. Дерево. Человек» выполнялись с большим энтузиазмом. По субъективным сведениям родителей, подростки стали более активны в быту и с особой эмоциональностью рассказывали о занятиях и предъявляли результаты творческого труда. У всех подростков, получивших комбинированную интегративную психолого-педагогическую помощь в обследованной группе, было отмечено улучшение общего состояния и эмоционального фона. Выявлялось желание к активному участию в процессе выздоровления, восстановлению социальных контактов, нормализация внутрисемейных и межличностных взаимоотношений.

Вывод: таким образом, проведение правильно выбранной психолого-педагогической помощи, использование новых креативных подходов к психокоррекции и психотерапии в комплексном лечении тревожно-депрессивных расстройств у подростков с сахарным диабетом I типа, позволяет повысить эффективность терапевтических мер в отношении данной категории подростков. Подростки с сахарным диабетом первого типа в ходе проведенной комбинированной психотерапии овладели рядом психотерапевтических техник, позволяющих самостоятельно справиться с негативными аффективными реакциями и жизненными стрессами.

## АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Гамова А.В.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Минск

*RELEVANCE OF FAMILY PRE-ABORTION COUNSELING*

*Hodzhaev A.V., Grigoryeva I.V., Kaminskaya Yu.M., Gamova A.V.*

Актуальность: проблема аборт является одной из самых важных в разных странах мира. Согласно данным мировой статистики, ежегодно на этот шаг решаются около 55 миллионов женщин, что составляет 21,0% от общего количества беременностей. В последнее время аборт относят к чрезвычайно значимому вопросу демографии и репродуктивного здоровья.

Согласно Концепции по реализации права на репродуктивный выбор, охрану репродуктивного здоровья и планирование семьи и законодательству Республики Беларусь определены правовые основы медицинской деятельности в разрезе планирования семьи и регулирования репродуктивной функции человека.

Согласно статье 27 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-XII «О здравоохранении» (в редакции от 11.12.2020) «Женщине предоставляется право самостоятельно решать вопрос о материнстве. В организациях здравоохранения должны быть созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности. Женщина, обратившаяся за проведением искусственного прерывания беременности, вправе определить членов семьи, в отношении которых может проводиться предабортное психологическое консультирование». Таким образом, законодательно определена возможность семейного предабортного консультирования (далее – СПК). СПК проводится в отношении женщины, обратившейся за проведением искусственного прерывания беременности, и членов ее семьи, которых она определила. Основной целью проведения СПК является осознанное принятие решения о сохранении беременности и рождении ребенка. Профилактика аборт является одной из приоритетных задач, направленных на охрану репродуктивного здоровья и рождение здоровых детей.

Цель исследования: разработать алгоритм взаимодействия врача-акушера-гинеколога, психотерапевта/психолога в процессе проведения семейного предабортного консультирования беременной женщины с риском искусственного прерывания беременности для сохранения беременности.

Материалы: инструкция о проведении семейного предабортного консультирования, утвержденная Приказом Министерства Здравоохранения Республики Беларусь от 09.11.2021 № 1409 в которой определены цель, задачи и порядок проведения СПК в организациях здравоохранения.

Результаты: При установлении факта и срока беременности врач-акушер-гинеколог информирует женщину с риском искусственного прерывания беременности (ИПБ) о необходимости предабортного психологического консультирования и ее праве определить члена(-ов) семьи, в отношении которых также может проводиться СПК, выдает соответствующее направление. СПК может проводиться психологом организации здравоохранения, врачом-психотерапевтом. Первый прием у психотерапевта/психолога осуществляется в форме семейного консультирования или индивидуального – при отсутствии других членов семьи. Для обеспечения возможности принятия взвешенного решения беременной женщине (БЖ) предоставляется время для обдумывания до 72 часов. На повторном приеме у психотерапевта/психолога проводится заключительная консультация, после чего выдается заключение предабортного консультирования.

Во время повторной консультации определяется возможность/необходимость дальнейшей психолого-психотерапевтической помощи (сопровождение беременности, психокоррекция возможного состояния постабортного синдрома, индивидуальная/семейная психотерапия), предоставляется информация о наличии информационных ресурсов, юридической, социальной, медицинской помощи, о мерах государственной поддержки семьям.

Этапы проведения СПК:

I Этап

1. Установление контакта и доверия: представление психотерапевта/психолога; сообщение о цели консультации; знакомство с принципами и правилами работы психотерапевта/психолога; согласование

времени, которое может потребоваться для проведения консультации; принятие и понимание психотерапевтом/психологом субъективной картины сложившейся ситуации у БЖ/члена ее семьи.

2. Формирование стратегии консультирования: работа с декларируемым решением семьи (диагностика состояния семьи); определение особенностей сложившейся ситуации для БЖ/членов ее семьи; определение доминирующих эмоций БЖ/членов ее семьи; выявление родительской мотивации БЖ/членов семьи и определяющих факторов имеющегося решения ИПБ (поддерживающих, потенцирующих, блокирующих, нейтрализующих).

#### II Этап

1. Аргументация и психотерапевтическое воздействие: работа с доминирующими эмоциями беременной женщины/членов ее семьи и их нейтрализация; формирование адаптивности эмоционального самовыражения беременной женщины/членов ее семьи; гармонизация внутрисемейных отношений (повышение функционального ресурса семьи, работа с ложными сведениями членов семьи); проработка альтернативных вариантов разрешения ситуации; повышение родительской мотивации беременной женщины/мужчины; активизация мотивов сохранения беременности.

2. Формирование целостного образа сложившейся ситуации: выявление деструктивных мотивов сохранения беременности, формирование контраргументов.

3. Работа с ресурсами: осознание БЖ/членами ее семьи имеющихся внутренних и внешних ресурсов; мобилизация членов семьи (предоставление необходимой информации о возможности привлечения дополнительных внешних ресурсов); работа с ресурсами; принятие решения относительно исхода беременности посредством семейного консенсуса.

#### III Этап

1. Подведение итогов СПК: резюмирование итогов; предоставление информационных материалов; обсуждение возможности/необходимости дальнейшей работы с беременной женщиной/членами ее семьи; информирование при необходимости о возможности постабортного консультирования.

Заключение: семейное преабортное консультирование выступает важным направлением психологической практики, привлечение других членов семьи в процессе консультирования позволяет подключить ресурсы всей семьи для принятия взвешенного решения по вопросу сохранения или прерывания беременности. Проведение семейного преабортного консультирования является важным этапом целостного подхода в решении репродуктивных проблем.

## ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Ягубов М.И., Кан И.Ю.

Московский НИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Москва

*FEATURES OF SEXUAL BEHAVIOR DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

*Yagubov M.I., Kan I.Yu.*

Продолжающаяся пандемия COVID-19, несмотря на принимаемые меры, изменила образ жизни во всем мире, приводя к беспрецедентным по масштабности и глобальности длительно продолжающихся вынужденных изменений в социальном функционировании, в том числе губительно влияя на репродуктивное и сексуальное здоровье человека. Пролонгированные во времени тревога, страх, депрессия, гнев, чувство вины, боль и утрата, посттравматический стресс в сочетании с нарушением повседневных привычек, чувство беспомощности и потери сформировали неблагоприятный фон для формирования целого ряда факторов, негативно отражающихся на интимной жизни людей и демографической ситуации, в том числе и в России.

С целью изучения сексуального поведения в период пандемии в России нами до сентября 2021 года были разработаны две шкалы: «Шкала сексуальной активности в период пандемии в России» и «Шкала сексуальной активности у пациентов с психическими расстройствами в период пандемии в России».

Гипотеза исследования: одним из ключевых факторов ухудшения демографической ситуации в период пандемии может стать изменение сексуального поведения, как predisposition нарушений репродуктивных возможностей.

Материалы и методы: В исследование были включены 377 человек, анкетированные путем анонимного онлайн опроса с использованием инструмента «GOOGLE формы» (1 группа), и 71 человек из клиники

Московского НИИ психиатрии, прошедшие анонимное анкетирование (2 группа). Был проведен статистический анализ и сравнение изменения таких параметров, как сексуальное желание и предприимчивость, аутоэротическое поведение в виде просмотра порнографических материалов и мастурбация, удовлетворенность своей сексуальной жизнью во время карантина и после него, а во второй группе психическое состояние пациентов.

Результаты исследования: По результатам проведенного исследования было установлено более выраженное ослабление сексуального желания и снижение сексуальной предприимчивости во время карантина во второй группе, а по количеству случаев аутоэротического поведения и просмотра порнографических материалов и мастурбации в карантин наблюдалось значительное увеличение в первой группе и снижение во второй. Помимо этого большая часть лиц, составляющих вторую группу, при нахождении в карантине отметила ухудшение психического состояния. Общим для обеих групп является снижение парной сексуальной активности в условиях пандемии, что приводит к семейным и партнерским дисгармониям, в последующем становясь предиктором усугубления демографических проблем, увеличения проявлений аутоэротизма, рискованного сексуального поведения, неудовлетворенности, ухудшения качества жизни.

Выводы и заключение: В период пандемии происходят изменения во взаимоотношениях на всех уровнях, которые возможно навсегда останутся с нами. Социальная изоляция, увеличение потребления порнографии наряду с потерей работы, экономическими проблемами и неопределенным будущим могут способствовать изменению сексуального и репродуктивного поведения с ростом количества разводов, семейными и партнерскими дисгармониям, являющегося фактором, оказывающим пагубное воздействие на демографию. Поэтому важнейшее значение приобретает изучение опыта выживания в период пандемии 2020-2021 в мировом масштабе, влияния биологических, психологических и социальных факторов на сексуальное поведение и репродуктивное здоровье человека. В данном контексте, наряду с разработкой комплексных медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление психического, сексуального и репродуктивного здоровья, особую актуальность приобретают сохранение и укрепление традиционных ценностей по защите институтов семьи и брака с целью улучшения демографической ситуации в стране и качества жизни людей.

## **ВОСПРИЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПАЦИЕНТАМИ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ Д**

**Ялтонский В.М. (1), Сирота Н.А. (1), Ялтонская А.В. (2), Абросимов И.Н. (1),  
Копылова О.В. (3), Попов М.Ю. (1)**

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России (1), Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии МЗ РФ (2), ФГБУ «НМИЦ терапии и профилактической медицины» Минздрава России (3).

Москва

*PERCEPTION OF MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH PERSONALITY TYPE D.*

*Yaltonsky V.M. (1), Sirota N.A. (1), Yaltonskaya A.V. (2), Abrosimov I.N. (1),  
Kopylova O.V. (3), Popov M.U. (1)*

Актуальность исследования. Одним из перспективных направлений в кардиологии является исследование влияния типа Д личности как фактора риска ишемической болезни сердца и его влияния на субъективные представления о болезни пациентов с сердечно-сосудистыми болезнями. Распространенность типа Д среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляет от 27% до 31% по сравнению с 13% и 24% в нормативной популяции. Тип личности Д среди пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями является независимым предиктором негативных исходов, таких как (рецидивирующий) инфаркт миокарда и повышенный риск смертности. Негативные представления о болезни пациентов с ИБС влияют на выбор стратегий совладания с болезнью, влияют на результаты лечения пациентов. Требуется исследования данной проблемы для выявления наиболее распространенных негативных убеждений об инфаркте миокарда с учетом особенностей личности больных и на разработку краткосрочных негативных вмешательств, нацеленных на неточное и негативное восприятие болезни.

Цель исследования. Сравнительное исследование восприятия инфаркта миокарда пациентами с типом личности Д и без него, перенесших операцию коронарного шунтирования.

Задачи исследования. 1. Выявить распространенность и параметры поведенческого типа Д в обследуемой выборке. 2. Сравнительное исследование представлений о болезни пациентов и инфарктом миокарда с типом Д и без него.

Характеристика выборки. Обследовано 100 пациентов в возрасте 45-70 лет (средний возраст  $64,03 \pm 7,73$  года) с острым инфарктом миокарда (МКБ-10-I21 либо с повторным инфарктом миокарда МКБ-10-I21), перенесших операцию коронарного шунтирования и находившимся на стационарном лечении. Среди них 75 мужчин (75%) и 25 женщин (25%), 61 пациент (61%) с первичным ИМ и 39 пациентов (39%) с повторным ИМ.

Методы исследования: В исследовании были использованы клиничко-анамнестический, статистический и экспериментально-психологический метод, в рамках которого использовалась: Опросник DS-14 (Сумин А.Н. и др., 2012) и Краткий опросник восприятия болезни (адаптирован В.М. Ялтонским и др., 2017);

Результаты исследования. Выборка из 100 пациентов была разделена на две группы сравнения по критериям методики Опросник DS-14 (Сумин А.Н. и др., 2012). В группу 1 пациентов инфарктом миокарда с типом Д (группа ИМД) вошло 35 пациентов (критерий-баллы по шкалам негативная возбудимость и социальное подавление больше 10 баллов), а в группу 2 – 65 пациентов, у которых поведенческий тип Д выявлен не был. Т.е. в обследуемой выборке 35% составили пациенты, в структуре личности которых был выявлен поведенческий тип Д. Такая распространенность типа личности Д среди кардиологических больных в целом соответствует данным других исследователей.

Пациенты с инфарктом миокарда с типом личности Д (группа 1 ИМД), по сравнению с группой с инфарктом миокарда без типа Д (группа 2 ИМ), более успешно определяли (идентифицировали) свою болезнь по её симптомам (группа 1 =  $6,68 \pm 2,13$  балла, группа 2 =  $5,63 \pm 1,65$  балла;  $p=0,004$ ); оценивали последствия болезни как более выраженные (группа 1 =  $6,57 \pm 2,37$  балла, группа 2 =  $5,49 \pm 1,69$  балла;  $p=0,006$ ) и были более интенсивно озабочены болезнью (группа 1 =  $6,11 \pm 1,86$  балла, группа 2 =  $5,16 \pm 2,33$  балла;  $p=0,004$ ). Однако, болезнь воспринималась ими как менее понятная (группа 1 =  $5,94 \pm 2,20$  балла, группа 2 =  $7,30 \pm 1,60$  балла;  $p=0,0006$ ) и менее контролируемая ими (группа 1 =  $4,62 \pm 1,66$  балла, группа 2 =  $5,73 \pm 1,69$  балла;  $p=0,001$ ). Отсутствие в структуре личности типа Д у пациентов второй группы делало восприятие болезни более позитивным и отличалось от восприятия болезни пациентов с ИМ с типом Д более слабой озабоченностью болезнью, оценкой последствий болезни как менее тяжелых. Они успешнее идентифицировали проявления болезни и свою способность контролировать её. Болезнь была более понятна им, вызывала меньшую озабоченность, а её последствия оценивались как менее тяжелые. Для двух сравниваемых групп характерно восприятие инфаркта миокарда как хронического заболевания.

Выводы.

1. Распространенность типа личности Д среди пациентов с инфарктом миокарда составила 35%.

2. Восприятие болезни пациентами с инфарктом миокарда с типом личности Д, по сравнению с группой с инфарктом миокарда без типа Д, являются в целом негативными (оценка последствий болезни как более выраженных, более интенсивная озабоченность болезнью и идентификация инфаркта миокарда по его симптомам, ограниченное понимание болезни и ограниченное восприятие контролируемости болезни пациентом).

3. Пациенты с инфарктом миокарда, у которых тип Д личности не выявлен, в сопоставлении с группой ИМД, имеют более позитивное восприятие инфаркта миокарда (меньше озабоченность болезнью, идентификация болезни по её симптомам, оценка последствий болезни как менее тяжелых, успешнее идентифицировали проявления болезни и свою способность контролировать её. Болезнь была более понятна им, вызывала меньшую озабоченность, а её последствия оценивались как менее тяжелые).

4. Полученные результаты исследования являются мишенями для разработки краткосрочных вмешательств, направленных на коррекцию неточного и негативного восприятия болезни.

## ПСИХИАТРИЯ

### ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Абдулаева М.А., Мухамедова И.Н., Джаватханова А.Х.

ГБУ РД «Республиканский психоневрологический Диспансер»

Махачкала

*ORGANIZATION OF PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC CARE FOR PEOPLE SUFFERING FROM MENTAL DISORDERS IN A PANDEMIC IN REGIONAL PRACTICE*

*Abdulayeva M.A., Mukhamedova I.N., Dzhavatkhanova A.KH.*

Объявление ВОЗ пандемии COVID-19 в мире является новым серьезным вызовом для всей отечественной психиатрии как медицинской специальности. Отмечается увеличение количества лиц, имеющих различные проблемы с психическим здоровьем: невротические и соматоформные расстройства, социально-стрессовые расстройства, связанные с резкими и непредсказуемыми переменами условий жизни. В данной ситуации необходима организационная поддержка со стороны медицинских организаций с целью уменьшения ее последствий для психического здоровья населения.

В период пандемии наблюдается снижение доступности психиатрической и медико-психологической помощи лицам с психическими расстройствами в условиях карантина при одновременном возрастании нуждаемости в ней. Заболев тяжёлым острым респираторным синдромом, обусловленным COVID-19, люди с психическими расстройствами сталкиваются с большим количеством препятствий в получении своевременной медицинской помощи из-за дискриминации по признаку психического нездоровья. В связи с чем возникла необходимость сделать некоторые предложения по дополнительному информированию специалистов в области психического здоровья и подготовке медицинского учреждения в случае появления заболевших COVID-19 с психической патологией.

С начала эпидемического подъёма заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19 с 2020 года в ГБУ РД «Республиканский психоневрологический диспансер» была ограничена плановая госпитализация пациентов в стационарные отделения. Медицинское наблюдение за контактными пациентами, во избежание массового заражения в психиатрической клинике, было организовано в обсервационном госпитале или на дому. Все вновь поступающие пациенты в остром психотическом состоянии, не имеющие результатов ПЦР теста на COVID-19, до получения отрицательного ответа помещаются в обсервационные (женское и мужское) диагностические отделения. Для этого при стационаре организовали небольшие карантинные отделения с отдельным входом, самостоятельной вентиляцией, санитарным шлюзом с соблюдением персоналом всех необходимых мер предосторожности.

При выявлении или подозрении на COVID-19, пациентов, находящихся на стационарном лечении, изолируют по месту выявления, закрывают доступ в палату или другое помещение, выставляют пост с целью приостановить сообщение с местом выявления больного с инфекцией, проводят экстренную местную дезинфекцию, выявляют круг лиц, имевших контакты с больным, и изолируют их, оповещают администрацию учреждения, местную эпидемиологическую службу и медицинские надзорные органы для организации карантинных мер или перевода больного в специализированный стационар. На территории ГБУ РД «РПНД» был развернут госпиталь для пациентов, страдающих психическими расстройствами, заболевших новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и вирусной пневмонией в количестве до 10 коек. В данные отделения изолируются психически больные с легкими формами инфекции или подозрением на COVID-19, требующие стационарного лечения.

Для оказания экстренной психиатрической помощи на дому были созданы мобильные специализированные выездные бригады скорой помощи врачей-психиатров. У больных шизофренией организовали регулярное введение инъекционных пролонгированных форм антипсихотиков на дому, чтобы избежать перерыва в длительной противорецидивной терапии. Амбулаторным пациентам с психическими расстройствами в целях соблюдения ими условий самоизоляции решения вопроса обеспечения их требуемыми лекарственными препаратами без необходимости посещения психоневрологического диспансера для выписки рецептов, врачи-психиатры оказывают специализированную медицинскую помощь, как с выездом на место вызова, так и в онлайн-

режиме. А так же проводилось консультирование пациентов, ранее не обращавшихся в ГБУ РД «РПНД», находящихся в терапевтических, в том числе инфекционных стационарах региона. В большинстве случаев, консультирование пациентов с постковидным синдромом и с психическими расстройствами, в формате видеообщения оказывается достаточным для правильной оценки состояния пациента, установления диагноза и коррекции терапии.

После перенесённой коронавирусной инфекции пациенты в случае необходимости продолжают лечение в психиатрическом стационаре, либо получают психиатрическую помощь амбулаторно. При осуществлении диспансерного наблюдения основной формой оказания медицинской помощи является активное наблюдение пациентов врачом-психиатром на дому с обязательным продолжением психофармакотерапии, соответствующей психическому состоянию пациента. При выявлении врачом психиатром соответствующей симптоматики, связанной с перенесённой инфекцией, пациенты направляются к психотерапевтам и психологам для дальнейшей курации.

В связи с ситуацией пандемии COVID-19 большая ответственность выпала на долю медицинских психологов. Психологическая помощь в данной ситуации направлена как на диагностику, так и на коррекцию нарушенных психических функций, на улучшение социального функционирования, поддержание психического здоровья населения.

Оказание психологической помощи лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию COVID-19, осуществляется медицинскими психологами и психотерапевтами ГБУ РД «РПНД» как в стационарных условиях, так и амбулаторно. Консультации проводятся по личной инициативе граждан, обратившихся с жалобами на повышенный уровень тревоги, страхи за себя и близких, перепады настроения, проблемы с памятью, концентрацией внимания и другими симптомами, характерными для постковидных расстройств.

Больные с психическими заболеваниями оказались одной из наиболее уязвленных категорий населения в условиях пандемии COVID-19. В связи с особенностями психического состояния иногда нарушается критика к своему состоянию у больных, возникают трудности при сборе жалоб больного на состояние здоровья, анамнеза жизни и анамнеза заболевания. Поэтому медицинским психологам приходится работать также с родственниками, ближайшим окружением больного для получения объективных данных о нем. Было много обращений по поводу утяжеления психического состояния больных на фоне самоизоляции, обострения болезни, в том числе учащения приступов, агрессивного поведения больных, депрессий и дисфорий.

При работе с постковидными пациентами проводится коррекционная работа по обучению навыкам совладающего поведения, саморегуляции. Для снижения стресса и беспокойства используются методы регуляции эмоционального напряжения, практики релаксации, медитации («Объективация страха», «Манифестация», «Безопасный дом», «Переключатель», «Мышечная релаксация»), практики осознанности, дыхательной и телесной гимнастики, техники работы с иррациональным мышлением. Развитие стрессоустойчивости проводилось также в рамках просветительской работы в формате вебинаров «Как справиться с тревогой?», «Развитие стрессоустойчивости» и творческого конкурса «Моя жизнь во время пандемии».

В настоящий момент все категории больных, страдающих психическими расстройствами, как в амбулаторной практике, так и в стационаре нуждаются в более пристальном внимании, включая проведение санитарно-просветительской и психообразовательной работы с разъяснением необходимости соблюдать режим самоизоляции и профилактические санитарно-гигиенические меры. Таким образом, мировая пандемия COVID-19 ставит новые срочные задачи перед всей психиатрической службой. Необходимо четко определить маршрутизацию пациентов и алгоритмы оказания помощи, что позволит в значительной мере предотвратить неблагоприятные психологические и психиатрические последствия эпидемии.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ, НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Антохина Р.И., Васильева А.В.

ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России

Оренбург, Санкт-Петербург

*THE RELATIONSHIP OF EMOTIONAL SCHEMAS, ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND DECISION-MAKING IN ADOLESCENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR*

*Antokhina R.I., Vasilyeva A.V.*

Актуальность и новизна. Подростки довольно часто остаются вне поля зрения квалифицированных психиатрических служб, без возможности проработки причин, приведших к суицидальной попытке (СП), поскольку, совершая ее, получают лишь неотложную помощь, а их близкие замалчивают о случившемся с целью недопущения «социальных рисков». Большое число исследований свидетельствует о том, что детские травмы и неблагоприятные переживания могут приводить к различным негативным последствиям для здоровья, включая попытки самоубийства среди подростков. Согласно гипотезе соматических маркеров A.R. Damasio, эмоциональные процессы могут направлять поведение и влиять на принятие решений. В настоящее время имеются многочисленные зарубежные исследования, указывающие на нарушения процесса принятия решения у лиц с СП разных возрастных групп, обусловленное как эмоциональным дисбалансом, так и нейропсихологическими особенностями суицидентов. Актуальной научно-практической задачей является выделение факторов риска СП и разработка персонализированных превентивных программ для уязвимых групп для ранних интервенций до преодоления пациентами страха перед суицидальными действиями. Новизна исследования определяется выявлением взаимосвязей эмоциональных схем, процесса формирования предпочтений, выбора исполнительных действий и оценки результатов в условиях неопределенности, раннего неблагоприятного опыта у подростков с СП, влияющего на интерперсональное взаимодействие. Цель: определить взаимосвязь эмоциональных схем, неблагоприятного детского опыта и процесса принятия решения у подростков с СП.

Материалы и методы исследования. На первом этапе с использованием клинико-психологического метода обследовано 70 пациентов, поступивших на стационарное лечение, в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 16,1 лет), свободно владеющих русским языком. На втором этапе из всех испытуемых с учетом клинико-anamnestических данных, а также Колумбийской шкалы серьезности суицидальных, позволяющей дополнительно дифференцировать суицидальные и несуйцидальные самоповреждения сформирована основная группа из 30 человек с СП. Критериями включения (соответствие критериям DSM-V) являлись: намерение лишить себя жизни, присутствие хронического чувства безнадежности и одиночества, тяжелые и угрожающие жизни формы саморазрушающего поведения (отравление, повешение, прыжки), высокий риск повторения СП. Из исследования были исключены лица с психической патологией, подпадающей под диагностические рубрики МКБ-10: органические, включая симптоматические, психические расстройства (F0.00-0.09), психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-19), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-29), умственная отсталость (F70-79), также исключались лица, принимавшие транквилизаторы, антихолинэргические или снотворные препараты менее чем за 3 дня до проведения обследования, а также имеющие тяжелые соматические заболевания.

В группу сравнения вошли лица с отсутствием СП – здоровые подростки в количестве 30 человек в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст 15,9 лет). По полу и возрасту группы сопоставимы.

В ходе исследования использованы: клинический метод с обязательным сбором объективного анамнеза и интервью, а также оценкой тяжести суицида и суицидального риска по методике «Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений»; экспериментально-психологический метод с использованием «Краткой версии шкалы эмоциональных схем», «Краткой версии опросника неблагоприятного детского опыта», игровой задачи «Iowa Gambling Task»; статистический метод (описательная статистика, непараметрический критерий U-Манна-Уитни, корреляционный анализ Спирмена; данные вычислялись с помощью пакета статистического программного обеспечения IBM SPSS Statistics Subscription для Windows). Клиническую оценку всех пациентов проводили при поступлении, психологическую — после купирования острой психопатологической симптоматики.



Результаты. Согласно МКБ-10, в группе с СП у 11 (36,6%) пациентов диагностирован «тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов» (F32.2), у 5 (16,7%) пациентов — «тяжелый депрессивный эпизод с психотическими симптомами» (F 32.3), у 5 (16,7%) — «умеренный депрессивный эпизод» (F32.1). У 9 (30%) пациентов — «Расстройство адаптации. Смешанное расстройство эмоций и поведения» (F43.25). У 5 (16,7%) пациентов диагностирована коморбидная патология «Специфические расстройства личности» (F60), преимущественно пограничного типа (F60.31).

Выявлена умеренная прямая связь неблагоприятного детского опыта и эмоциональной схемы инвалидации ( $r=0,530$ ). Чем больше подростки с СП приобретают в детстве неблагоприятный опыт, тем больше формируется их убежденность в том, что эмоции не будут приниматься другими, будут обесценены или полностью проигнорированы.

Отмечаются слабые обратные взаимосвязи непонятности ( $r=-0,390$ ), низкого консенсуса ( $r=-0,409$ ), непринятия, низкой степени выражения эмоций ( $r=-0,380$ ) с выбором выигрышных колод на завершающем этапе игры (5 блок). Это говорит о том, что чем больше подростки с СП чувствуют непонимание, отвержение собственных чувств со стороны окружающих, уникальность собственного психоэмоционального состояния, чем больше они подавляют эмоции, тем меньше выигрыша они получают даже в условиях наименьшей неопределенности и прогнозируемого риска (5 этап), т.е. подростки с СП принимают неэффективные решения, отдают предпочтение проигрышным колодам.

Наблюдаются слабые прямые корреляционные связи обесценивания с выбором выигрышных колод на втором этапе игры ( $r=0,419$ ), с частой сменой колод как на этапе анализа наилучшего выбора стратегии (2-3 блоки) ( $r=0,455$ ), так и за всю игру ( $r=0,363$ ). Полученные результаты говорят о том, что чем больше подросток с СП обесценивает свои чувства, тем больше возрастает краткосрочный выигрыш и хаотичность действий как на этапе апробации различных игровых стратегий, так и за всю игру, что свидетельствует о снижении эффективности принятия решений. Выявлена слабая прямая связь потери контроля с выбором выигрышных колод ( $r=0,405$ ), но на этапе определения стратегии (4 блок). То есть чем больше подросток с СП ощущает контроль своих эмоций, тем выше выигрыш, однако, опять только на этапе неопределенности – повышенных рисков, что также говорит о недостаточно эффективной стратегии.

В группе здоровых подростков получено меньше взаимосвязей. У здоровых подростков отмечается слабая прямая связь упрощенного взгляда на эмоции ( $r=0,434$ ) и слабая обратная связь низкой степени выражения ( $r=-0,381$ ) с выбором выигрышных колод на этапе неопределенности и риска (2 этап). Чем более дифференцированный, сбалансированный и комплексный взгляд здоровых подростков на себя и других, и чем выше их способность выражать эмоции, тем более качественный выбор (выигрышные колоды) они совершают на начальном этапе игры в период проверки различных игровых стратегий.

Присутствует слабая прямая связь непринятия и смены колод (5 блок) ( $r=0,437$ ). То есть чем выше избегание чувств у здоровых подростков, тем выше смена колод в условиях малой неопределенности и предсказуемости риска, что говорит о неорганизованности процесса принятия решения.

Выводы. Установлены тесные взаимосвязи между эмоциональными схемами, процессом принятия решений и неблагоприятным детским опытом в исследуемых группах подростков. При этом наибольшее количество взаимосвязей (почти в два раза) выявлено в группе с СП, чем у здоровых подростков, что свидетельствует о большем «отрыве» исследуемых параметров друг от друга, а, следовательно, меньшем эмоциональном напряжении при принятии решений в группе последних, а также обуславливает прогностически лучшее влияние психокоррекционных воздействий на группу подростков с СП.

## **ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

**Бабарахимова С.Б., Шайхисламова М.Х.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

*FEATURES OF SUICIDAL TENDENCIES IN GIRLS-ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS AND EATING DISORDERS*

*Babarakhimova S.B., Shaykhislamova M.H.*

Введение. Обзор и анализ научных исследований в области подростковой суицидологии позволил выявить, что многолетнее изучение суицидальных тенденций в подростковой популяции посвящены в

основном установлению предикторов риска развития суицидальной активности (Положий Б.С., 2017; Marchant A., Hawton K., Stewart A., 2017). К числу этих факторов относятся психические заболевания, наличие тяжёлой соматической патологии, наличие в анамнезе суицидальных попыток у родственников, семейная история суицидов, злоупотребление психоактивными веществами, доступ к средствам совершения самоубийства (В.А. Розанов, 2020). По данным А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко, аутоагрессивные действия и факты несуйцидального самоповреждения у детей и подростков, следует рассматривать как особенно опасные из разряда суицидальных, включив их в группу высокого суицидального риска. Актуальность исследования риска развития суицидальных тенденций в пубертатном периоде на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений обусловлена стремительным ростом численности данной патологии в результате пагубного воздействия средств массовой информации и Интернет-сообществ на несформированных в личностном плане подростков. Возникновению суицидального поведения способствуют дисморфофобические симптомокомплексы, которые проявляются у подростков расстройствами пищевого поведения.

Цель исследования: изучить риск развития суицидальных тенденций у девочек-подростков с дисморфофобической депрессией и нарушениями пищевого поведения.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования были выбраны 36 девочек-подростков, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях городской клинической психиатрической больницы по поводу депрессивных расстройств и дисморфофобических включений за период с 2019 по 2022 годы. Для исследования эмоциональной патологии использовались экспериментально-психологические методы исследования: шкала оценки депрессии Цунга, для определения степени суицидального риска и особенностей суицидальных тенденций была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009).

Результаты исследования: на инициальном этапе исследования нами были изучены клинические проявления депрессивной патологии, в результате которых установлено, что ведущим симптомом депрессивного симптомокомплекса является дисморфофобия. В клинической картине дисморфофобической депрессии преобладали жалобы на чувство собственной неполноценности, наличие физических недостатков, несоответствие эталонам и стандартам красоты, в отличие от нервной анорексии, девочки с дисморфофобической депрессией не стремились изменить себя, соблюдая диеты и ограничительное пищевое поведение, а наоборот, были пассивными и удручёнными, у них отмечалось чувство малоценности, никчёмности, ненужности из-за наличия лишнего веса и недостатков во внешности. Такие состояния сопровождались понижением аппетита на фоне гипотимии и появления рудиментарных идей самоуничтожения. Преимущественными жалобами были быстрая утомляемость и слабость, упадок сил, снижение двигательной активности, плохая переносимость большого скопления людей, невозможность находиться в обществе сверстников и одноклассников, трудности в общении, бездеятельность, чувство скуки и уныния. Наличие данной симптоматики вызывало у подростка стремление к одиночеству, ощущение неполноценности, никчёмности, нарушение взаимоотношений с родителями и близкими, расстройство школьной адаптации и формирование суицидальных мыслей и намерений. Нами была исследована тяжесть депрессии с помощью шкалы Цунга, которая определила, что основную массу обследуемых (78,5%) составили пациентки с депрессией легкой степени тяжести. Депрессия средней тяжести регистрировалась у 11,5% наблюдаемых девочек-подростков. Следует отметить, что депрессивная симптоматика тяжёлой степени не была обнаружена среди обследуемых пациенток, что позволяет отнести данную категорию расстройств к невротическим нервно-психическим нарушениям непсихотического уровня. Депрессивная симптоматика проявлялась тревожно-фобическими расстройствами и соматовегетативными компонентами в виде стойкого снижения аппетита на фоне гипотимии и твердой убежденностью пациенток в неполноценности фигуры и несоответствия их параметрам мировых стандартов моды и рейтингов популярности. Следует отметить, что ведущие жалобы были на наличие дефектов и недостатков в строении собственного тела, убежденности в собственной внешней непривлекательности или физической неполноценности. Со стороны родителей предъявлялись жалобы на расстройства приёма пищи у детей в виде ограничительного пищевого поведения с соблюдением строгих диет и употреблением слабительных средств с целью похудения, нарушения межличностных взаимоотношений в семье, снижение школьной успеваемости и социальной изоляции подростков. С помощью «Колумбийской шкалы оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009) нами были изучены суицидальные тенденции у девочек-подростков, в результате которого установили, что в основном наблюдаются преимущественно пассивные неспецифические суицидальные мысли, фантазии и воображения по поводу предполагаемой суицидальной попытке. Суицидальные тенденции были представлены только неспецифическими

мыслями и планированием, высказывания имели нестойкий пассивный характер. В задачи нашего исследования входило изучение особенностей личностной мотивации суицидальных тенденций подростков обследуемой группы, определение взаимосвязи мотивов суицидального поведения со степенью тяжести депрессивной симптоматики. Распределение мотивов суицидального поведения проводилось на основании классификации российских исследователей Амбрумовой А.Г., Тихоненко В.А. Мотивация суицидального поведения имела преимущественно демонстративно-шантажный характер, реже наблюдались мотивы протеста, призыва и мести. Демонстративно-шантажный характер определён, как и наиболее частый вариант личностной мотивации суицидальных тенденций у обследованных подростков, в основном он наблюдался у пациенток с лёгкой степенью тяжести депрессивной симптоматики.

Вывод: таким образом, проведенное исследование особенностей суицидальных тенденций у девочек-подростков с депрессивными расстройствами и дисморфофобическими включениями, определило, что пациенток с данной патологией следует включить в группу риска по формированию суицидального поведения с целью оптимизации медико-психологической помощи и превенции аутоагрессивных действий.

## **ПРЕДИКТОРЫ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ К ПСИХИАТРУ И ПЕРВИЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 40-65 ЛЕТ**

**Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А., Костин А.К., Сазонова О.В., Мальцев В.С., Карташова И.Г.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН;

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России

Томск

### *PREDICTORS OF THE INITIAL REQUEST FOR A PSYCHIATRIST AND THE FIRST ADMISSION TO THE HOSPITAL IN WOMEN AGED 40-65 YEARS*

*Belokrylova M.F., Epanchintseva E.M., Nikitina V.B., Garganeeva N.P., Rudnitsky V.A., Kostin A.K., Sazonova O.V., Maltsev V.S., Kartashova I.G.*

Введение. В современных условиях, несмотря на развитую сеть учреждений психиатрического сервиса, сохраняется стигматизация психиатрии. Не каждый готов преодолеть страх раскрытия своих переживаний перед врачом-психиатром (нередко – и перед врачом-психотерапевтом). Часто откладывающийся визит к врачу приводит к расширению психопатологической симптоматики, ухудшению психического состояния человека. Тем не менее, череда обстоятельств, жизненных ситуаций, продолжающийся стресс вынуждают к поиску специалиста в области психического здоровья.

Целью данного исследования являлось изучение факторов, предшествовавших первичному обращению к психиатру и первичной госпитализации женщин в возрасте 40-65 лет.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в рамках сплошного обследования 204 женщин в возрасте 40-65 лет, поступивших в течение года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств, и подписавших письменное информированное согласие на участие в исследовании. Из общей группы 109 (53,43%) женщин впервые обратились к психиатру; 45 (22,05%) – поступили повторно; 50 (24,5%) – получали стационарное лечение более двух раз.

Использовались методы: клинико-психопатологический, физикальный, психологический, клинико-лабораторный, статистический. Диагностическая оценка психического состояния осуществлялась согласно критериям МКБ-10. Оценка возрастных изменений функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы проводилась в соответствии с «Этапами старения репродуктивной системы женщин» (критерии STRAW+10 (2011)). С помощью расчета менопаузального индекса Куппермана (Kupperman H.S., 1953, в модификации Е.В. Уваровой, 1982) определяли выраженность вегетативных, метаболических и психоэмоциональных изменений в рамках климактерического синдрома. Индекс массы тела определяли по формуле: вес тела (кг) / рост<sup>2</sup>(м). Уровень личностной тревожности рассчитывали с помощью Методики измерения уровня тревожности Дж. Тейлора (адаптация Норакидзе). Чувствительность к стрессу выявляли с помощью «Теста на стрессоустойчивость» (Щербатых Ю.В., 2006).

Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 8.0. Результаты. Из 109 пациенток 67 (61,47%) имели среднее специальное образование, 38 (34,86%) – высшее, 4 (3,67%) – среднее; при этом 87 (79,82%) женщин из общей группы продолжали трудовую деятельность. Были замужем – 71 женщина (65,14%), не состоявшие в браке на момент обследования – 38 (в том числе вдовы – 5 женщин, разведенные – 17, одинокие – 16). 61 (55,96%) пациентка была в постменопаузальном периоде (у 5 – менопауза наступила в возрасте 40-44 лет (ранняя); у 46 – своевременная менопауза (в 45-55 лет); в 10 случаях – хирургическая), 21 (19,27%) – в пременопаузальном периоде, у остальных 27 женщин признаков гормональной перестройки не наблюдалось.

Структура непсихотических психических расстройств в группе включала 39,45% (43 человека) – Расстройства адаптации (F43); 30,28% (33) – Другие тревожные расстройства (F41); 23,85% (26) – Органические непсихотические расстройства (F06.4; F06.6); 2,75% (3) – Аффективные расстройства (Дистимия, F34.1); 2,75% (3) – Неврастения, F48.0; 0,92% (1) – Недифференцированное соматоформное расстройство, F45. Вторым диагнозом у 37 женщин было органическое астеническое расстройство. Сопутствующими заболеваниями внутренних органов были: гипертоническая болезнь (преимущественно II стадии) – 77,06% (84/109), болезни щитовидной железы (чаще хронический тиреоидит) – 37,61% (41), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 32,11% (35), болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 9,17% (10), синдром раздраженного кишечника – 17,43% (19). Обнаружена высокая сочетаемость гипертонической болезни с метаболическими нарушениями углеводного (в 30,28% случаев) и жирового обменов (55,05%). Индекс массы тела в группе составил 27,1 (24,0-31,5) (кг/ м<sup>2</sup>). У 39 пациенток (35,78%) был установлен диагноз «ожирение».

При сборе анамнестических данных 27 женщин (24,77%) утверждали, что причиной их обращения к врачу-психиатру являлась обеспокоенность состоянием своего физического здоровья, обусловленная приобретенными ранее соматическими заболеваниями.

Остальные 82 пациентки (75,23%) среди факторов, предшествовавших госпитализации в психиатрический стационар, отметили различные стрессовые события (в том числе, в 39,45% случаев были актуальны напряженные ситуации или повышенные нагрузки на работе; в 44,04% – проблемы во взаимоотношениях с родственниками и/или конфликты; для 28,44% женщин психотравмирующими являлись заболевания и/или смерть родственников или членов семьи; и другие). Более половины из этих женщин (43) находились в условиях одновременного сосуществования напряженных, стрессовых ситуаций, касающихся разных аспектов их жизни, и связывали с ними ухудшение самочувствия как физического, так и психического. Не было выявлено значимых различий между замужними и одинокими женщинами по показателям стрессоустойчивости.

В общей группе определена значительная прямая корреляция между менопаузальным индексом и базовым ( $R=0,599$ ,  $p=0,000000$ ), а также итоговым ( $R=0,602$ ,  $p=0,000000$ ), показателями стрессочувствительности. Повышенная чувствительность к стрессу была характерна для пациенток в пременопаузальном периоде – 105,0 (80,0-119,0) баллов в отличие от женщин в постменопаузе (78,0 (49,0-96,0) баллов;  $p=0,006967$ ) и пациенток, не имеющих климактерических изменений (74,0 (52,0-105,0) баллов;  $p=0,049535$ ). «Предрасположенность к психосоматическим реакциям», измеряемая третьей шкалой Теста на стрессоустойчивость, обнаруживала значительную прямую корреляционную связь с менопаузальным индексом ( $R=0,628$ ,  $p=0,000000$ ), а «Склонность все излишне усложнять» (вторая шкала) – умеренную корреляцию ( $R=0,412$ ,  $p=0,000000$ ). Величина менопаузального индекса не зависела от возраста пациенток, и, как ни странно, даже от наличия признаков климактерического синдрома, поскольку проявления соматической патологии и вегетативные симптомы были взаимосвязаны с психопатологическими нарушениями у женщин. Данный показатель не имел значимых различий в группах женщин в пременопаузальном периоде, постменопаузальном периоде и без проявлений климакса. Наблюдалась умеренная прямая корреляция ( $R=0,506$ ,  $p=0,000000$ ) менопаузального индекса и уровня тревожности (для большинства обследованных женщин был характерен высокий уровень тревожности).

Закключение. Проведенный анализ показал, что женщины с первичным обращением к психиатру в возрасте 40-65 лет обнаруживали высокий уровень тревожности, в 45% случаев имели повышенный базовый показатель стрессочувствительности (выше 100 баллов); более 65% из них отличались «склонностью все усложнять», что способствовало фиксации на стрессовых ситуациях и отражалось на физическом самочувствии, сопровождалось развитием артериальной гипертензии, обострением других соматических заболеваний. Более половины пациенток подвергались воздействию совпадающих по времени психогений, затрагивающих наиболее актуальные сферы жизни. Психоэмоциональные

нарушения, обнаруживаемые у женщин в пременопаузальный период и в постменопаузу, в большинстве случаев были сопряжены с симптоматикой коморбидных заболеваний внутренних органов и психопатологическими расстройствами, обусловленными преодолением влияния психосоциальных факторов.

## **СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ**

**Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН  
Томск

*SOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS WITH COMORBID MOOD DISORDERS AND ALCOHOL DEPENDENCE  
Vasilieva S.N., Simutkin G.G., Schastnyy E.D., Smirnova N.S.*

Аффективные расстройства часто протекают в коморбидной связи с другими психическими и соматическими расстройствами (Лебедева Е.В. и др., 2012), в том числе с алкогольной зависимостью (Terra M. V. et al., 2006; Crum R.M. et al., 2013). АР при коморбидности с алкогольной зависимостью отличаются более частым повторением депрессивных эпизодов, большим числом суицидальных попыток, большей степенью дезадаптации и худшим прогнозом (Cardoso V.M. et al., 2008; Simhandl C. et al., 2016).

Материалы и методы исследования. Было обследовано 65 пациентов с АР в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: 22 женщины (34%) и 43 (66%) мужчин. Медиана (МЕ) возраста пациентов женского пола – 45,5 лет, интерквартильная широта (MDQ) – [35; 56], мужского пола – 38 лет [31; 57]. В зависимости от АР пациенты изучаемой выборки распределились следующим образом: БАР, текущий ДЭ – 18% (n = 12), рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – 42% (n = 27), ДЭ – 26% (n = 17), дистимия – 14% (n = 9).

Уровень качества жизни и социального функционирования пациентов в различных сферах жизнедеятельности определялся при помощи шкалы самооценки социальной адаптации (ШССА), разработанной M. Bosc et al. (1997). Вопросы, включенные в эту шкалу, направлены на оценку удовлетворенности отдельными сферами жизни (работой, внутрисемейными отношениями и отношениями за пределами семьи, досугом и т. д.) и своим социальным функционированием.

Результаты. Исследуемые пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу вошли 34 пациента с АР и коморбидной АЗ (11 женщин и 23 мужчины), в возрасте 44,5 лет [36; 51,5]. Нозологическая структура АР была представлена: БАР – 24% (n = 8), РДР – 38% (n = 13), ДЭ – 26% (n = 9) и дистимией – 12% (n = 4). Группа сравнения состояла из пациентов с АР без коморбидной наркологической патологии, в количестве 31 человека (11 женщин и 20 мужчин), в возрасте 45 лет [32; 52]. АР были представлены следующими нозологиями: БАР – 13% (n = 4); РДР – 45% (n = 14); ДЭ – 26% (n = 8); дистимия – 16% (n = 5). Сравнимые группы были сопоставимы по полу, возрасту и нозологической структуре аффективных расстройств ( $p > 0,05$ ).

В зависимости от общего количества баллов по ШССА пациенты сравниваемых групп были разделены на 3 подгруппы: с плохой социальной адаптацией (от 0 до 22 баллов), с затрудненной социальной адаптацией (от 22 до 35 баллов) и с хорошей социальной адаптацией (от 35 до 52 баллов). Оценка уровня социальной адаптации исследуемых пациентов показала и в основной, и в группе сравнения большую долю составили пациенты с затрудненной и плохой социальной адаптацией (30 (89,0%) и 20 (65,0%) соответственно) ( $p = 0,01$ ).

При этом в основной группе пациентов с хорошей социальной адаптацией по шкале ШССА оказалось меньше ( $p = 0,01$ ), чем в группе сравнения.

Вывод. Аффективные расстройства снижают уровень социальной адаптации пациентов, при этом наличие коморбидной алкогольной зависимости способствует более выраженному снижению.

# ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Галкина Е.В., Паненко О.А., Павленко Е.Н.

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

Омск

*FEATURES OF STRATEGIES OF COPING BEHAVIOR IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA*

*Galkina E.V., Panenko O.A., Pavlenko E.N.*

Шизофрения является одним из самых распространенных психических заболеваний, приводящих к инвалидизации. Исследование копинг-стратегий у лиц с шизофренией, является одной из важных задач для повышения качества реабилитационного процесса, так как копинг-стратегии являются регулятивными механизмами личности, обеспечивающими адаптивное поведение. Неконструктивные копинг-стратегии, в виде избегающего поведения или фокусировки на эмоциях, резко снижают способность человека действительно разрешать трудности и провоцируют рецидивы заболевания. Повторные обострения имеют массу социальных последствий в виде возрастания риска суицидального поведения, снижения прежнего уровня социального функционирования, увеличения нагрузки на семью. Объект исследования: феномены копинг-стратегий у лиц с шизофренией. Предмет исследования: особенности копинг-стратегий у лиц с шизофренией.

Цель исследования – определение особенностей копинг-стратегий у лиц с шизофренией.

Цель конкретизировалась в следующих задачах:

Анализ теоретических представлений проблемы особенностей копинг-стратегий и защитных механизмов у лиц с шизофренией;

Выявление особенностей выбора копинг-стратегий у лиц с первым психотическим эпизодом;

Выявление особенностей выбора копинг-стратегий у лиц с шизофренией и длительностью заболевания более пяти лет;

Сравнительный анализ особенностей выбора копинг-стратегий у лиц с первым психотическим эпизодом и лиц с шизофренией и длительностью заболевания более пяти лет.

Основными методами сбора информации являлись: психодиагностические опросники (опросник «Стратегии совладающего поведения» (Вассерман Л.И. и др., 2009), опросник Ч. Карвера и опросник Е.Хайма, в адаптации Л.И. Вассерман.) и анализ документов (истории болезни). Для выявления статистических различий между группами и подгруппами испытуемых был использован U-критерий Манна-Уитни.

В ходе исследовательской работы была выдвинута гипотеза: лица с первым психотическим эпизодом выбирают более конструктивные копинг-стратегии в проблемных ситуациях по сравнению с группой мужчин с длительностью заболевания более пяти лет, что играет немаловажную роль в качестве преодоления стресса, особенностях реабилитационной работы по повышению адаптационных возможностей данной категории пациентов. Были изучены 2 группы испытуемых:

Первая группа – испытуемые мужского пола с первым психотическим эпизодом (пациенты психиатрического отделения первого эпизода №26);

Вторая группа – испытуемые мужского пола с длительностью заболевания более пяти лет (пациенты медико-реабилитационного отделения №25).

В процессе анализа результатов исследования у лиц с первым психотическим эпизодом выявлена умеренная степень использования совладающих механизмов в борьбе со стрессом. Предпочтительными копинг-стратегиями для данной группы являются: «дистанцирование», «конфронтация», «принятие ответственности», «планирование» и «активный копинг». У испытуемых второй группы также отмечается умеренная степень использования копинг-стратегий, тем не менее, наблюдается тенденция к уменьшению выраженности использования стратегий совладающего поведения по сравнению с испытуемыми первой группы. Предпочтительными копинг-стратегиями для лиц с длительностью заболевания более пяти лет являются: «бегство-избегание», «конфронтация» и «дистанцирование», а также «отрицание», «подавление конкурирующей деятельности» и «обращение к религии».

Проведенный статистический анализ показал, что, лица с первым психотическим эпизодом достоверно чаще используют конструктивные копинг-стратегии, а именно, «активный копинг» и «планирование», в отличие от лиц с длительностью заболевания более пяти лет. Значимые различия между двумя группами выявлены и по стратегии «поиск эмоциональной общественной поддержки». Достоверно чаще

прибегают к стратегии «отрицание» в группе лиц с длительностью заболевания шизофренией более пяти лет. Несмотря на низкую частоту использования в обеих группах испытуемых такой стратегии, как «самоконтроль», исследуемой в методике ССП, выявлено, что в группе лиц с первым психотическим эпизодом достоверно чаще прибегают к вышеуказанной стратегии в целях совладания с проблемной ситуацией, чем в группе лиц с длительностью заболевания более пяти лет.

Учитывая, результаты статистического анализа (по результатам, полученным с помощью методики ССП), установлено, что в когнитивной сфере наблюдается следующая тенденция – лица с длительностью заболевания шизофренией более пяти лет достоверно чаще используют неконструктивные копинг-стратегии по сравнению с группой лиц, перенесших первый психотический эпизод. В эмоциональной сфере достоверных различий в частоте использования относительно оценки конструктивности, используемых механизмов не выявлено. В поведенческой сфере достоверно значимые различия обнаружены только по стратегии «обращение». По результатам статистического анализа достоверных различий по частоте использования копинг-механизмов в когнитивной сфере у испытуемых первой и второй групп не обнаружено. В эмоциональной сфере достоверно чаще используется стратегия «эмоциональная разгрузка» лицами с первым психотическим эпизодом, в свою очередь, в группе лиц с длительностью заболевания шизофренией более пяти лет данная стратегия оказалась абсолютно не востребованной. В свою очередь такую стратегию, как «оптимизм» все же чаще используют испытуемые второй группы.

Выдвинутая гипотеза подтвердилась. Выявленные ведущие копинг-стратегии у группы лиц, перенесших первый психотический эпизод характеризуются, как конструктивные и свидетельствует о готовности испытуемых преодолевать негативные переживания за счет субъективного снижения значимости стрессовой ситуации, степени эмоциональной вовлеченности в нее, анализа своего поведения, разработки стратегии решения проблемы, поиске причин актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках. Лица с длительностью заболевания более пяти лет отдавали предпочтение относительно конструктивным и неконструктивным копинг-механизмам. В исследовании было выявлено, что существуют статистически достоверно значимые различия особенностей копинг-стратегий между группами испытуемых. Лица с первым психотическим эпизодом достоверно чаще используют конструктивные копинг-стратегии, направленные на разрешения возникшей ситуации, а именно такие копинг-стратегии, как «активный копинг», «планирование», «поиск эмоциональной общественной поддержки», «обращение», эмоциональная разрядка». Достоверно чаще прибегают к стратегии «отрицание» в группе лиц с длительностью заболевания шизофренией более пяти лет. Стратегия «оптимизм» оказалась актуальной для испытуемых обеих групп, но все же достоверно чаще к данной стратегии прибегают лица с длительностью заболевания шизофренией более пяти лет.

## **ОЦЕНКА НЕГАТИВНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ЕГО РОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю.**

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

### *EVALUATION OF NEGATIVE CHILDHOOD EXPERIENCES AND ITS ROLE IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS*

*Gerasimchuk E.S., Sorokin M.Yu.*

Актуальность. Негативный детский опыт (НДО) оказывает значительное долгосрочное воздействие на психическое и физическое здоровье сталкивавшихся с ним людей (Hughes et al., 2017). При этом не только факт переживания НДО, но и точная его оценка важны для психиатрической практики (Dennis et al, 2021)

Цель: выявить наиболее валидный метод из существующих альтернативных опросников для оценки НДО у пациентов, имеющих психическое заболевание.

Пациенты и методы. Дали добровольное согласие и приняли участие в исследовании 102 человека: 21 - с диагнозом, кодируемым в рубрике F3 МКБ-10, 15 – F6, 10 – F4 и 56 – F2. Пациенты находились на лечении в НМИЦ ПН имени. В.М. Бехтерева, СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №6», были на этапе становления ремиссии. Исследование было одобрено независимым этическим комитетом. Применены клинико-anamнестический, психометрический,

статистический методы. Используются опросники: расширенный тест НДО (Катан Е.А., 2019), краткий ACE (Finkelhor et al., 2015), интернализированной стигмы психического расстройства (ISMI) (Ritsher et al., 2003), темперамента и характера Клонингера (TCI) (Ениколопов, Ефремов, 2001), оценки мотивации к лечению (ОцМЛ) (Сорокин и др., 2020).

Результаты. В соответствии с медианными значениями каждого из инструментов выборка была разбита на подгруппы пациентов с большим и малым количеством НДО: среди 42,9% пациентов согласно обоим опросникам выявлено малое количество НДО, у 33,3% по результатам двух альтернативных оценок имели высокие баллы НДО, еще 17,5% были отнесены к подгруппе с выраженным НДО только с помощью расширенного опросника, а 6,3% – только с помощью ACE ( $\chi^2=11,7$ ,  $df=1$ ,  $p=0,001$ ). Для выявления практической значимости альтернативных способов психодиагностики – описаны связи результатов их субшкал с социо-демографическими и клиническими параметрами больных.

С помощью расширенного опросника НДО выборка была разделена по медиане значения каждой субшкалы на имеющих выраженный и малый опыт неблагоприятных событий детства. С большим опытом эмоционального пренебрежения было связано более выраженное сопротивление самостигматизации ( $13,9\pm 1,9$  и  $12,2\pm 1,6$ ;  $p=0,01$ ). С опытом физического насилия – мотивация, связанная с преобладанием осознания необходимости лечения (фактор 2 ОцМЛ  $0,3\pm 1,2$  и  $0,6\pm 0,8$ ;  $p=0,02$ ), а также с большей трансцендентность Я (TCI) ( $49,5\pm 25,1$  и  $30\pm 22,9$ ;  $p=0,03$ ). Пациенты, сообщавшие о большем количестве домашнего насилия и буллинга, были моложе ( $29\pm 6,7$  и  $45,5\pm 18,9$ ;  $p=0,02$ ;  $28,7\pm 7,7$  и  $40,5\pm 16,7$ ;  $p=0,01$ , соответственно), имели более ранний возраст дебюта заболевания ( $26,4\pm 6,4$  и  $41,4\pm 17,9$ ;  $p=0,03$ ;  $25,9\pm 5,9$  и  $36,9\pm 16,4$ ;  $p=0,03$ ). Сообщавшие о большем НДО, связанном с внутрисемейным и физическим насилием – были более мотивированы к лечению ( $0,6\pm 0,8$  и  $-0,5\pm 0,9$ ;  $p=0,05$ ;  $0,3\pm 0,7$  и  $-0,5\pm 0,9$ ;  $p=0,01$ ) и в большей степени основывались на осознании психического механизма своей дезадаптации (фактор 3 ОцМЛ  $0,3\pm 1,2$  и  $-0,9\pm 1,9$ ;  $p=0,04$ ;  $0,4\pm 1,2$  и  $-0,7\pm 1,7$ ;  $p=0,04$ ).

В малом опроснике каждый вопрос соответствовал отдельному виду НДО и отражал лишь факт его наличия или отсутствия. Так пациенты, давшие положительный ответ на вопрос о сексуальном насилии, были по опроснику ISMI более стигматизированы ( $71,3\pm 8,4$  и  $60,2\pm 11,6$ ;  $p=0,001$ ), в том числе за счёт чувства отчуждения ( $15,5\pm 3,6$  и  $13,4\pm 3,3$ ;  $p=0,03$ ), одобрения психиатрических стереотипов ( $16\pm 3$  и  $13,6\pm 3,5$ ;  $p=0,01$ ), опыта дискриминации ( $11,3\pm 1,9$  и  $9,1\pm 2,6$ ;  $p=0,001$ ), а также социальной самоизоляции ( $14,8\pm 2,1$  и  $11,5\pm 3,7$ ;  $p\leq 0,001$ ). С эмоциональным пренебрежением были связаны меньшая длительность заболевания ( $5,1\pm 5,7$  и  $9,1\pm 8,6$ ;  $p=0,01$ ), меньшее количество госпитализаций ( $1,8\pm 2,6$  и  $4,6\pm 4,4$ ;  $p\leq 0,001$ ), более ранний дебют заболевания ( $24,6\pm 6,3$  и  $29,7\pm 13,6$ ;  $p=0,05$ ), большее сопротивление стигматизации ( $13,6\pm 2,2$  и  $12,3\pm 2,3$ ;  $p=0,01$ ). С опытом наблюдения в детском возрасте насилия в отношении матери было связано преобладание в мотивации к лечению осознания психического механизма дезадаптации (фактор 3 ОцМЛ  $0,7\pm 0,8$  и  $-0,6\pm 1,6$ ;  $p=0,04$ ). Для пациентов, проживавших в детстве с родственниками, употреблявшими ПАВ, были характерны мотивационные паттерны, связанные с опорой на собственные знания и навыки в преодолении заболевания (фактор 1 ОцМЛ  $0,1\pm 0,8$  и  $-0,5\pm 0,9$ ;  $p=0,05$ ). Более высокие баллы по шкале избегания вреда (TCI) были характерны имевшим опыт эмоционального ( $71,9\pm 17,3$  и  $62,1\pm 19,6$ ;  $p=0,05$ ) и сексуального насилия ( $80,5\pm 14,7$  и  $63,2\pm 18,7$ ;  $p=0,01$ ), меньшая выраженность самонаправленности (TCI) – перенесшим эмоциональное пренебрежение и насилие ( $39,8\pm 21$  и  $56,5\pm 18,1$ ;  $p\leq 0,01$ ;  $41,7\pm 16,9$  и  $56,5\pm 21,1$ ;  $p\leq 0,01$ ). Меньшие баллы шкалы сотрудничества (TCI) демонстрировали пациенты с опытом проживания с родственниками, пребывавшими в местах лишения свободы ( $48\pm 5,7$  и  $71,1\pm 12,7$ ;  $p=0,01$ ). Осознание необходимости терапии (фактор 2 ОцМЛ) было характерно пациентам, имевшим опыт физического насилия и эмоционального пренебрежения ( $0,6\pm 0,9$  и  $-0,4\pm 1,1$ ;  $p=0,01$ ;  $0,4\pm 1$  и  $-0,6\pm 1,2$ ;  $p=0,02$ ). Готовность к активному сотрудничеству в процессе лечения (фактор 4 ОцМЛ) была характерна имевшим опыт эмоционального пренебрежения, наблюдения за насилием в адрес матери и проживания с близкими родственниками, употреблявшими ПАВ ( $0,6\pm 0,7$  и  $-0,05\pm 0,9$ ;  $p=0,02$ ;  $0,7\pm 0,8$  и  $0,03\pm 0,9$ ;  $p=0,04$ ;  $0,7\pm 0,8$  и  $-0,12\pm 0,8$ ;  $p=0,005$ ). В целом более мотивированы к лечению были пациенты, сообщавшие об эмоциональном насилии и наблюдении за насилием, совершаемым в адрес матери ( $0,4\pm 0,5$  и  $-0,4\pm 0,9$ ;  $p=0,004$ ;  $0,4\pm 0,7$  и  $-0,3\pm 0,9$ ;  $p=0,01$ ).

Выводы. Отдельные варианты НДО, определенные при помощи опросника ACE, имели более широкие связи с социальными, клиническими и психологическими параметрами больных, в большей степени были связаны с характеристиками внутренней стигмы и мотивации к лечению. Это определяет его большую клиническую значимость и обоснованность применения у пациентов с психическими расстройствами.



# ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гольдин Б.Г. (1), Гольдина И.А. (2)

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России (1); НИИ фундаментальной и клинической иммунологии (2)  
Новосибирск

*THE COGNITIVE IMPAIRMENT FEATURES IN AFFECTIVE DISORDERS PATIENTS*

*Goldin B.G. (1), Goldina I.A. (2)*

Целью настоящего исследования было изучение особенностей проявления когнитивной недостаточности у пациентов с аффективными расстройствами в форме генерализованного тревожного расстройства или панического расстройства с агорафобией.

Введение. Нарушения когнитивных функций являются актуальной проблемой современной неврологии и психиатрии в силу их высокой распространенности не только в пожилом и старческом возрасте, но и при некоторых психических заболеваниях, органических поражениях нервной системы. При этом в ряде случаев отмечается коморбидность когнитивных нарушений с аффективными расстройствами.

Когнитивные нарушения влияют на все сферы жизни пациентов, значительно снижая качество их жизни. В связи с этим необходимо совершенствовать своевременную диагностику этих нарушений как можно раньше, на додементной стадии развития, с целью своевременной коррекции и предотвращения прогрессирования процесса вплоть до выраженной дезадаптации и распада психической деятельности.

Одним из проявлений нарушения функционирования основных систем адаптации организма - нервной, эндокринной и иммунной – считается формирование хронического низкоградиентного воспалительного процесса, которое сопровождается повышением продукции провоспалительных медиаторов и проницаемости гемато-энцефалического барьера, нейровоспалением, нарушением нейрогенеза. Низкоградиентное системное воспаление является неотъемлемым звеном патогенеза аффективных расстройств.

Когнитивная недостаточность представляется этиологически гетерогенным синдромом, характеризующимся снижением показателей памяти ниже возрастной нормы, при не нарушенном интеллектуальном функционированием и хорошо сохраненной активности в повседневной жизни.

Распространенность данного синдрома в промышленно развитых странах, согласно данным литературы, среди населения старше 65 лет составляет около 10–25%. Следует отметить, что в ряде случаев легкие и умеренно выраженные когнитивные нарушения могут вернуться к норме.

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) – широко распространенное аффективное расстройство, в основе его патогенеза, наряду с иммунологической дисфункцией, лежит повышение нейрональной активности, на чем основаны современные стратегии его терапевтической коррекции. Для панического расстройства с агорафобией (ПР) также характерно усиление электрической активности неспецифических систем мезэнцефальной ретикулярной формации и височно-лимбических структур мозга. Данные расстройства приводит к значительному снижению социального функционирования и качества жизни индивидуума, одним из аспектов которого является атипичное саморазвитие.

Широкая распространенность аффективных расстройств, ведущая роль когнитивной составляющей в процессе саморазвития личности определяют несомненную актуальность исследования выраженности когнитивных нарушений при аффективных расстройствах. С целью оценки когнитивной дисфункции у больных с аффективными расстройствами мы исследовали ее выраженность у пациентов с ГТР и ПР.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 25 больных (10 мужчин и 15 женщин) с установленным диагнозом ГТР (F 41.1) и 20 больных (9 мужчин и 11 женщин) с ПР (F 40.01), с длительностью заболевания на момент включения в исследование от 3 месяцев. Контрольную группу составили 20 условно-здоровых добровольцев. Контрольная группа и группа исследования были рандомизированы по полу и возрасту.

Когнитивную функцию в исследуемых группах оценивали на основании жалоб, исследования зрительно-конструктивных навыков, называния, памяти, внимания, праксиса, речи, абстрагирования, ориентации, по шкале MMSE (Mini-mental State Examination scale) и Монреальской шкале оценки когнитивных функций.

Выраженность симптоматики тревожных нарушений определяли при проведении клинического интервью врачом-психиатром, а также по шкалам тревоги Гамильтона (HDRS), Бека (BAI).

Статистическую обработку данных проводили с использованием методов описательной статистики, сравнительного анализа, пакета программ «STATISTICA 10.0» (StatSoft, USA). Различия считали достоверными при значениях достигнутого уровня статистической значимости  $p < 0,05$ .

Результаты и обсуждение. У всех больных, включенных в исследование, в отличие от участников исследования, составивших контрольную группу, были выявлены признаки когнитивной недостаточности различной степени выраженности.

При исследовании когнитивной функции было установлено следующее: – больные с ПР характеризовались недементными когнитивными нарушениями легкой степени. У всех больных были выявлены признаки руминации – тенденции многократно продумывать одно и то же стрессовое событие. Нарушений памяти и внимания у этих больных выявлено не было – у больных с ГДТ наблюдались умеренные когнитивные нарушения, выраженность которых была очевидна как больным, так и их родственникам в виде нарушения внимания, памяти, также при отсутствии признаков деменции. В спектре проявлений когнитивных нарушений отмечалось нарушение внимания и исполнительских функций, расстройства памяти. Для нарушений внимания была характерна фиксация внимания на тревожащих пациента ситуациях, со снижением способности отвлечения внимания. Этим больным был свойственен перфекционизм, пониженное доверие к собственной памяти, тревожные сомнения и перепроверки.

Таким образом, у больных с аффективными расстройствами выявляется нарушение когнитивных функций. ГДД характеризуется большей выраженностью когнитивного дефицита, по сравнению с таковым при паническом расстройстве.

Известно, что среди биомаркеров когнитивных нарушений у больных, не страдающих болезнью Альцгеймера, рассматривают снижение уровня IL-10 в спинномозговой жидкости пациентов как предиктор ускоренного снижения когнитивных функций. Кроме того, TFF3 (фактор трилистника 3), субстратсигнального пути NOTCH, семейства трансмембранных белков, содержащего повторяющиеся внеклеточные последовательности — домены EGF и DSL, и являющегося эволюционно консервативным внутриклеточным путём передачи сигнала и регуляции взаимодействия между соседними клетками, также может служить в качестве биомаркера-кандидата для прогнозирования снижения когнитивных функций. Низкие уровни TFF3 связаны с более высокой степенью атрофии гиппокампа и экспансии в желудочки у амилоид-позитивных пациентов, амилоидными белками A $\beta$ 1-42 и Тау протеином.

Кроме того, недавнее исследование обнаружило связь между умеренной когнитивной недостаточностью и маркерами воспаления в плазме, включая фактор некроза опухоли- $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), фактор роста эндотелия сосудов A (VEGF-A), C-пептид и ингибитор активатора плазминогена (PAI-1).

Выявленное в данной работе сочетание аффективных расстройств с проявлениями когнитивной недостаточности, вероятно, обусловлено наличием у этих патологических состояний ряда общих механизмов патогенеза, в частности, низкоградиентного системного воспаления. Учитывая, что когнитивной составляющей отводится важнейшая роль в формировании персональной идентичности, выявленные изменения у больных с аффективными расстройствами необходимо учитывать при разработке стратегии медикаментозной и психотерапевтической коррекции.

## **АБЕРРАНТНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ЭНДОГЕННОГО РЕТРОВИРУСА HERV – E $\lambda$ 4 – 1 ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Гольдина И.А. (1), Гольдин Б.Г. (2)**

НИИ фундаментальной и клинической иммунологии (1); ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (2)

Новосибирск

*ABERRANT EXPRESSION OF ENDOGENOUS RETROVIRUS HERV – E  $\lambda$  4 – 1 IN AFFECTIVE DISORDERS  
Goldina I.A. (1), Goldin B.G. (2)*

Введение. Изменения в функционировании иммунной системы являются важным звеном этиологии, патопсихологии и патогенеза ряда психических расстройств – шизофрении, биполярного расстройства, аффективных расстройств и расстройств аутистического спектра. Высокая степень коморбидности с аутоиммунными, инфекционными и хроническими воспалительными заболеваниями, выявляемая у больных с болезнями нервной системы и психики, подтверждает гипотезу о наличии общих для данных патологических процессов иммунопосредованных механизмов патогенеза.

Большое депрессивное расстройство (БДР) – распространенное психическое заболевание, характеризующееся эпизодами депрессивного настроения продолжительностью более 2 недель, с симптомами нарушения сна и аппетита, чрезмерного чувства вины, снижения концентрации внимания и суицидальных мыслей. Согласно современным данным, БДР выявляется примерно у 17% населения и ложится тяжелым бременем на семью и общество. В этиологию БДР вовлечены как генетические и эпигенетические факторы, так и факторы окружающей среды. Известно, что у пациентов с БДР уровни метилирования ДНК в мононуклеарных клетках периферической крови (МНК) ниже, чем у здоровых людей.

Эндогенные ретровирусы (ЭР), провирусная форма экзогенных, постоянно присутствуют в геноме человека и наследуются, согласно законам Менделя. Для обеспечения стабильности и целостности генома экспрессия ЭР обычно подавляется эпигенетическими механизмами регуляции экспрессии генов – метилированием ДНК и модификациями гистонов. Большинство ЭР расположены в хромосомных регионах с репрессивной гетерохроматиновой архитектурой хроматина, что приводит к их низкой транскрипционной активности в клетках. Этот «эпигенетический корсет» устанавливается во время эмбриогенеза. Однако на ранних эмбриональных стадиях, которые характеризуются глобальным гипометилированием, экспрессия ЭР вовлечена в физиологические процессы индукции путей вирусной рестрикции и дифференцировки стволовых клеток. Если механизм эпигенетического контроля нарушается, ЭР активируются и становятся транскрипционно активными. Было показано, что воспалительные процессы, воздействие  $\gamma$ -интерферона и других провоспалительных цитокинов индуцируют экспрессию ЭР *in vitro*, а протеины некоторых ЭР обладают провоспалительными и иммуномодулирующими свойствами.

Повышенная экспрессия ЭР была описана при некоторых психических расстройствах, включая расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью и шизофрению. Было показано, что белок env ЭР HERV-W изменяет созревание глутаматного синапса в развивающемся мозге, что может быть важным фактором развития нервно-психических расстройств. Однако неизвестно, происходит увеличение экспрессии другого ЭР - HERV-E  $\lambda$  4-1 при большом депрессивном расстройстве (БДР). Учитывая данные о том, что в патогенез БДР, наряду с гипометилированием ДНК, вовлечено хроническое низкоградиентное воспаление, мы предположили, что aberrантная эпигенетическая регуляция ЭР HERV-E  $\lambda$  4-1 играет важную роль в развитии БДР.

Целью настоящего исследования явилось выявление ассоциации активации ЭР HERV-E  $\lambda$  4 – 1 с течением БДР и депрессивного расстройства (ДР).

Материалы и методы исследования. Доноры и больные: В исследование были включены 30 больных (11 мужчин и 19 женщин) с установленным диагнозом аффективного расстройства в виде БДР (F 32), 30 больных (12 мужчин и 18 женщин) с ДР (F 43), все больные в возрасте 26 – 45 лет, с длительностью заболевания на момент включения в исследование не менее 3 месяцев. Протокол исследования соответствовал этическим стандартам и Хельсинской Декларации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2000г., и «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека», в соответствии с приказом Минздрава РФ № 266 (Правила клинической практики в Российской Федерации) от 19.06.2003г.

Экспрессию гена env ЭР человека HERV-E  $\lambda$  4 – 1 определяли в МНК двукратно, в динамике наблюдения, на 1 и 30 сутки, методом полимеразной цепной реакции, с использованием пар олигонуклеотидных праймеров к гену env ЭР HERV-E  $\lambda$  4 - 1. Положительными считали образцы с наличием в геле полосы кДНК, соответствующей ожидаемому размеру ампликона. Полученный сегмент ДНК соответствующего размера выявляли и оценивали с использованием программы Image Master VDS (Software, USA).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ STATISTICA v.10.0 (StatSoft, США). Для оценки статистической значимости различий применялся двусторонний вариант точного критерия Фишера. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты и обсуждение. Группа больных БДР характеризовалась нарушением настроения, преимущественно в сторону угнетения, изменения настроения сопровождалось снижением общего уровня эмоциональной и физической активности, имели тенденцию к повторяемости. Начало отдельных эпизодов подавленного настроения в ряде случаев было связано со стрессовыми ситуациями и событиями. Группа больных с ДР характеризовалась развитием аффективной симптоматики во всех случаях в ответ на физическое или психологическое стрессорное воздействие, сочетанием сниженного фона настроения с симптомами тревоги, вегетативными нарушениями в виде тахикардии, гиперемии

кожных покровов, гипергидроза. При выявлении экспрессии env ЭР HERV-E λ 4 – 1 у этих больных были получены следующие данные (табл. 1).

Таблица 1. Динамика частоты экспрессии гена env эндогенного ретровируса HERV-E λ 4 – 1 в МНК больных аффективными расстройствами (n, %).

Исследуемый параметр/ Нозология Депрессивные реакции, n=30 Депрессия, n=30

Экспрессия env ЭР λ 4 – 1, 1 сут 4(13,3%) 12(40,0%)\*

Экспрессия env ЭР λ 4 – 1, 30 сут 1(3,3%)\* 11(36,7%)\*

Примечание: \* -  $p < 0,05$ , двухсторонний вариант точного критерия Фишера (Fisher exact test, two-tailed)

Таким образом, экспрессия env ЭР HERV-E λ 4 – 1 была выявлена и при ДР, и при БДР. При этом частота ее в группе пациентов с ДР была невысокой и снижалась к окончанию периода наблюдения. В группе больных БДР экспрессия env ЭР HERV-E λ 4 – 1 выявлялась значительно чаще. При повторной оценке ее частота оставалась неизменной, несмотря на снижение выраженности клинической симптоматики и проводимую медикаментозную терапию.

Экспрессия ЭР HERV E λ 4 – 1, транскрипты которого, согласно данным литературы, были идентифицированы в головном мозге больных психическими заболеваниями ассоциирована с течением БДР. Так как одним из механизмов реализации биологических эффектов ЭР HERV E λ 4 –1 является выработка протеинов, обладающих иммунотропными свойствами, ассоциация экспрессии данного ретровируса с течением БДР может быть ответственна за поддержание провоспалительного статуса при этой патологии. Полученные данные обуславливают актуальность дальнейших исследований роли HERV – E λ 4 – 1 в патогенезе депрессии, с целью выявления возможных диагностических маркеров данного заболевания и разработки новых патогенетически обоснованных стратегий медикаментозной коррекции.

## КЛАССИФИКАЦИЯ ФРАГМЕНТИРУЕТ ПОНИМАНИЕ В ПСИХИАТРИИ. В ЭТОМ ЛИ ЦЕЛЬ?

Гонжал О.А.

АПО ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

Москва

*CLASSIFICATION KILLS UNDERSTANDING IN PSYCHIATRY. IS THIS THE GOAL?*

*Gonzhal O.A.*

В психиатрии сложилась неординарная ситуация: чем дальше разрабатываются классификации психических расстройств, тем меньше мы понимаем, что именно мы лечим.

В пуле нейронаук на протяжении последних 30 лет нарастает неудовлетворенность существующими классификациями психических расстройств, предпринимаются серьезные попытки создать достоверную и целостную концепцию психических расстройств (RDoC, DSM-V, ICD-11, PDM-2, OPD-2), но реальность остается такой, что использовать их практическому врачу по-прежнему затруднительно в силу следующего:

-ни одна из классификаций не дает ясного представления о психике и ее нормальном функционировании.

-диагностические категории представляют собой разнородные модули, соединение которых представляется сомнительным предприятием.

-ни одну из этих классификаций невозможно удержать в голове, несмотря на значительные усилия по их внедрению они остаются «музейными экспонатами».

Фрагментарность и непримиримые методологические различия в системе нейронаук, обсессивное следование «доказательному» не позволяют построить современную архитектуру в психиатрии.

Если исходить из предположения, что «психическое» – это функциональная система, целостный и активный процесс приспособления к «социальному», способный к саморегуляции и развитию, то можно яснее понять, что предметом изучения и курации в психиатрии являются различного рода нарушения процесса развития «психического аппарата» функциональной системы коммуникации со средой в широком смысле и срыва адаптации. Нарушения интеллектуального развития достаточно хорошо изучены и систематизированы, сложнее дело обстоит с пониманием того, как функционирует эмоционально-волевая сфера и как она сопряжена с мышлением. В качестве теорий, объясняющих развитие эмоциональной регуляции оправданными себя показали теории травмы, ментализации, привязанности.

Если, «психическое» представляет собой процесс, «функциональную систему», то психические расстройства можно представить как различного рода нарушения в ее работе вследствие развитых дефицитов, травматизации и формирования своего рода «коллатералей» в регуляции аффекта: ипохондрия, соматизация, различные психологические защиты и копинги. Тогда вовлечение медиаторных систем, нейровоспаление и окислительный стресс можно рассматривать не как этиологические факторы, а как патогенетические пути дистресса.

Так, психические расстройства в подавляющем большинстве случаев могут быть представлены как результат острой или хронической травмы, затрагивающей систему привязанности/социализации, с последующей специфической динамикой травмы и различными способами совладания с душевной болью и тревогой с использованием зрелых и примитивных психологических защит, психосоматического функционирования, поведенческих нарушений, расстройства пищевого поведения, зависимости, самоповреждения.

Теория единого психоза, предложенная около 200 лет назад, в ее современной трактовке могла бы стать полезной классификационной базой, снимая напряженность в вопросах коморбидности и реально способствовать преодолению стигмы психических расстройств за счет понимания коммуникативного значения симптомов и интуитивного понимания врач и пациент улучшают комплаентность.

## **ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19- АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ, ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА**

**Гуськова О.А., Николаенко Т.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И.**

Тюменский кардиологический научный центр, НИИ психического здоровья Томский  
НИМЦ РАН; ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Тюмень

*MAIN SOMATIC AND MENTAL HEALTH FACTORS IN CHARACTERISTIC OF COVID-19 PNEUMONIA  
SURVIVORS' STATE IN 3 MONTH AFTER DISCHARGE*

*Guskova O.A., Nikolaenko T.A., Prilensky B.Yu., Yaroslavskaya E.I., Petelina T.I.*

С распространением в мире Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) стало очевидно, что инфекция приводит к многочисленным осложнениям, сохраняющимся продолжительный период времени. Для определения состояния здоровья после COVID-19, при сохранении признаков заболевания на протяжении не менее 12 месяцев и при отсутствии других причин для симптоматики, введен термин «синдром Post-COVID-19». Вследствие поражения вирусом SARS-CoV-2 страдают не только легкие, но и сердечно-сосудистая система, центральная нервная система и органы пищеварения. Также при Post-COVID-19 распространены психологические и психические нарушения, такие как депрессия, расстройства тревожного спектра, стресс и расстройства адаптации. Post-COVID-19 по данным литературы наблюдается более чем у 85% выздоровевших пациентов. Считается, что тяжесть последствий COVID-19 напрямую зависит от тяжести течения заболевания в острой фазе.

Цель исследования. Определение основных факторов, характеризующих состояние пациентов в период через 3 месяца после выписки из стационара, для оценки необходимости дальнейшей диагностики.

Материалы и методы. Набор материала проводился на основе «Проспективного наблюдения пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии». В исследовании использованы данные 133 пациентов через 3 месяца после выписки из стационара с подтвержденным диагнозом COVID-19-ассоциированной пневмонии. Средний возраст пациентов составил  $54 \pm 9$  лет. Оценка нарушений психики проводилась врачом-психиатром при помощи полуструктурированного интервью. Нарушения эмоциональной сферы определялись посредством заполнения анкеты, состоящей из валидных диагностических шкал и структурированного интервью самооценки наличия эмоциональной лабильности, снижения памяти и внимания, страха повторного заражения после перенесенного заболевания, страха заразить близких во время болезни и утраты близкого человека вследствие COVID-19. Для признаков тревоги и депрессии применяли шкалы GAD-7 и PHQ-9, соответственно. Тип личности Д определяли с помощью опросника DS-14, наличие стресса – с помощью ШВС-10. Сбор данных по сердечно-сосудистым заболеваниям осуществлялся врачом-кардиологом. Информация по тяжести перенесенной COVID-19-ассоциированной

пневмонии получена из выписных эпикризов госпитализации и представлена в виде степени поражения легких по результатам компьютерной томографии (КТ) во время острой фазы заболевания, лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ IBM SPSS Statistics 21 с применением иерархического кластерного анализа. Результаты. В результате обработки данных было выделено 4 основных кластера. В первый кластер вошли стресс, определенный у 13,0% пациентов, нарушения ритма сердца (18,9%) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) (19,5%), пребывание в реанимации в период госпитализации (10,6%), утрата близких людей из-за COVID-19 (10,8%), тип личности Д (12,0%), соматоформные нарушения (8,3%), ипохондрические переживания (6,8%), симптомы депрессии (6,8%), расстройства сна (19,5%), пищевого поведения (17,3%) и адаптации (22,6%). При этом наличие нарушений ритма сердца статистически значимо связано с наличием стресса ( $p=0,039$ ), который повышает вероятность появления данного нарушения сердечно-сосудистой системы в 3 раза [ОШ= 3,112, 95% ДИ 1,01-9,54]. Второй кластер включает в себя признаки тревоги (39,1%) и депрессии (35,3%), изменения в когнитивной сфере (24,2%) и нарушения тревожного спектра (35,3%). В третий кластер вошли следующие факторы: женский пол (женщины составили 54% опрошенных пациентов), астения (63,2%), страх заразить близких в острый период заболевания (55,0%) и страх повторного заражения (57,5%). Страх повторного заражения значимо связан с гендерной характеристикой ( $p<0,001$ ), среди женщин вероятность данного страха выше в сравнении с мужчинами [ОШ= 4,492, 95% ДИ 2,07-9,75]. Четвертый кластер представлен характеристиками, представляющими наиболее распространенные сердечно-сосудистые заболевания: артериальная гипертензия (59,4%) и хроническая сердечная недостаточность (40,6%), а также среднюю и тяжелую степени поражения легких по данным КТ при госпитализации (52,3%). При выявлении симптомов депрессии врачом-психиатром назначена фармакологическая коррекция антидепрессантами 56% пациентов (3,8% всех обследованных). Также при наличии нарушений тревожного спектра 36% пациентов (12,8% всех обследованных) назначены психотропные препараты, представленные анксиолитиками и малыми нейрелептиками.

Обсуждение и выводы. В первый кластер вошли факторы, связанные со стрессом. Стресс оказывает воздействие на нейрогуморальную регуляцию работы сердечно-сосудистой системы: происходит выработка норадреналина, которая приводит к изменениям метаболического процесса в клетках сердца, и, как следствие, к развитию нарушений ритма. ИБС как фактор, вошедший в первый кластер, можно объяснить взаимодействием между ишемией и нарушениями ритма. В связи с этим особенности нарушений ритма и ИБС после перенесенной COVID-19-ассоциированной пневмонии требуют дальнейшего изучения клинических аспектов данного вопроса.

Утрата близкого человека вызывает стресс, который приводит к повышению уровня кортизола, изменению артериального давления и тахикардии. Следует отметить значительную роль средств массовой информации, постоянно информирующих население о заболевании, порой в устрашающей манере, с формированием неблагоприятного психологического общественного климата. Также фактором, вызывающим стресс является пребывание в ОРИТ. Причиной является не только угрожающее жизни тяжелое состояние здоровья, но и обстановка в отделении, изоляция от общения с близкими и затрудненное взаимодействие с медицинским персоналом из-за защитных костюмов. Среди пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии, которые в период госпитализации получали лечение в ОРИТ, широко распространено острое стрессовое расстройство. Интенсивность и продолжительность стрессовой реакции с психологической точки зрения зависит от особенностей личности. Для индивидов стипом личности Д характерны нерегулируемая активность симпатической нервной системы и неадаптивная когнитивная оценка обстоятельств. Также в первый кластер входят ипохондрические переживания, проявляющиеся утрированной озабоченностью своим здоровьем, и наличие соматоформных нарушений. При ипохондрических переживаниях происходит фиксация на симптомах реально возникшего соматического неблагополучия, формирующаяся на основе личностных особенностей в определенных ситуациях или возникающая в структуре нарушений психики. Соматоформные нарушения – это патологические телесные ощущения, тесно взаимосвязанные с нарушением работы вегетативной нервной системы в виде активации симпато-адреналовых механизмов, что проявляется субъективным ощущением нехватки воздуха, нарушений ритма сердца, которые проблематично подтвердить объективными инструментальными методами обследования. Возникновение соматоформных нарушений обусловлено психогенными факторами и реализуется по типу ответной реакции, то есть рассматривается как следствие стресса. Исследования нарушений сна также являются характерными для постковидного синдрома. Существует реципрокная связь между качеством сна и работой гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, наблюдаемые изменения

в своей основе носят адаптационный характер, провоцируя увеличение выработки кортизола с нарушением синтеза мелатонина. Нарушения пищевого поведения рассматриваются в качестве дезадаптивной стратегии совладания со стрессом. При формировании депрессии стресс представляет собой один из основных факторов. В нашем исследовании признаки депрессии, определяемые опросником PHQ-9, и симптомы депрессии, зафиксированные врачом-психиатром, входят в разные кластеры. Это объясняется структурой опросника, охватывающего большое количество признаков, с одной стороны, и различиями механизма формирования депрессивного синдрома в этиологическом плане – наличия предрасположенности к формированию стойкого нарушения синтеза нейромедиаторов, либо проявления депрессивного синдрома, связанные с повышенной утомляемостью или изменением состояния здоровья, с другой. Тем не менее, эти данные подтверждают полученные нами ранее результаты о влиянии стресса на ухудшение психологического аспекта качества жизни.

Следовательно, обобщая факторы первого кластера, утрата близкого человека, пребывание в ОРИТ или тип личности Д рассматриваются в качестве предикторов формирования патологической стрессовой реакции. Расстройства адаптации и неконтролируемый прием пищи представляют собой следствие травмирующей психику ситуации. Соматоформные нарушения, симптомы депрессии, расстройства сна, ипохондрия, нарушения сердечного ритма и ИБС могут являться как причиной, так и следствием стресса. Второй кластер включает в себя нарушения эмоциональной сферы в виде признаков тревоги и депрессии, определенные шкалами, и ухудшения когнитивного функционирования, представленные субъективно оцененными изменениями памяти, внимания и эмоциональной лабильностью. Отклонения когнитивной сферы могут представлять результат нарушений неврологического характера, но также являться следствием негативных эмоциональных состояний. Также в этот кластер вошли тревожные нарушения, определенные врачом-психотерапевтом. Объединение в один кластер симптомов тревоги с результатами шкал, на наш взгляд, связано со спецификой опросников, а также взаимосвязью нарушений когнитивной сферы с нарушениями микроциркуляторного русла, вследствие чего распространена частота формирования тревожных расстройств на фоне проявлений ишемии головного мозга в рамках органического поражения головного мозга. Несомненно, это требует дополнительного исследования, но наличие признаков тревоги или депрессии, выявленные в результате PHQ-9 и GAD-7, могут отражать необходимость консультации специалиста по психическому здоровью.

Мы предполагаем, что в центре третьего кластера находятся представители женского пола. Женщинам в большей степени, чем мужчинам, свойственны тревожность и стратегии совладания, связанные с эмоциональным отреагированием. Это отчасти подтверждается значимой взаимосвязью между страхом повторного заражения и принадлежностью к женскому полу, который имеет вероятность в 4,5 раза чаще столкнуться с такими переживаниями. Вероятно, мужчины склонны вытеснять астению из-за наличия определенных гендерных представлений и совладания, направленного на активные действия.

Четвертый кластер представляет собой сочетание клинических факторов. Известно, что наличие тяжелых ССЗ (АГ и ХСН в данном случае) связано с тяжестью течения COVID-19-ассоциированной пневмонии, что проявляется в том числе более объемным поражением легких, что, в свою очередь запускает каскад реакций воспалительного генеза, провоцируя ухудшение течения ССЗ. Также наши предыдущие исследования показали негативное влияние клинических факторов на физический компонент качества жизни в период Post-COVID-19.

Таким образом, наличие стресса после перенесенной COVID-19-ассоциированной пневмонии в сочетании с такими факторами как тип личности Д, пребывание в реанимации или утрата близкого человека, связаны с клиническими проявлениями нарушений психики. Нарушения эмоциональной сферы, определенные шкалами в виде признаков тревоги и депрессии, могут свидетельствовать о нарушениях тревожного спектра или изменении когнитивного функционирования. В связи с этим скрининговая диагностика стресса и признаков тревоги и депрессии важна для определения необходимости консультации медицинского психолога или врача-психиатра, в особенности принимая во внимание достаточно высокую потребность в назначении препаратов, для коррекции симптоматики. Уязвимость женщин по сравнению с мужчинами к нарушениям эмоциональной сферы представляется более очевидной, но, вероятно, более поверхностной. Исследование психического и физического здоровья пациентов в период после перенесенной COVID-19-ассоциированной пневмонии необходимо продолжить, поскольку проведенный анализ ставит вопросы, требующие дальнейшего изучения. Представляется целесообразным проведение обучающих курсов для медиков (врачей и среднего медперсонала) основам не только выявления таких нарушений в психике пациентов, но и освоением основных приемов словесной (психотерапевтической) коррекции нарушений адаптации.

## СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Павлова О.А., Юровская Е.М.

НИИ психического здоровья Томский НИМЦ РАН; ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»

Томск

*FAMILY-ORIENTED MENTAL HEALTH CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

*Gutkevich E.V., Lebedeva V.F., Pavlova O.A., Yurovskaya E.M.*

Востребованность семейно-ориентированных мероприятий в сфере охраны психического здоровья стала очевидной в 2020-2021 годах, когда уже на ранних стадиях пандемии COVID-19 Всемирная организация здравоохранения предупреждала, что в условиях карантинных мер для предотвращения кризиса общественного психического здоровья необходимы значительные инвестиции и ответственные мероприятия системы охраны психического здоровья. Пандемия COVID-19 привела к катастрофическим сбоям в работе государственных служб охраны психического здоровья. Временное закрытие клиник, нехватка персонала и перераспределение средств на другие цели приводили к тому, что люди, наиболее нуждавшиеся в услугах психологической и психиатрической помощи, не имели возможности получить эти услуги (ВОЗ, 2020). Эпидемия COVID-19 привела к тому, что более 1,5 млн детей, в том числе и в России, потеряли одного или обоих родителей, бабушек и дедушек, других значимых близких людей, что авторами признается как «Скрытая пандемия сиротства» (Susan D. Hills et al., 2021). В период пандемии проблемы с психическим здоровьем затрагивают все без исключения возрастные и социальные группы. Во многих случаях страдания, которые выпадают на долю людей и их семей, усугубляются стигматизацией, дискриминацией, нарушением прав человека и социальной изоляцией, и восприятие обществом людей с нарушениями психического здоровья само по себе является частью проблемы. Целевыми группами населения являются дети, женщины, пожилые люди, уязвимые люди (коренные народы, мигранты и люди, пострадавшие от конфликтов и стихийных бедствий), студенческая молодежь, инвалиды и семьи лиц с проблемами психического здоровья или психосоциальными нарушениями, то есть нарушениями, возникающими в результате взаимодействия человека с психическим заболеванием и его окружением (ВОЗ, 2021).

По данным НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в 2019 году по возрастному составу пролеченных больных в клинике наибольшее количество было представлено лицами от 31 до 60 лет – 60,1%, старше 61 года – 26,9%, в возрасте до 30 лет – 13%, 68,9% - женщины, 31,1% – мужчины. Преобладали больные с непсихотическими психическими расстройствами (67,4%): экзогенно-органические психические расстройства – 27,2% (их количество незначительно уменьшилось на 6% по сравнению с 2018 годом); невротические расстройства – 38% (их количество увеличилось на 1,4%); аффективные расстройства – 14,6% (рост на 2%); алкогольная и наркотическая зависимости – 10,2% (в 2018 г. – 8,7%); доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством увеличилось на 0,5% в сравнении с 2018 г. (2018 г. – 6,8%, 2019 г. – 7,3%) (Отчет, 2020). В 2020 году преобладали больные с непсихотическими психическими расстройствами (65%): обращает на себя внимание увеличение невротических расстройств – 41,4% (их количество увеличилось на 3,4%); экзогенно-органические психические расстройства – 31,2% (их количество незначительно увеличилось на 4%); аффективные расстройства – 13,6% (незначительное уменьшение); алкогольная и наркотическая зависимости – 6,6% (в 2019 г. – 10,2%); доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством уменьшилась на 2,8% в сравнении с 2019 г. (7,3%) и составила 4,5%. В 2020 году среди пациентов преобладала категория служащих, к которой принадлежало более 1/3 контингента пролеченных больных (31%), значительно (на 13%) увеличилось количество неработающих. Рост данного показателя обусловлен утратой работы в связи с пандемией COVID-19. В 2020 году показатель трудоспособности, утраченной по возрасту, убавился на 2%, что обусловлено уменьшением численности пролеченных пациентов пенсионеров по возрасту (в связи с действием возрастного ограничения, введенного из-за пандемии COVID-19). За первый год пандемии, 2020 год несколько изменилась ситуация с возрастным составом пролеченных больных, впервые за последние 5-7 лет на 2% увеличилось количество пациентов в возрасте от 20 до 30 лет и на 3% уменьшилась доля пациентов в возрасте от 30 до 40 лет. Сохраняется высокий процент числа пролеченных пациентов старшего и позднего возрастов 27% (возраст старше 60) (Отчет, 2021). Очевидно, что нарушения психического здоровья наблюдаются у лиц разного возраста, представителей разных поколений, разных семей.



Семейное функционирование и адаптация, описываемые психолого-генетическими феноменами, психогенеалогией являются в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья, и учитываются в системе оказания психиатрической помощи (Гуткевич Е.В., Шатунова А.И., 2019). В период пандемии в обществе, начальной структурной единицей которого до сих пор является семья, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психолого-социальную и биологическую сущности (Бохан Н.А., Гуткевич Е.В., 2019), актуализировалась проблематика взаимодействий между членами семьи в режиме самоизоляции и карантинных мероприятий в ограниченном пространстве места проживания, обострились хронические заболевания на фоне распространения тревожности в связи с непредсказуемостью последствий эпидемии, произошло изменение режима и формы труда и обучения. В этих условиях сотрудниками НИИ психического здоровья была организована «Горячая линия» Телефона доверия, на которой работали медицинские психологи. В течение 8 месяцев 2020 года проведено более 600 консультаций (Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А., 2021). Также в 2020-2021 годах были предложены возможности он-лайн консультирования в рамках семейно-ориентированной помощи, такие как разговор по телефону, классический письменный чат – электронная почта, видеовстречи, по семейно-генетическим вопросам: информирование о возможном влиянии применения психотропных препаратов на состояние репродуктивной системы пациентов и риски рождения ребенка с пороками развития; планирование рождения детей в семье с матерью, находящейся на стационарном лечении в психиатрической клинике; разъяснение семье ребенка с наследственным заболеванием смысла проведенных молекулярно-генетических исследований с составлением «маршрута» дальнейшего прохождения обследования и плана реабилитации и другие. При этом составлен пакет файлов с бланками Информированного согласия, тестов и опросников для семейной диагностики.

Устойчивые тенденции к оказанию психиатрической помощи по-новому, обусловлены требованиями, которые диктуют общество, семья, человек в актуальных внешних условиях, том числе в ситуации пандемии COVID-19. Наиболее востребованными являются: 1) лечебные программы, удовлетворяющие население 2) программы, которые эффективны на всех этапах оказания помощи (профилактическом, лечебном, и катамнестическом). Мультидисциплинарный подход к организации лечебно-реабилитационных программ является основой современной специализированной психиатрической помощи. Этот подход реализуется на разных уровнях: на уровне пациента (и его семьи), местном (региональном, областном, городском) и государственном, что особенно важно, так как для укрепления психического здоровья необходимы мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Они тем более актуальны для психического здоровья, потому что душевное самочувствие определяется не только качествами личности, но и средой обитания, которая в состоянии предотвращать, провоцировать или усугублять проблемы психического здоровья. Так, распоряжение Правительства Российской Федерации (от 23 декабря 2020 г. № 3512-р) предполагает реализацию до 2024 года многих мероприятий по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации, в том числе «...актуализацию взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия», с медицинскими организациями первичного звена здравоохранения; предупреждения и профилактики нарушений психического здоровья...».

В настоящее время имеются неопровержимые доказательства разрушительного воздействия пандемии COVID-19 на индивидуальное, общественное семейное психическое здоровье. Исходя из особенностей функционирования семейных систем, можно предположить, что последствия этих трудностей будут длительными, что требует проведения дальнейших научно-практических исследований и внедрение их результатов для улучшения качества жизни населения всех возрастов и поколений.

## НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ: МЕТОДЫ НАНЕСЕНИЯ ИХ СВЯЗЬ С СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ

Зинчук М.С., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Акжигитов Р.Г.

ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ  
Москва

*NON-SUICIDAL SELF-HARMING BEHAVIOR: METHODS OF INFLICTION AND THEIR RELATIONSHIP TO SUICIDALITY*

*Zinchuk M.S., Kustov G.V., Voinova N.I., Akzhigitov R.G*

Актуальность. В последние десятилетия отмечается рост интереса к проблеме несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП) [1-3]. Это связано как увеличением распространённости данного феномена в общей популяции, так и с накоплением знаний о высокой частоте неблагоприятных клинических и социальных исходов у лиц, практикующих НССП [4]. Так, было показано, что пациенты с НССП имеют повышенный риск развития психического расстройства, формирования аддикций, терапевтической резистентности, а также совершения суйцидальной попытки [5-7]. С другой стороны большинство лиц, практикующих НССП в молодом возрасте, никогда не обращаются за психиатрической помощью, а самоповреждающее поведение спонтанно редуцируется по завершению подросткового периода. Столь различные исходы не позволяют эффективно использовать в качестве предиктора суйцидального поведения один лишь факт наличия НССП. Для разрешения данной проблемы исследователи обращаются к изучению отдельных характеристик НССП (частота, возраст начала, локализация, выраженность болевых ощущений) с целью выделения фенотипа с менее благоприятным течением [8-9]. Метод нанесения самоповреждения относится многими авторами к числу наиболее значимых параметров, отличающих группы с различным прогнозом [10], однако связь метода самоповреждения и суйцидальности исследована недостаточно. Кроме того, исследования, проведённые в разных странах, продемонстрировали влияние культуральных факторов на проявления и течения НССП [11-12]. До настоящего времени сохраняется дефицит исследований НССП, проведённых на российской клинической выборке.

Цель: Изучить распространённость различных типов НССП у лиц с непсихотическими психическими расстройствами (НППР), а также связь проявлений НССП с суйцидальным поведением.

Пациенты и методы. Для реализации цели на базе ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ было проведено обсервационное исследование с последовательным набором пациентов. Критерии включения: НССП, возраст 18 лет и старше и текущее непсихотическое психическое расстройство. Критерии исключения: пациенты с когнитивными нарушениями и лингво-культуральной некомпетентностью.

Диагноз устанавливался врачом-психиатром на основании соответствия диагностическим критериям МКБ-10. Все пациенты заполнили Опросник Утверждений О Самоповреждениях (Inventory of Statements About Self-injury) [13], позволяющий получать информацию о НССП, включая используемые методы нанесения и возраст начала. Социо-демографические и клиничко-динамические показатели, информация о суйцидальном поведении были собраны при помощи полуструктурированного интервью, разработанного авторами непосредственно для данного исследования.

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

Исследование было одобрено локальным комитетом по научной этике ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Результаты и обсуждение: В исследование было включено 298 пациентов с НППР в возрасте 18-62 лет (средний возраст 24.8 (7.83) лет). Большинство пациентов имело женский пол при рождении (452 (90.8%)), при этом 47 (9.4%) пациентов на момент осмотра сообщили о небинарной гендерной идентичности. Большинство имели неоконченное высшее (192 (38.6%)) и высшее образование (127 (25.5%)), среднее специальное образование имели 70 (14.1%) пациентов, 78 (15.7%) – полное школьное образование и 31 (6.2%) – неоконченное среднее образование. Около половины пациентов не работали (263 (52.8%)), 221 (44.4%) – были трудоустроены, а остальные 14 (2.8%) на пенсии. Из всей выборки 169 (33.9%) человек состояли в незарегистрированных отношениях, 59 (11.8%) – в браке, не имели отношений 270 (54.2%) человек.

Распределение по диагнозам: униполярная депрессия (F32/33) – 137 (27.5%), биполярное расстройство (F31) – 124 (24.9%), расстройства личности (РЛ) (F60/61) – 136 (17.3%), шизотипическое расстройство личности (F21.8) – 75 (15.1%), невротические и связанные со стрессом расстройства (F40/F41/F42/43/44/45) – 63 (12.7%), расстройства пищевого поведения (РПП) (F50) – 18 (3.6%). Пятьдесят восемь (11.6%) пациентов имели два и более психических расстройства.

Практически все пациенты (268 (94%)) в течение жизни использовали несколько методов нанесения НССП. Распределение по методам: нанесение порезов – 386 (77.7%), битье себя и удары о стены и предметы – 340 (68.4%), нанесение сильных царапин – 328 (68.4%), препятствие заживлению ран -297 (59.8%), нанесение укусов – 257 (51.7%), щипание – 234 (47.1%), выдирание волос – 203 (40.8%), вырезание символов на коже – 194 (39%), нанесение ожогов – 188 (37.8%), введение иглолок - 129 (26%), принятие внутрь опасных веществ – 128 (25.8%), растирание кожи о грубые поверхности – 95 (19.1%), а 27 (5.4%) человек прибегали к другим методам самоповреждения. Средний возраст нанесения первого НССП был 15.3 (5.52) года.

В течение жизни хотя бы одну суицидальную попытку совершили 225 (45.2%) человек. Пациентов с суицидальными попытками отличал более молодой возраст (24.2 (7.7) vs 25.3 (7.91):  $p=0.05$ ). Им чаще выставлялся диагноз шизотипического личностного расстройства (45 (20%) vs 30 (11%):  $p=0.006$ ) и реже диагнозы невротических и связанных со стрессом расстройств (18 (8%) vs 45 (16.5%):  $p=0.004$ ). При этом между группами не было выявлено значимых различий по таким показателям как биологический пол, гендерная идентичность, уровень образования, трудовой статус и семейное положение. Средний возраст первой попытки составил 18 (6.02) лет.

Пациентов, совершивших суицидальную попытку, отличал более ранний дебют НССП (14.3 (4.76) vs 16.14 (5.96):  $p<0.001$ ). Репертуар методов нанесения самоповреждений у совершивших суицидальную попытку был значимо шире (5.08 (2.64) vs 6.35 (2.91):  $p<0.001$ ). Они чаще прибегали к таким методам НССП как нанесение порезов (186 (82.7%) vs 201 (73.6%):  $p=0.017$ ), ожогов (99 (44%) vs 90 (33%):  $p=0.012$ ), вырезание символов на коже (102 (45.3%) vs 93 (34.1%):  $p=0.013$ ), щипание (120 (53.3%) vs 115 (42.1%):  $p=0.015$ ), выдирание волос (111 (49.3%) vs 93 (34.1%):  $p<0.001$ ), препятствование заживлению ран (165 (73.2%) vs 176 (64.5%):  $p=0.042$ ), втыкание иглолок (72 (32.0%) vs 57 (20.9%):  $p=0.006$ ) и принимали внутрь опасные вещества (84 (37.3%) vs 44 (16.1%):  $p<0.001$ ).

Выводы: Использование нескольких методов нанесения НССП широко распространено среди пациентов с НППР. Нанесение порезов, удары о стены и предметы, а также нанесение сильных царапин являются наиболее распространёнными методами. Для пациентов, совершивших суицидальную попытку, характерен неблагоприятный вариант течения НССП с ранним дебютом, более широким репертуаром методов нанесения самоповреждений.

## ФАКТОРЫ РИСКА СОМАТИЗАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Золотарева А.А.

Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»

Москва

*RISK FACTORS FOR SOMATIZATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

*Zolotareva A.A.*

По данным эпидемиологических исследований, до 49,7% людей сообщают о соматических симптомах в период пандемии COVID-19 (Lixia et al., 2022). Самые высокие показатели соматизации наблюдаются у медицинских работников и пациентов с хроническими заболеваниями, среди которых до 90% людей могут иметь клинически значимые показатели соматизации (Mishra et al., 2021). При этом соматизация тесно связана с тревогой, депрессией, воспринимаемым стрессом, симптомами посттравматического стрессового расстройства, эмоциональным выгоранием, суицидальными мыслями и мыслями о самоповреждении, а также частым обращением за медицинской помощью и недоверием к системе здравоохранения (Wang et al., 2021). Широкая распространенность физических симптомов и их негативное влияние на психическое здоровье и психологическое благополучие людей определяют необходимость изучения факторов, которые могут провоцировать развитие соматизации в период пандемии COVID-19. Эмпирический поиск таких факторов риска стал целью настоящего исследования.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 2011 русскоязычных респондентов, в том числе 676 (33,6%) мужчин и 1335 (66,4%) женщин в возрасте от 18 до 80 лет ( $M = 40,91$ ;  $SD = 10,57$ ).

Среди них 1174 (58,4%) респондента указали, что болели коронавирусной инфекцией, и 1215 (60,4%) респондентов сообщили, что частично или полностью прошли вакцинацию против коронавирусной инфекции. Сбор данных был проведен с помощью рекрутинговой компании «Анкетолог».

Методики. Участники исследования заполнили анкету, состоящую из русскоязычных версий следующих инструментов: 1) шкала соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8); 2) шкала тяжести киберхондрии (Cyberchondria Severity Scale-12, CSS-12); 3) шкала страха пандемии (Fear of COVID-19 Scale, FCV-19S); 4) шкала профилактического поведения в период пандемии COVID-19 (COVID-19 Preventive Behavior Index, CPBI).

Для статистической обработки данных были использованы методы описательной статистики и логистического регрессионного анализа.

Результаты. Среди опрошенных россиян 42,2% сообщали о боли в груди или одышке, 50,7% – о головокружении, 61,9% – о проблемах с желудочно-кишечным трактом, 65,7% – о боли в руках, ногах или суставах, 69,3% – о проблемах со сном, 73,9% – о боли в спине, 77,1% – о головной боли, 87,1% – о чувстве усталости или недостатке энергии. При этом у 39,1% респондентов были клинически значимые показатели соматизации ( $SSS-8 \geq 12$ ).

Результаты логистического регрессионного анализа указали на то, что потенциальными факторами риска соматизации является женский пол ( $OR = 1.80$ ; 95% CI, 1.45-2.23), возраст ( $OR = 1.02$ ; 95% CI, 1.01-1.03), опыт перенесенной коронавирусной инфекции ( $OR = 1.72$ ; 95% CI, 1.41-2.10), вакцинация от коронавирусной инфекции ( $OR = 1.22$ ; 95% CI, 1.00-1.50), киберхондрия ( $OR = 1.05$ ; 95% CI, 1.04-1.07), страх пандемии COVID-19 ( $OR = 1.06$ ; 95% CI, 1.04-1.08) и профилактическое поведение в период пандемии COVID-19 ( $OR = 1.00$ ; 95% CI, 0.99-1.01).

Обсуждение результатов. Среди потенциальных факторов риска соматизации в период пандемии COVID-19, обнаруженных в настоящем исследовании, можно прежде всего выделить женский пол, возраст, опыт перенесенной коронавирусной инфекции и страх пандемии COVID-19. Эти факторы ранее были изучены зарубежными исследователями, сообщившими о том, что соматизации наиболее подвержены женщины, люди более старшего возраста, переболевшие коронавирусной инфекцией и испытывающие страх пандемии COVID-19 (Starcevic et al., 2021).

В настоящем исследовании впервые были оценены киберхондрия и профилактическое поведение как факторы риска соматизации в период пандемии COVID-19. В допандемических исследованиях была показана тесная связь между соматизацией и киберхондрией, или склонностью к чрезмерному, импульсивному поиску онлайн-информации о симптомах редких и серьезных заболеваний (там же). В то же время профилактическое поведение и вакцинация против коронавирусной инфекции также оказались факторами риска соматизации. Эти факты могут быть объяснены тем, что следование профилактическим мероприятиям постоянно напоминает людям об угрозах пандемии, что провоцирует у них различные тревожные состояния и связанные с ними соматические симптомы. Также известно, что люди с высокой психосоматической нагрузкой могут колебаться между выбором и отказом от вакцинации против коронавирусной инфекции, поскольку одинаково напуганы как пандемией, так и возможными побочными реакциями на вакцинацию (Simione et al., 2021).

Заключение. Настоящее исследование показало, что более трети россиян испытывают высокую соматическую нагрузку. Знание психологических и социально-демографических факторов риска соматизации позволит специалистам разработать программы профилактики и укрепления психосоматического благополучия россиян.

## **СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РФ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Жернов С.В.**

МВД России

Москва

## *THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN EMPLOYEES OF THE INTERNAL AFFAIRS OF THE RUSSIAN FEDERATION DURING THE COVID-19 PANDEMIC*

*Ichitovkina E.G., Soloviev A.G., Zhernov S.V.*

Всемирная организация здравоохранения 11.03.2020 г. объявила вспышку новой коронавирусной инфекции COVID-19 пандемией. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 2.04.

2020 № 239 [2], на основании подпункта «б» статьи 4.1 Федерального закона РФ от 21.12.1994 № 68-ФЗ [3] органы управления единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) в РФ начали функционировать в режиме повышенной готовности (РПГ) из-за угрозы возникновения ЧС, связанной с распространением COVID-19.

В силу особенностей профессиональной деятельности для значительного числа сотрудников органов внутренних дел (ОВД) РФ, продолжавших выполнять служебные обязанности и непосредственно контактировавших с не самыми благополучными в плане личной гигиены и здоровья членами общества, пандемия COVID-19 явилась причиной дестабилизации эмоционального состояния с выраженным психическим и физическим перенапряжением [1].

Полицейские относятся к группе особого профессионального риска, несут повседневную службу с табельным оружием, в связи с чем, к состоянию их психического здоровья должны предъявляться повышенные требования [4]. В условиях РПГ COVID-19 важным является вопрос изучения нозологической структуры психических заболеваний у сотрудников полиции для разработки мероприятий по своевременной профилактике у них грубых нарушений психики препятствующих дальнейшему прохождению службы.

Целью исследования явился анализ нозологической структуры психических расстройств у сотрудников ОВД РФ в условиях РПГ COVID-19.

Материалы и методы. Проанализированы статистические отчеты медицинских организаций системы МВД России о заболеваемости психическими расстройствами и нарушениями поведения сотрудников ОВД РФ за период с 2019-2021 гг. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программы SPSS 22.0. При анализе количественных данных с нормальным распределением использовался параметрический t-критерий Стьюдента, критический уровень статистической составил  $p \leq 0,001$ .

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что в период пандемии COVID-19 рост первичной заболеваемости психическими расстройствами сотрудников ОВД РФ составил 33,2%, что значимо ( $p \leq 0,001$ ) выше, чем в 2019 г.

Нозологическая структура значительно ( $p \leq 0,001$ ) возросших у личного состава психических заболеваний представлена: расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69) (рост на 57,1%), невротическими связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F40-F48) (36,9%), психическими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10-F19) (31,1%), шизофренией и бредовыми расстройствами (F20-F29) (17,4%), органическими психическими расстройствами (рост на 13,5%). Кроме того, у 34,8 % сотрудников, перенесших в 2020-21 гг. COVID-19, зарегистрированы донозологические невротические состояния, требующие проведения терапии и психокоррекционных мероприятий с участием психотерапевтов и медицинских психологов.

Заключение. В условиях РПГ, обусловленного пандемией COVID-19, у сотрудников ОВД РФ выявлен значимый рост первичной заболеваемости психическими расстройствами, нозологическая структура которых варьирует от грубых нарушений психики до невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств. В условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 необходимо повышение качества профилактической работы и совершенствование ведомственной службы охраны психического здоровья с разработкой и внедрением комплекса мероприятий, направленных на повышение ранней диагностики психического неблагополучия сотрудников при проведении ежегодных психопрофилактических обследований личного состава с использованием бригадного полипрофессионального подхода.

## ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА И ХАРАКТЕРА В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э.

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

Санкт-Петербург

*FEATURES OF TEMPERAMENT AND CHARACTER AMONG RELATIVES OF PATIENTS WITH AFFECTIVE  
DISORDERS*

*Kasyanov E.D., Mazo G.E.*

Лица по крайней мере с одним кровным родственником с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР), примерно в 2,8 раза чаще сами страдают данной патологией по сравнению с общей популяцией (Sullivan P.F. et al., 2000), а лица с биполярным аффективным расстройством (БАР) – до 19 раз (Smoller J.W. et al., 2003). Более того, наиболее высокому риску развития аффективных расстройств (АР) подвержены потомки двух поколений с данными патологиями (Talati A. et al., 2013), что даёт возможность сделать предположение о генетическом характере семейной агрегации РДР и БАР (Flint J. et al., 2014). При этом нельзя исключить роль общих патогенных пре- и перинатальных, стрессовых, экологических и других средовых факторов, накапливающихся в семьях (Srinivasan R. et al., 2020). Сюда же относятся факторы особенностей темперамента – как базовой характеристики индивидуальной реактивности человека на отрицательные и положительные события (Разумникова О. 2005; Azorin J.M., et al. 2012; Koenders M.A. et al., 2020). Однако опубликовано мало данных о взаимосвязи личностных характеристик с АР в семьях пациентов (Zaninotto L. et al., 2016; Koenders M.A. et al., 2020).

**Материалы и методы.** В данном семейном кросс-секционном исследовании с целью сравнения особенностей темперамента и характера у родственников пробандов с РДР и БАР (исследовательская группа – 36 семей) и родственников пробандов без каких-либо психических расстройств (группа сравнения – 23 семьи) использовался Опросник Клонингера (TCI-125). В общей сложности было включено 180 человек, из них: пробандов с АР n=36 (20%), родственников пробандов с АР n=68 (37,8%), пробандов без АР n=23 (12,8%), родственников пробандов без АР n=53 (29,4%). Научное исследование одобрено Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева (протокол №7, №ЭК-2013). Статистический анализ и визуализация данных проводились на языке программирования R (версия 4.0.2) в RStudio v1.4.1717. Для анализа количественных переменных использовались тест Крускала – Уоллиса и пост-хок критерий Манна – Уитни для попарных сравнений.

**Результаты:** Пробанды с АР, в сравнении с кровными родственниками, имели статистически значимо более высокие баллы TCI-125 по таким дименсиям, как «поиск новизны» (10,2 [3,4] vs 7,5 [4,4]; p=0,004), «избегание опасности» (13,6 [4,7] vs 11,3 [4,9]; p=0,01), «зависимость от поощрения» (8,6 [2,8] vs 7 [3,8]; p=0,02), а также «самотрансцендентность» на уровне тенденции к значимости (6,9 [3,9] vs 5,5 [3,9]; p=0,08). Пробанды с АР имели статически более высокий балл по дименсии «избегания опасности» (13,6 [4,7] vs 9,7 [4,9]; p=0,002) в сравнении с пробандами без аффективных расстройств. Вместе с тем, родственники пробандов с АР не имели статистически значимых различий с родственниками здоровых пробандов (p>0,05); отмечалась лишь тенденция к значимости к более низкому баллу по дименсии «зависимости от поощрения» (7 [3,8] vs 8 [2,6]; p=0,07). Особый интерес представляло сравнение здоровых родственников пробандов с АР и здоровых родственников пробандов без АР. Так, здоровые родственники пробандов с АР имели статистически значимо более низкий балл по таким дименсиям, как «поиск новизны» (5,2 [3,9] vs 8,9 [3,7]; p=0,001), «зависимость от поощрения» (5,7 [3,2] vs 8,2 [2,6]; p=0,001) и «самотрансцендентность» (4,3 [3,8] vs 6,4 [3,1]; p=0,003) в сравнении с родственниками пробандов без АР.

**Заключение.** Пробанды с АР имеют значимые различия в дименсиях темперамента и характера в сравнении как с кровными родственниками, так и с пробандами без АР. Низкий балл по дименсии «поиск новизны» у здоровых родственников ассоциирован с отягощённым семейным анамнезом по АР.

## **СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ МОЖЕТ УМЕНЬШАТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ СВЯЗИ МЕЖДУ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЕТСКИМ ОПЫТОМ И СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ**

**Кибитов А.А., Касьянов Е.Д., Николишин А.Е., Рукавишников Г.В., Малышко Л.В., Попович У.О., Голимбет В.Е., Незнанов Н.Г., Шмуклер А.Б., Кибитов А.О., Мазо Г.Э.**

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

Санкт-Петербург

*FAMILY HISTORY OF MOOD DISORDERS MAY WEAKEN THE LINK BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCE AND SUICIDALITY IN PATIENTS WITH DEPRESSION*

*Kibitov A.A., Kasyanov E.D., Nikolishin A.E., Rukavishnikov G.V., Malyshko L.V., Popovich U.O., Golimbet V.E., Neznanov N.G., Shmukler A.B., Kibitov A.O., Mazo G.E.*

Введение. Депрессия ассоциирована с риском суицида, который может дополнительно возрастать при наличии неблагоприятного детского опыта (НДО). Влияние генетических факторов на связь НДО и суицидальности у пациентов с депрессией изучено мало. Мы изучили влияние семейной отягощенности (СО) расстройствами настроения, отражающей совокупность ассоциированных с депрессией генетических факторов, на связь НДО и суицидальности у пациентов с депрессией.

Материалы и методы. В данном кросс-секционном многоцентровом исследовании приняли участие 200 пациентов (64% (n=128) женщин, средний возраст – (M(SD)) 36,21(15,09) лет.) с депрессией. Данные о СО расстройствами настроения и наличии суицидальных попыток получены в ходе клинических интервью. Выраженность суицидальных идей и поведения в течение жизни оценивалась с помощью Колумбийской шкалы тяжести суицида (C-SSRS), НДО – Международный опросник неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ).

Результаты. Наличие СО не влияло на частоту НДО, суицидальных попыток и баллов по C-SSRS. СО уменьшало влияние НДО на риск совершения суицидальной попытки. Эмоциональное пренебрежение само по себе увеличивало риск совершения суицидальной попытки ( $p=0,001$ , ОШ=4,428, ДИ 95% [1,797-10,911]), однако при наличии СО, наоборот, его снижало ( $p=0,03$ , ОШ=0,128, ДИ 95% [0,018-0,893]). ОЛМ продемонстрировала влияние СО на выраженность ассоциации суицидальных идей с домашним насилием ( $p=0,045$ ), суицидального поведения – с эмоциональным пренебрежением ( $p=0,018$ ) и эмоциональным насилием ( $p=0,044$ ).

Заключение. Таким образом, наличие СО расстройствами настроения уменьшает влияние НДО на суицидальность у пациентов с депрессией, которая может обуславливаться механизмами, не связанными с ответом на НДО.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ОНЛАЙН ФЕНОТИПИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ В ПОПУЛЯЦИОННЫХ КОГОРТАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ HADS И DSM-5: РОССИЙСКОЕ ПОЛНОГЕНОМНОЕ АССОЦИАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (GWAS) 4 520 УЧАСТНИКОВ**

**Кибитов А.О., Касьянов Е.Д., Ракитько А.С., Ермакович Д.В., Кибитов А.А., Рукавишников Г.В., Ильинский В.В., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; ООО «Генотек»

Москва, Санкт-Петербург

*OPPORTUNITIES OF ONLINE PHENOTYPING OF DEPRESSION IN POPULATION COHORTS USING HADS AND DSM-5: RUSSIAN GENOME-WIDE ASSOCIATION STUDY (GWAS) FOR 4,520 PARTICIPANTS*

*Kibitov A.O., Kasyanov E.D., Rakitko A.S., Ermakovich D.V., Kibitov A.A., Rukavishnikov G.V., Ilyinsky V.V., Neznanov N.G., Mazo G.E.*

Депрессия – хроническое рецидивирующее психическое заболевание с существенным уровнем генетического влияния, которое поражает до 5-10% населения. Для достижения задач профилактики необходимы возможности выявления в популяции групп риска – индивидуумов с высоким уровнем генетического риска развития депрессии.

Цель исследования: проведение первого в России полногеномного ассоциативного исследования (GWAS) с применением онлайн фенотипирования с использованием психометрических и диагностических инструментов для оценки симптомов депрессии на достаточной выборке из популяции РФ и построение полигенных шкал риска (PRS) развития депрессии с учетом полиэтничности российской популяции

Материалы и методы. Сбор данных проводился посредством онлайн-анкетирования на интернет-портале российского провайдера услуг генетического тестирования (ООО "Генотек"). Включены респонденты старше 18 лет, давшие добровольное информированное согласие на прохождение анкетирования и обработку персональных данных. Десять исследовательских фенотипов были сформированы на основе самоопросников с применением современных международных клинических и психометрических инструментов. На основе оригинального электронного опросника с использованием диагностических критериев DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) были выделены 5 исследовательских фенотипов: 1) депрессия («DSM депрессия»); 2) биполярное аффективное расстройство (БАР) («DSM БАР»); 3) генерализованное тревожное расстройство (ГТР) («DSM ГТР»), и два симптоматических фенотипа 4) «DSM ангедония», 5) «DSM гиперфагия+гиперсомния».

С использованием электронного варианта шкалы HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale; (Snaitch & Zigmond, 1986)) выделены 5 фенотипов: количественные фенотипы на основании суммарного балла по соответствующим подшкалам- 6) «Суммарный балл по HADS-A» и 7) «Суммарный балл по HADS-D», а также категориальные фенотипы – 8) HADS-D\_субклиническая депрессия»; 9) «HADS-D депрессия» и 10) «HADS-A тревога». В качестве контрольной группы изучены участники, не имевшие категориальных фенотипов по DSM и HADS. Для анализа фенотипа «DSM ангедония» использовался бинарный вариант фенотипирования всей выборки- наличие или отсутствие ангедонии.

Всего в исследовании приняли участие 5116 участников (средний возраст 36.9 (SD 9.8) лет, женщины – 49.4%). Образцы ДНК участников были генотипированы на микрочипах Illumina Infinium Global Screening Array (GSA) v1.0 / v2.0 / v3.0. После проведения многоступенчатого контроля качества в GWAS исследование включены 4520 образцов. GWAS анализ был выполнен независимо для каждого из 10 исследовательских фенотипов отдельно. На основе данных GWAS были проведены оценки генетических корреляций и SNP-наследуемости исследовательских фенотипов.

Результаты. Получены сигналы с полногеномной значимостью ( $p$  value  $\leq 10^{-8}$ ) для нескольких фенотипов: 1) «DSM ГТР» ( $p = 6,353 \times 10^{-8}$ ); 2) «HADS-D депрессия» ( $p = 5,111 \times 10^{-8}$  и  $p = 9,870 \times 10^{-8}$ ); 3) «Суммарный балл по HADS-D» ( $p = 7,174 \times 10^{-9}$  и  $p = 5,390 \times 10^{-8}$ ); Для прочих фенотипов получены сигналы с уровнем  $p = 10^{-7}$  и  $p = 10^{-6}$ , что является неплохим и перспективным результатом для популяционной выборки небольшого размера.

Для каждого фенотипа были отобраны по 5 независимых SNP (LD R2  $\leq 0,7$ ) с наименьшими значениями  $r$ , для которых были определены частоты минорных аллелей, локализация (внутригенная, межгенная), получены аннотации генов с их функциональной значимостью и направление и размер эффекта, а также отобраны маркеры в генах, кодирующих белки:

«DSM депрессия»: маркеры риска 1) rs7655888 ( $p = 2,08012 \times 10^{-7}$ , OR=1,98421) в гене GALNTL6; 2) rs41476444 ( $p = 2,1357 \times 10^{-6}$ , OR= 2,63803) в гене PLCE1.

«DSM БАР»: маркеры риска 1) rs112300604 ( $p = 1,73841 \times 10^{-6}$ , OR= 2,64892) в гене HS6ST3; 2) rs17507040 ( $p = 2,19925 \times 10^{-6}$ , OR= 1,94775) в гене NCALD; 3) rs34817697 ( $p = 2,42029 \times 10^{-6}$ , OR= 2,60534) в гене PTPRT.

«DSM ГТР»: 1) rs28484600 ( $p = 6,35284 \times 10^{-8}$ , OR= 1,47133) в гене BSPH1; 2) rs139821329 ( $p = 1,02309 \times 10^{-6}$ , OR= 3,29784) в гене HDAC4.

«DSM гиперсомния+гиперфагия» – маркеры риска: 1) rs202169431 ( $p = 4,22263 \times 10^{-7}$ , OR= 6,75121) в гене GFRA2; 2) rs75288328 ( $p = 1,24486 \times 10^{-6}$ , OR= 2,55394) в гене TRIO.

«DSM ангедония» - маркер риска: rs296009 ( $p = 9,71246 \times 10^{-7}$ , OR= 1,48432) в гене SLIT и протективный маркер: rs577951495 ( $p = 2,91118 \times 10^{-6}$ , OR= 0,815576) в гене NECAB1.

«HADS-D депрессия»: маркер риска rs670264 ( $p = 2,72295 \times 10^{-7}$ , OR= 1,40237) в гене LARGE1.

«HADS - A тревога» - маркеры риска: 1) rs5839475 ( $p = 7,27265 \times 10^{-7}$ , OR= 1,30891) в гене ATG16L1; 2) rs113044810 ( $p = 1,26593 \times 10^{-6}$ , OR= 1,69541) в гене PTPRB. Также выявлен маркер протективного характера: rs34990526 ( $p = 1,01661 \times 10^{-6}$ , OR= 0,771581) в гене NRG1.

«HADS-D субклиническая депрессия»: маркеры риска 1) rs368050850 ( $p = 4,35538 \times 10^{-7}$ , OR= 1,42478) в гене C2orf69; 2) rs370867868 ( $p = 4,76782 \times 10^{-7}$ , OR= 1,91273) в гене MCM9.

Количественный фенотип «Суммарный балл по HADS-D»: маркеры риска 1) rs521851 ( $p = 2,27337 \times 10^{-7}$ , Beta 0,660014) в гене MAGI2; rs2648507 ( $p = 3,21315 \times 10^{-7}$ , Beta 0,924973) в гене SRGAP3.

Количественный фенотип «Суммарный балл по HADS-A»: маркер протективного характера: rs117678061 ( $p = 2,0358 \times 10^{-6}$ , Beta -1,59473) в гене NUMB.



Проведена оценка SNP-наследуемости исследовательских фенотипов и выявлены значимые оценки для 6-ти фенотипов ( $h^2(SE)$ ): 1) «DSM гиперсомния+гиперфагия» -0,48(0.1122); 2) «DSM ГТР» – 0,2585 (0.1294); 3) «HADS-D субклиническая депрессия» -0,1798 (0.0953); 4) «HADS-D депрессия» 0,1485 (0.0908); 5) «DSM ангедония» – 0,1176 (0.0594) и 6) «HADS-Атревога» – 0,0986 (0.0792)

На основе результатов GWAS проведена оценка генетических корреляций  $R_g$  (SE) между исследовательскими фенотипами, выявлены значимые корреляции между рядом фенотипов с максимальным уровнем для фенотипов «HADS-D депрессия» и «HADS-D субклиническая депрессия» - 0,9733 (0,0625) и минимальным уровнем для фенотипов «DSM субклиническая депрессия» и «DSM гиперсомния+гиперфагия» – 0,335 (0,1845)

Наибольшее количество оптимальных PRS получено при использовании данных обобщенной статистики большого GWAS исследования фенотипа депрессия (Британский биобанк и PGC) с наилучшими показателями значения доли объясненной дисперсии  $R^2$ :

для фенотипов: «DSM ГТР» ( $R^2 = 0.0168$ ), «DSM депрессия» ( $R^2 = 0.01371$ ), количественный фенотип «Суммарный балл по HADS-A» ( $R^2 = 0.01246$ ) и «HADS-D депрессия» ( $R^2 = 0.0102$ ).

Дополнительно были построены модели оценки риска с использованием только ковариат (возраст, пол и 15 MDS (Multidimensional scaling) компонент для сравнительной оценки вклада генетических (PRS. $R^2$ ) и прочих факторов (Null. $R^2$ ), а также модели, учитывающие обе группы факторов (Full. $R^2$ ). Максимальный вклад ковариат был выявлен для фенотипа «DSM гиперсомния+гиперфагия» (Null. $R^2 = 0.1139$ ), а минимальный – для количественного фенотипа «Суммарный балл по HADS-D» (Null. $R^2 = 0.0140$ ) и «HADS-D субклиническая депрессия» (Null. $R^2 = 0.0194$ ).

Результаты исследования удовлетворительны и подтверждают корректность исследовательской стратегии. Полученные данные доказывают возможность адекватного фенотипирования депрессии в популяции с использованием онлайн инструментов для проведения полногеномных ассоциативных исследований, выявления маркеров риска и построения полигенных шкал риска, а также изучения генетической архитектуры депрессии. Необходимы дальнейшие исследования на расширенных выборках.

Исследование поддержано грантом РФФИ 20-15-00132

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ**

**Кольцова Е.А., Злоказова М.В.**

**ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»  
Минздрава России**

**Киров**

***THE RELATIONSHIP OF INTERNET-DEPENDENT BEHAVIOR IN MEDICAL STUDENTS WITH ANXIETY AND  
DEPRESSION***

***Koltsova E.A., Zlokazova M.V.***

Актуальность. Интернет зависимое поведение (ИЗП) широко распространено в современном мире, особенно среди молодежи и студентов (Шайдукова Л.К., 2020). Совместное течение ИЗП и тревожно-депрессивных расстройств утяжеляет течение заболеваний, ухудшает прогноз, может привести к хронизации процесса или возникновению других коморбидных заболеваний (Кибитов А.О., 2019). Необходимо более детально изучить распространенность коморбидности данных состояний для предупреждения развития расстройств на начальных этапах с помощью психокоррекционных методов (Пережогин Л.О., 2019).

Цель работы: выявление взаимосвязи ИЗП с тревогой и депрессией у студентов Кировского ГМУ.

Материалы и методы: было опрошено 313 студентов Кировского ГМУ, среди них: учащиеся 1-3 курсов – 78,3% (n=245), 4-6 курсов – 21,7% (n=68), девушек – 68,1% (n=213), юношей – 31,9% (n=100). Средний возраст – 19,84±1,85 лет.

Проводилось анкетирование для определения факторов риска ИЗП. Использовалась также Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Достоверность различий оценивалась в программе «Excel» с использованием критерия Стьюдента и коэффициента корреляции Спирмена. Статистически значимыми считались различия при  $p < 0,05$ .

Результаты. Было определено, что 44,1% респондентов проводили более 5 часов в день за телефоном/компьютером, 43,4% – 3-4 часа, лишь 12,5% - 1-2 часа.

Прямая сильная корреляционная связь была выявлена между проведением за гаджетами более 5 часов и повышенным уровнем тревоги ( $r=0,92$ ,  $p<0,05$ ) и депрессии ( $r=0,88$ ,  $p<0,05$ ).

Выводы и обсуждение результатов. У значительного количества студентов медицинского вуза выявлены признаки ИЗП. Выявлена взаимосвязь между признаками ИЗП, тревогой и депрессией. Чрезмерное увлечение гаджетами приводит к усилению тревоги и депрессии вследствие искаженного представления о жизни других людей, снижению успеваемости, нарушениям сна (голубой свет от смартфонов подавляет выработку мелатонина) и др.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения психопрофилактических мероприятий и психокоррекционной работы со студентами.

## **ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН В КЛИНИКЕ АУТОХТОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ**

**Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В.**

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

Санкт-Петербург

*THERAPEUTIC RESISTANCE AS A BIOPSYCHOSOCIAL PHENOMENON IN THE CLINIC OF AUTOCHTHONOUS MENTAL DISORDERS*

*Kotsubinsky A.P., Isaenko J.V.*

В классическом определении под терапевтической резистентностью подразумевается отсутствие ожидаемого (прогнозируемого) лечебного эффекта при применении прежде всего адекватной психофармакотерапии [Мосолов С.Н., 2002]. Представление о первичной резистентности связано с учетом четырех факторов в анамнезе пациентов: 1) назначение лечения в соответствии с принятыми клиническими показаниями, т.е. дифференцированный подход на основе правильной клинической диагностики и применение эффективной дозировки назначаемого психотропного средства; 2) соблюдение достаточной длительности курса терапии; 3) данные о неэффективности не менее 2-х последовательных курсов адекватной по клиническим показаниям и длительности использования неодинаковых по механизму действия препаратов; 4) особенности структуры и глубины выраженности некоторых вариантов «синэргично сцепленных» многомерных характеристик текущего психического расстройства.

Логично предположить, что первичная терапевтическая резистентность во многом связана с особенностями биологического адаптационно-компенсаторного потенциала, оказывающегося недостаточным для эффективного взаимодействия с используемыми медикаментозными препаратами, Вторичная резистентность не является собственно резистентностью, а представляет собой феномен, при котором: а) отсутствие эффекта от применяемого лечения развивается по мере увеличения его длительности и связано с развитием так называемого феномена адаптации к психофармакотерапии, особенно при ее шаблонном применении; б) отсутствие эффекта от применяемого лечения связано с неадекватностью терапии; в этих случаях отсутствие эффекта может быть связано не только с неточностью выбора препарата, недостаточностью его дозировки или несоблюдением длительности курса терапии, но и с другими факторами (соматогенным, фармакокинетическим и др.).

Существенное значение в формировании вторичной резистентности имеют особенности психологического адаптационно-компенсаторного потенциала, что на практике проявляется в отсутствии эффекта, связанного с несоблюдением больным режима предлагаемой ему терапии. Последнее во многом обуславливается отсутствием мотивации на социальную адаптацию, особенностью самостигматизации, качества жизни и защитных психологических адаптационно-компенсаторных образований (копинга, психологической защиты, субъективной концепции морбидности). Чаще всего в этих случаях имеет место психологическая «отягощенность» пациентов (психологические и социальные факторы в морбидном и преморбидном периоде), включая выраженность у этих пациентов преморбидной нервно-психической дезорганизации (психического диатеза) и различных форм личностных особенностей (от акцентуации до расстройства личности), то есть – «западения» в сфере психологического адаптационно-компенсаторного потенциала. При этом первично имеющиеся психосоциальные «искажения» оказываются столь тесно переплетенными с сформировавшимися в

процессе развития заболевания, что их дифференцированное рассмотрение теряет всякий практический смысл.

Традиционно считается, что для преодоления первичной терапевтической резистентности важны прежде всего биологические методы терапии, а для преодоления вторичной резистентности важное место занимают (помимо реорганизации психофармакологического лечения и лечебного режима) также психотерапевтические и социотерапевтические методы. Однако необходимо уточнить, что при аутохтонном расстройстве холистический подход предполагает проведение лично-центрированной терапии (персонализированно-медикаментозной и персонализированно-психотерапевтической) как при первичной, так и вторичной терапевтической резистентности (хотя удельный вес входящих в него медикаментозно-психотерапевтических компонентов, в зависимости от этиологии резистентности, будет различным).

## **КУМУЛЯТИВНЫЙ СТРЕССОГЕННЫЙ РИСК ПРОДОЛЖЕНИЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ**

**Кремлева О.В.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*CUMULATIVE STRESSFUL RISK OF CONTINUED COVID-19 EPIDEMIC FOR HEALTHY POPULATION*

*Kremleva O.V.*

Цель: изучение динамики стрессогенного риска субъективного переживания эпидситуации от начала эпидемии COVID-19 в здоровой популяции. Материалом исследования явилась случайная выборка людей трудоспособного возраста в Свердловской области без установленного диагноза психического расстройства, добровольно принявших участие в онлайн-исследовании. Исследовано 276 респондентов (96 мужчин, 34,7%, 180 женщин, 65,2%) в среднем возрасте  $28,388 \pm 1,181$  лет (мин. 13 лет, макс. 78 лет, медиана – 25,000). Методы: Для он-лайн скрининга субъективного переживания ситуации в связи с ковид-эпидемией и ассоциированного наличия симптомов стрессового расстройства использован русскоязычный аналог Post-traumatic stress disorder Checklist, адаптированный автором к диагностическим критериям МКБ-10 для ПТСР без оценки выраженности симптома. Утвердительные ответы на 3 и более вопроса из 14 считались положительным результатом скрининга, указывая на возможный риск развития стрессового расстройства. Дизайн: Корреляционный анализ, в котором в качестве независимой переменной принят временной период исследования в динамике эпидситуации, зависимыми переменными приняты пол, возраст и количество ответов респондента, подтверждающих риск развития стрессового расстройства. Первое скрининговое он-лайн исследование проводилось у 141 респондента (51,1%) в 2020 г. через 44 дня от официального объявления Covid-19 пандемией и через 35 дней после введения режима самоизоляции в России, второе аналогичное исследование - 13-20 января 2022 г., когда начался новый подъем заболеваемости штаммом омикрон. Результаты: Среднее число утвердительных ответов в 1-м исследовании –  $2,804 \pm 0,306$  (мин. – 0, макс. – 11, медиана – 2,000), во 2-м –  $3,430 \pm 0,420$  (мин. – 0, макс. – 11, медиана – 3,000). Корреляционный анализ посредством профессионального статистического пакета не обнаружил значимых корреляционных связей в общей выборке ( $n=276$ ) среднего количества утвердительных ответов с полом респондентов ( $V$ Крамера=0,226,  $p=0,2$ ) и их возрастом ( $V$ Крамера=0,205,  $p=0,2$ ). Выявлена значимая положительная связь нарастания количества ответов респондентов, указывающих на стрессогенный риск с временной динамикой течения эпидемии COVID-19 ( $V$ Крамера=0,363,  $p=0,001$ ). Выводы: В здоровой популяции стрессогенный риск переживания эпидситуации в динамике эпидемии COVID-19 нарастает с периодом времени экспозиции к стрессогенной ситуации, имея кумулятивный характер.

# АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ГКУЗ «УОКПБ ИМ. В.А. КОПОСОВА»

Кузнеченкова Л.В., Гаврилина О.В.

ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова»

Ульяновск

*CASES ANALYSIS OF PRIMARY HOSPITALIZATION OF PATIENTS WITH A NEW CORONAVIRUS INFECTION IN THE ULYANOVSK REGIONAL CLINICAL PSYCHIATRIC HOSPITAL NAMED AFTER V.A.KOPOSOV.*

*Kuznechenkova L.V., Gavrilina O.V.*

Актуальность: Эпидемия COVID-19 обусловила параллельно идущую эпидемию страха, тревоги и депрессии. В связи с этим отмечается рост психических расстройств. Пандемия ассоциируется у людей с нестабильностью и непредсказуемостью. Различные источники в систематическом обзоре сообщают, что у 20-40% больных коронавирусом наблюдаются психические нарушения:

- нарушение внимания и его концентрации – у 38%;
- бессонница – у 42% больных;
- депрессивные состояния – у 33%;
- нарушения сознания – у 21%;
- посттравматическое стрессовое расстройство – у 4-7%.

У большей части больных COVID-19 отмечается головная боль, головокружения, у 0,7% - судороги. А у незначительной части пациентов возникают психотические состояния, а так же отмечаются суицидальные тенденции. В настоящее время недостаточно данных и они носят противоречивый характер о влиянии новой коронавирусной инфекции на провоцирование развития психотической симптоматики. А та же недостаточно данных о корреляции тяжести течения новой коронавирусной инфекции и тяжести течения психического расстройства.

Цель исследования: Провести анализ нозологической принадлежности и особенностей течения тридцати случаев первично поступивших пациентов в ковидный госпиталь ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» в период 2020-2021 г.

Материалы и методы: В госпиталь для лечения новой коронавирусной инфекции в период с V 2020 г. (с момента открытия) по декабрь 2021 г. первично поступило 135 пациентов.

Из всех первично поступивших проанализировано 30 случаев госпитализаций (методом случайной выборки группы): мужчины составили – 13 человек (44%); женщины – 17 (56%). Возрастные группы: 18-30 лет – 1 человек (3,3%); 18-30 лет – 1 человек (3,3%), 31-60 лет – 14 человек (46%), 61- 80 лет – 13 человек, (44,3%). Из числа госпитализированных: работающие – 2 чел (6,6%), не работающие (в том числе пенсионеры) – 28 человек (93,3%), инвалиды (по психическому заболеванию и соматическому заболеванию) – 7 человек (23%), старше 80 лет – 2 человека (6,6%). Среди госпитализированных, диагноз: новая коронавирусная инфекция COVID-19, лабораторно подтвержденная, выставлен 20-ти пациентам (66,6%) на основании ПЦР-тестирования на COVID-19, а 10-ти пациентам (33,3%) выставлен был диагноз: Новая коронавирусная инфекция COVID-19, лабораторно неподтвержденная. Из проанализированных случаев 26 пациентов (86%) имели осложнение основного заболевания в форме пневмонии, (как правило, внебольничной) различной степени тяжести, но в поддержке приточным кислородом на момент поступления в психиатрический стационар не нуждались.

Результаты: наиболее частыми симптомами у госпитализированных пациентов были: психопродуктивные (галлюцинаторно-бредовые) – 80%, невротические – 10%, симптомы умеренно выраженного либо выраженного когнитивного снижения в сочетании с психотической симптоматикой 40%, психопатоподобные нарушения 10%. Следует отметить, что в 85% проанализированных случаев пациенты поступали переводом из других стационаров г. Ульяновска и Ульяновской области (общесоматического профиля, а так же из «ковидных» госпиталей других учреждений), где находились на лечении преимущественно с диагнозом: Новая коронавирусная инфекция. И только в 15% случаев госпитализация больных была из дома, либо из психоневрологических интернатов. Поступление пациентов в ГКУЗ «УОКПБ им. В.А. Копосова» (госпиталь для лечения пациентов с Новой коронавирусной инфекцией) было обусловлено наличием психопродуктивной симптоматики (80%), наличием суицидальных попыток (5% проанализированных случаев), а так же грубым психопатоподобным поведением (2%), и психической и физической беспомощности (13% случаев).

По нозологиям распределение произошло следующим образом:

- Органические психотические расстройства – 17 человек (55%) (F06.8).
- Органический амнестический синдром – 1 человек (3,3%) (F04.8).
- Делирий в связи с сосудистым заболеванием – 1 человек (3,3%) (F05).
- Органические непсихотические расстройства – 1 человек (3,3%) (F07.8).
- Острое полиморфное психотическое расстройство – 4 человека (13%) (F23).
- Расстройство личности – 2 человека (6,5%) (F60).
- Умственная отсталость – 3 человека (10%) (F70).
- Шизоаффективное расстройство – 1 человек (3,3%) (F25).
- Синдром зависимости, вызванный употреблением алкоголя – 1 человек (3,3%) (F10).

У 75% пациентов отмечалась тяжелая сопутствующая соматическая патология (бронхиальная астма, обструктивный бронхит, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет, хроническая болезнь почек и т.д.). И даже при своевременной адекватно назначенной противовирусной, антибактериальной, симптоматической терапии, соматическое состояние у данной группы пациентов продолжало ухудшаться. Следует отметить, что особую сложность представляет подбор антипсихотической терапии, так как у большей части наблюдавшихся пациентов отмечались гипертермия, интоксикационный синдром. Кроме того, отсутствие достаточной критики к своему состоянию, отсутствие приверженности к терапии, сам факт пребывания пациента в специализированном учреждении негативно сказывались на результатах лечения.

Стоит учесть, что трое пациентов с врожденным хроническим психическим расстройством, ранее никогда не находились на стационарном лечении в учреждении психиатрического профиля. Ноналичие ковидной инфекции, тяжесть её течения спровоцировали декомпенсацию психического состояния и обусловили необходимость профильного лечения.

Несмотря на адекватно проводимую терапию, одиннадцать пациентов в связи с прогрессированием тяжести состояния (нарастание дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточности) были переведены для продолжения лечения в ковидный госпиталь ГУЗ «ЦК МСЧ им. Егорова», ГУЗ «ЦГКБ». Один пациент был переведен в хирургическое отделение госпиталя для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией в связи с наличием ургентной хирургической патологии.

Выводы: Пациенты с коронавирусной инфекцией, у которых впервые было диагностировано психическое расстройство, действительно во всех случаях нуждались в оказании профильной психиатрической помощи. Тяжелое течение ковидной инфекции, как правило, декомпенсирует и обуславливает тяжесть течения хронических психических расстройств. Это видно на примере пациентов с хроническими психическими расстройствами (умственная отсталость), которые ранее никогда на стационарное лечение в психиатрическую больницу не поступали.

Возможно предположить, что впервые развившееся психическое состояние у пациентов, никогда ранее у психиатров не наблюдавшихся, было спровоцировано, как тяжестью состояния (гипоксия, общая интоксикация, наличие тяжелой сопутствующей соматической патологии), так и психогенными факторами (изоляция, отсутствие контактов с родственниками, утрата близкого человека и т.д.), а также преморбидными личностными особенностями.

Подбор адекватной терапии, с учетом всех имеющихся противопоказаний, как антипсихотической, так и специфической, требует особых усилий, как от врача-психиатра, так и от врача-терапевта и инфекциониста. Сочетанность психического расстройства и COVID-19 делает лечение более трудным и потенциально менее эффективным.

Пациенты с психотической симптоматикой, наблюдающиеся с новой коронавирусной инфекцией, должны быть, как можно раньше госпитализированы в профильное психиатрическое учреждение. Терапия им должна быть начата как можно раньше, что в большей степени обеспечит им скорейший выход из психотического состояния и обеспечит состояние компенсации.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ, КАК ПРЕДИКТОР РАННИХ ПРИЗНАКОВ МЕНТАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА

Кузьмина С.В.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Казань

*BURNOUT - SYNDROME AS A PREDICTOR OF EARLY SIGNS OF MENTAL DISORDER*

*Kuzmina S.V.*

Согласно Стратегии развития здравоохранения в РФ на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента РФ от 6.06.2019г. N 254, предотвращение психических и поведенческих расстройств является важным направлением в профилактике неинфекционных заболеваний среди населения РФ. Во всем мире наблюдается рост тревожных и депрессивных состояний, риск возникновения которых напрямую связан с социально-психологическими факторами (N. Sartorius, 2007; Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий, 2004). К 2019 г. психические и поведенческие расстройства среди населения наиболее активной возрастной группы (15-49 лет) заняли первое место в структуре глобального бремени болезней (A. Cieza at al., 2020). По данным ВОЗ, порядка 15–25 % глобального бремени болезней обусловлено качеством среды обитания. В мае 2019 г. в МКБ-11 был добавлен специальный раздел «Проблемы, ассоциированные с условиями работы», самостоятельным кодом обозначен «Синдром профессионального выгорания» - QD85. Традиционно, наиболее представленными являются исследования, посвященные изучению выраженности QD85 у работников сферы «человек-человек», особенно у медицинского персонала (Гарипова Р.В., 2019) и педагогов (Пономарева О.П., 2019). В настоящее время существуют ограничения проведённых исследований: почти все работы, проведённые психологами, врачами пульмонологами, врачами-терапевтами, врачами-специалистами в области медицины труда базируются преимущественно на анкетировании и опросниковых методиках, направленных на выявление феномена эмоционального выгорания, качества жизни, симптомов депрессии, тревоги, проявлений деперсонализации (в психологическом контексте, значительно отличающемся от психопатологического феномена, которым традиционно обозначается указанный термин). Интерпретация результатов опросниковых шкал, не подтверждённая клиническим интервьюированием врачом психиатром, показывает ограниченный для практики результат, который может быть использован лишь с целью статистической и организационной, но далёкий от его утилитарного, прикладного использования. Отсутствие клинического компонента не позволяет в полной мере провести диагностику психопатологического феномена и ограничивает терапевтическое вмешательство на ранних этапах формирования психопатологической симптоматики. QD85 отнесён исключительно к группе QE50.2 - проблемы, связанные со взаимоотношениями на работе. Выгорание описано, как состояние, возникающее в результате хронического стресса на рабочем месте, который не был успешно преодолен. В МКБ-11 подчёркнуто, что выгорание отнесено именно к явлениям в профессиональном контексте и не должно применяться для описания опыта в других сферах жизни (icd11.ru). К настоящему времени в западноевропейской, американской и отечественной психологии насчитывается более 100 расплывчатых и противоречивых проявлений выгорания. В новой классификации синдром профессионального выгорания представлен в главе 24 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и причины обращения за медицинской помощью», где, наряду с «выгоранием», включена «острая стрессовая реакция», перешедшая сюда из блока МКБ-10 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». Подчёркивается, что феномен «выгорания» не может рассматриваться сам по себе как заболевание, но требует пристального внимания к состоянию ментального здоровья работника, предъявляющего жалобы на нарушение профессиональной деятельности, симптомы, которые выходят за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс, а также появление их в течение трех месяцев после начала воздействия стресса и источник переживаний осознаваем и понятен субъекту. Эти критерии QD85 (взаимосвязь с ситуацией воздействия стресса, длительность формирования и течения) подтверждает связь выгорания и диагноза расстройства адаптации, группы тревожных, связанных со стрессом расстройств. До настоящего времени, на уровне первичной медико-санитарной помощи существует ряд проблем: врачи общей практики, терапевты недостаточно осведомлены в вопросах диагностики и лечения психических расстройств непсихотического регистра (Голенков А.В., 2006); многие врачи ничего не знают об этом синдроме, не понимают, что происходит с больными, считая их

либо симулянтами, либо аггравантами (Шмилович А.А., 2021), среди самих медицинских работников существует стигматизация по отношению к психическим расстройствам и психически больным (Дубицкая Е.А., 2006), что, безусловно, ограничивает постановку диагноза психического расстройства. В настоящее время, руководствуясь растущим интересом к психическому здоровью лиц, работающих во вредных условиях труда, при обращении к цеховому врачу по поводу синдрома профессионального выгорания, необходимо принимать во внимание вероятность формирования расстройств адаптации для оценки, как собственно формирования нарушений психического здоровья под действием факторов рабочей среды, так и с целью возможной организации превентивных мероприятий направленных на профилактику обострения нарушений психического здоровья у работающего населения. С целью оценки факторов риска формирования нарушений психического здоровья и разработки мер по их снижению у работников предприятий наиболее высокого риска – производствах взрывчатых веществ и производствах прочих основных органических химических веществ была проведена оценка условий труда, социально-производственных характеристик и клинико-психопатологическое обследование 1474 работников (4 группы, включая группу контроля). В ходе исследования влияния факторов риска на состояние психического здоровья работников химических производств было выявлено, что не только производственные факторы в целом, но и эволюционно-временные (стажевые) характеристики обуславливают разные механизмы формирования нарушений ментального здоровья. Результаты проведённого исследования показали, что относительными противопоказаниями к работе могут быть донозологические состояния, не достигающие до уровня клинической картины: 1. Для работы в условиях воздействия химического фактора в комбинации с шумом и эмоциональным напряжением – выраженные акцентуации характера по тревожному типу, астенического и конверсионного круга, а также перенесённые депрессивные эпизоды в анамнезе. 2. Для работы в условиях комбинированного воздействия химического фактора производства в сочетании с угрозой жизни в виде взрыво- и пожароопасности – астеновегетативные симптомы, тревожно-фобические расстройства, акцентуации характера тормозимого круга в сочетании с конверсионным типом реагирования. 3. Для работы в условиях воздействия шума и эмоционального напряжения (без воздействия химического фактора) – изолированные проявления синдрома расстройств вегетативной нервной системы, депрессивные эпизоды в анамнезе, астения и выраженные тревожные черты характера. В целом, полученные в ходе исследования основные закономерности формирования донозологических нарушений психического здоровья, возникающие под влиянием факторов производственной среды, могут помочь в разработке мероприятий по профессиональному отбору, ранней донозологической диагностике и адекватному выбору соответствующих лечебно-профилактических мероприятий, которые целесообразно планировать и осуществлять с учётом особенностей патогенеза и синдромальной структуры выявленных расстройств. Принимая во внимание донозологический характер психических расстройств и доказанную динамику их формирования в условиях производства, важным этапом является мониторинг психического здоровья в группах риска на этапе проведения периодического медицинского осмотра. На этом этапе требуется оценка медицинскими специалистами первичного звена признаков синдрома эмоционального выгорания, как причины обращения за медицинской помощью – предиктора ранних проявлений ментального расстройства. Гармонизация подходов к сохранению ментального здоровья работников требует реализации принципа преемственности: психопрофилактические мероприятия, реализуемые в первичной сети (диспансеризация), на уровне медсанчастей предприятий и стационарной помощи, в санаториях-профилакториях.

# ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С УЧАСТНИКАМИ СОВРЕМЕННЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ)

Кунафина Е.Р., Гизатуллин Т.Р.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ГБУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ РБ

Уфа

*TREATMENT AND PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS (based on the experience of working with participants in modern military conflicts)*

*Kunafina E.R., Gizatullin T.R.*

Социально-психологическая адаптация военнослужащих, перенесших психотравмирующее воздействие факторов боевой обстановки, представляет собой чрезвычайно актуальную проблему. Связанные со стрессом во время военных действий психические расстройства являются одним из главных внутренних барьеров военнослужащих на пути адаптации к мирной жизни. Широкая распространенность и тяжесть клинических проявлений посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) среди военнослужащих, принимавших участие в локальных вооруженных конфликтах, требует как можно раннего выявления патологического состояния с проведением соответствующих лечебно-реабилитационных мероприятий. С целью оказания комплексной медико-психологической и психиатрической помощи сотрудникам силовых структур на базе Республиканской клинической психиатрической больницы МЗ РБ в 2000 году было открыто психотерапевтическое реабилитационное отделение для военнослужащих Российской армии и спецслужб России, принимавших участие в горячих точках. В отделении проходят курс лечения сотрудники МВД, ГУИН по возвращению из служебных командировок, сотрудники МЧС, демобилизованные солдаты срочной службы, исполнявшие свой воинский долг в зоне локальных вооруженных конфликтов, участники ликвидации аварии на ЧАЭС, близкие родственники погибших в горячих точках.

В группу наблюдения было включено 65 участников современных военных конфликтов, или 54,2% от всех обследованных. Длительность наблюдения – 6 мес. Все обследованные принимали участие в боевых действиях. Из них 41% (n=27) был выставлен диагноз «хроническое ПТСР», 60% (n=16) проходили срочную службу, 40% (n=11) были членами кадрового состава Вооруженных сил РФ. По скрининговому опроснику легкая степень хронического ПТСР определена у 33% (n=9); средняя – у 50 (n=13), тяжелая – у 17% (n=5). У обследованных выявлена зависимость между представленностью осевых симптомов ПТСР и степенью его тяжести. Облигатная симптоматика данного расстройства включает 3 основные группы симптомов: 1) интрузии, или «погружения»; 2) избегания; 3) гипервозбудимости. У участников с легкой степенью ПТСР преобладали симптомы «погружения» и избегания; при средней степени тяжести ПТСР, наряду с сохраняющейся симптоматикой интрузии, в клинической картине нарастали удельный вес и выраженность симптомов избегания, появились симптомы гипервозбудимости; при тяжелой степени ПТСР преобладали симптомы гипервозбудимости. Изучалась коморбидность ПТСР с другими психическими и соматическими расстройствами. Среди коморбидных психических расстройств первое место занимал посткоммоционный синдром (26%, n=7), второе – органическое аффективное расстройство (19%; n=5), третье – хронический алкоголизм (7%; n= 2).

Согласно литературным данным, антидепрессанты группы СИОЗС наиболее широко назначаются пациентам с ПТСР, однако они малоэффективны в отношении выбранной мишени (гипервозбудимость, импульсивность и органический психосиндром). Нейролептики, даже «мягкие», оказались неприемлемы в силу развивающихся на фоне органического повреждения ЦНС нейролептических осложнений. Наш опыт показал, что препараты группы нормотимиков, в первую очередь карбамазепин, полностью купировали симптомы гипервозбудимости и импульсивности. В результате были отработаны следующие схемы терапии: ноотроп в сочетании с карбамазепином (для легкой степени ПТСР) и ноотроп в сочетании с транквилизатором и карбамазепином (для средней и тяжелой степени ПТСР). Наше наблюдение показало, что только комплексное лечение с применением группы указанных препаратов позволяет достичь оптимального лечебного эффекта с дальнейшим улучшением адаптации участников современных военных конфликтов, страдающих ПТСР.

Комплекс реабилитационных мероприятий включает исследование психического и соматического состояния больного, психологическое тестирование, психотерапию, психофармакотерапию. Курс



лечения составляет 2-4 недели. Основной упор делается на психотерапию и психокоррекцию. По сути дела, это краткосрочная интенсивная психотерапия, целью которой является осознание пациентом психологического конфликта, объективная оценка своего состояния и ситуации, снижение актуальности травмирующего события, экологическая подстройка к будущему. Необходимо отметить неэффективность психотерапевтических мероприятий до начала медикаментозного лечения. Поэтому психотерапия проводится либо одновременно с началом медикаментозного лечения, либо (и это наиболее предпочтительно) спустя 7 дней после начала медикаментозной коррекции. Так же проводится семейная психотерапия, работа с окружением и родственниками. Среди индивидуальных методов наиболее широко используются позитивная психотерапия, гештальттерапия, символдрама. НЛП, аутогенная тренировка, гипноз, арттерапия, ребефинг, телесноориентированная терапия. Ежедневно проводятся коллективные сеансы гипноза, музыки и ароматерапия. Наиболее эффективной оказалась групповая терапия, легко включающая и себя разные методы. Групповая терапия дает возможность общения с людьми однородной группы, помогает развить коммуникативные навыки, направить энергию импульсивности лиц с ПТСР в рамки социально приемлемой игры. В результате уменьшается эмоциональная отчужденность, социальная изолированность комбатантов, улучшается их адаптация. При проведении психологической коррекции отмечалось снижение психоэмоционального напряжения; восстановление функционального состояния организма; восстановление морально-нравственной сферы; повышение характеристик личностного адаптационного потенциала; формирование стереотипа поведения для последующей профессиональной деятельности и личной жизни; развитие коммуникативных способностей; обучение основным методам психологической саморегуляции. Тесная связь и преемственность в работе с психологами, психиатрами и психотерапевтами силовых структур позволяет осуществлять реабилитацию сотрудников вернувшихся из командировок, в полном объеме. Особого внимания заслуживают демобилизованные солдаты срочной службы, так как ПТСР у них выражено сильнее в силу их меньшей подготовленности, более молодого возраста, большей социальной дезадаптации после службы.

## **ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ**

**Кунафина Е.Р., Нигматуллин И.Д.**

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России; ООО ПроМедицина  
Уфа

*FEATURES OF THE WORK OF A PSYCHIATRIST DURING PERIODIC MEDICAL EXAMINATIONS*

*Kunafina E.R., Nigmatullin I.D.*

Психическое здоровье является неотъемлемой частью и важнейшим компонентом здоровья. В Уставе ВОЗ говорится: «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». Важным следствием этого определения является то, что психическое здоровье – это не только отсутствие психических расстройств и форм инвалидности. Психическое здоровье – это состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования сообщества.

По данным ВОЗ (2017) в настоящее время распространенность психических заболеваний в мире в среднем составляет 160/1000 населения. 5 из 10 наиболее тяжелых заболеваний во всем мире являются психическими. Статистика свидетельствует: 450 миллионов человек в мире страдают психическими и поведенческими расстройствами; психические и поведенческие расстройства поражают более 25% всех людей в определенные периоды жизни, они имеются у 10% взрослого населения; около 20% всех больных, которых обследуют работники первичной медико-санитарной помощи, страдают от психических расстройств; каждая четвертая семья имеет хотя бы одного члена, страдающего психическими и поведенческими расстройствами; около 5% населения во всем мире страдает депрессивными расстройствами. С нарушением психического здоровья связано огромное количество случаев смерти и инвалидности. ВОЗ поддерживает правительства в их стремлениях укрепить психическое здоровье, анализирует фактические данные по укреплению психического здоровья и работает с правительствами с целью распространения этой информации и включения эффективных

стратегий в политику и планы. В 2005 г. министры по охране здоровья стран ЕС (Европейское Сообщество) приняли декларацию, в которой обязались: «Включать вопросы охраны психического здоровья, связанного с трудовой деятельностью, в программы, касающиеся гигиены труда и техники безопасности, содействие укреплению психического здоровья в образовательных учреждениях, на рабочих местах, в местных сообществах и других соответствующих условиях и местах путем усиления сотрудничества между организациями и ведомствами, отвечающими за вопросы здравоохранения, и другими секторами». Описанной мировой тенденции соответствует Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры». С 1 апреля 2021 вступил в силу новый порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, утвержденный приказом Министерства здравоохранения РФ от 28.01.2021 №29н. Согласно этому приказу, участие врача-психиатра и врача-нарколога при прохождении предварительных и периодических осмотров является обязательным для всех категорий обследуемых. Целью предварительного медицинского осмотра является допуск к работе на основных профессиях лиц, не имеющих медицинских противопоказаний. Этим же Приказом регламентирован порядок проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда. Перечень вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные медицинские осмотры при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры включает пять групп: химические факторы; биологические факторы; аэрозоли преимущественно фиброгенного действия и пыли (выделены из химических факторов); физические факторы; факторы трудового процесса.

Обязательные периодические медицинские осмотры (обследования) проводятся в целях:

- 1) динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления заболеваний, начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья, формирования групп риска по развитию профессиональных заболеваний; 2) выявления заболеваний, состояний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов, а также работ, при выполнении которых обязательно проведение предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний; 3) своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников; 4) своевременного выявления и предупреждения возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний; 5) предупреждения несчастных случаев на производстве.

Для проведения предварительного или периодического осмотра медицинской организацией формируется постоянно действующая врачебная комиссия. Участие врача-психиатра и психиатра-нарколога обязательны для всего контингента работающего населения, которому регламентированы обязательные проведения предварительных и периодических медицинских осмотров.

Для обеспечения надлежащего качества медицинского осмотра следует использовать этапный алгоритм его проведения: врач-психиатр, врач психиатр-нарколог обязаны сообщить о своей специальности работнику. Обязательны вопросы о наличии родственников с заболеваниями, наличия ЧМТ с потерей сознания в анамнезе, служба в армии (для мужчин) – идёт сбор психиатрического анамнеза. Уточняется пол, возраст, профессия, стаж (во вредном производстве учитывается период адаптационный), семейное положение. Осуществляется сбор наркологического анамнеза. Выслушиваются и уточняются жалобы работника на сон, настроение, отношения с окружающими и др. Таким образом, во время беседы идёт оценка актуального психического статуса. Необходимо отметить, что оценка психического состояния по такой схеме может идти только на текущий момент. По результату проведённого осмотра врачом-психиатром и врачом-наркологом могут быть сделаны два варианта заключения: 1. «На момент осмотра медицинских противопоказаний к допуску к работе с вредными факторами (какими конкретно)....не выявлено». 2. «Имеются подозрения на наличие медицинских противопоказаний к допуску на работу с вредными факторами». Гражданин направляется на освидетельствование в уполномоченную медицинскую комиссию.

С 1 марта 2022 года вступают в силу изменения в Трудовом кодексе, касающиеся, в том числе медосмотров (Федеральный закон от 02.07.2021 N 311-ФЗ): 1. В новой редакции статья 213 ТК будет гарантировать сохранение за работником на время прохождения медосмотра не только среднего заработка, но и должности. 2. В статье 214 будет закреплена обязанность работодателя проводить предварительные и периодические медосмотры, а также не допускать сотрудников к работе без прохождения обязательных медосмотров. 3. Статья 215 будет содержать обязанности работников, в том числе по прохождению обязательных медосмотров. 4. Статья 220 будет полностью посвящена обязательным медосмотрам отдельных категорий работников.

## **ЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТЫ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЛЕЙ ЛИТИЯ В ОТНОШЕНИИ МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

**Лосенков И.С., Плотников Е.В., Епимахова Е.В., Иванова С.А., Бохан Н.А.**

НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН

Томск

### *CYTOPROTECTIVE AND ANTIOXIDANT EFFECTS OF ORGANIC LITHIUM SALTS IN PERIPHERAL BLOOD MONONUCLEAR CELLS OF PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER*

*Losenkov I.S., Plotnikov E.V., Epimakhova E.V., Ivanova S.A., Bokhan N.A.*

Актуальность. В настоящее время существует большое количество лекарственных средств, используемых для психофармакотерапии аффективных расстройств. Новый взгляд на химическую структуру классических препаратов является перспективным в отношении обнаружения их новых терапевтических свойств помимо собственно психотропного действия. Нормотимик литий используется в психофармакологии вот уже более 70 лет, однако его применение ограничено ввиду низкой терапевтической широты и высокой частоты развития побочных эффектов. В настоящее время литий, в частности его карбонатная соль, широко применяется для лечения и профилактики биполярного аффективного расстройства (БАР) [1]. Карбонат лития – наиболее часто используемая в клинической психофармакологии химическая форма лития. В этом случае карбонат-анион является биологически пассивным лигандом. Мы предполагаем, что новый класс соединений, образованных в результате замещения иона карбоната анионными остатками кислот-клеточных метаболитов, участвующих в энергетическом обмене, будет обладать комбинированным нормотимическим и цитопротекторным эффектами. В соответствии с этой гипотезой были выбраны следующие кислоты: фумаровая, янтарная (субстраты цикла Кребса) и пировиноградная (предшественник ацетилкофермента А (ацетил-КоА). Ранее нами продемонстрированы антиоксидантный [2, 3], иммуностимулирующий [4] и цитопротекторный эффекты данных солей [3, 5]. В настоящее время показано, что для БАР характерна активация окислительного стресса, в частности увеличение концентрации продуктов перекисного окисления липидов в сыворотке крови [6]. Это позволяет предположить, что создание новых препаратов лития, обладающих цитопротекторной и антиоксидантной активностью, и включение их в комплекс терапии больных депрессивными расстройствами может быть полезным и перспективным.

Цель исследования. Изучение цитопротекторных и антиоксидантных свойств органических солей лития на основе кислот-метаболитов цикла Кребса (фумарат лития, сукцинат лития, пируват лития) на клеточной модели мононуклеаров периферической крови больных БАР.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 19 пациентов с БАР, проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, из них 11 женщин и 8 мужчин (медиана возраста – 48.0 (37.5 – 52.0)). Выделение мононуклеаров осуществлялось методом центрифугирования на градиенте плотности фиколла. Полученные клетки ресуспендировали в среде RPMI-1640. Для моделирования окислительного стресса и цитотоксичности была использована гидроперекись третичного бутила (ГПТБ) в концентрации 50 мкмоль/л. Помимо этого клетки инкубировали с пируватом, сукцинатом и фумарата лития в конечной концентрации ионов лития 1,2 ммоль/л. Мононуклеары инкубировали с солями лития как в присутствии, так и без ГПТБ. Уровень окислительного стресса определяли на проточном цитолюориметре «Muse Cell Analyzer» (Merck, Германия) с использованием набора реагентов «Oxidative stress» (Merck, Германия). Долю клеток, подвергшихся клеточной гибели, оценивали методом проточной цитофлюориметрии с использованием набора реактивов «Annexin V & Dead Cell Assay Kit» (Merck,

Германия). Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы SPSS (версия 20.0). Рассчитывали медиану, первый и третий квартили. Для сравнения количественных переменных использовались критерии Манна-Уитни. Различия считали статистически достоверными при уровне значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. По результатам эксперимента инкубация мононуклеаров периферической крови больных депрессивными расстройствами с гидроперекисью третичного бутила приводила к статистически достоверному увеличению доли клеток находящихся на стадии раннего апоптоза по сравнению с контрольными значениями (46,22 (38,68 – 49,0)% и 23,75 (20,62 – 26,20)% соответственно,  $p=0,011$ ) и к статистически достоверному увеличению доли клеток находящихся на стадии позднего апоптоза/некроза по сравнению с контрольными значениями (41,65 (20,44 – 50,31)% и 2,50 (1,59 – 3,37)%, соответственно,  $p=0,010$ ). Также содержание клеток с активными формами кислорода, культивированных с ГПТБ, было статистически достоверно выше значений в контроле (70,03 (60,99 – 77,68)% и 7,9 (6,30 – 10,50) %, соответственно,  $p < 0,001$ ). При добавлении в культуральную среду органических солей лития (фумарат, сукцинат и пируват лития) было отмечено наиболее выраженное цитопротекторное и антиоксидантное действие пирувата лития. Так в клетках, подвергнутых действию ГПТБ пируват лития статистически достоверно снижал долю мононуклеаров в ранней стадии апоптоза (36,572 (30,13 – 44,39)%) по сравнению с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (46,22 (38,68 – 49,0)%%,  $p=0,025$ ) и статистически достоверно уменьшал процент мононуклеаров в поздней стадии апоптоза/некроза (12,80 (8,06 – 17,25)%) по сравнению с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (41,65 (20,44 – 50,31)%%,  $p=0,011$ ). Пируват лития приводил к достоверному снижению содержания мононуклеаров с активными формами кислорода (29,80 (17,90 – 43,33)%), по сравнению с инкубацией в тех же условиях без добавления соли (70,03 (60,99 – 77,68)%,  $p=0,001$ ).

Обсуждение. Как видно из результатов эксперимента, цитопротекторный эффект пирувата лития обусловлен его антиоксидантными свойствами. Можно предположить, что данное соединение, по своим химической структуре не являясь антиоксидантом, обладает иным механизмом ингибирования окислительного стресса. Пируват является начальным звеном в цикле трикарбоновых кислот и служит субстратом для образования ацетил-кофермента А, принимающим участие помимо цикла Кребса в синтезе жирных кислот и холестерина. Данная информация может объяснить эффективность пирувата против окислительного повреждения: стабилизации митохондриального метаболизма и предотвращении чрезмерной продукции и «утечки» активных форм кислорода. В то же время пируват может способствовать репарацию клеток через синтез жирных кислот и холестерина как ключевых компонентов мембран.

Заключение. Таким образом, представленные выше экспериментальные данные демонстрируют антиоксидантное действие пирувата лития и его цитопротекторные свойства в отношении мононуклеаров периферической крови больных БАР в условиях окислительного стресса. Полученные результаты могут лечь в основу разработки нормотимиков, обладающих цитопротекторными и антиоксидантными свойствами.

Источник финансирования. Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект №17-75-20045) «Действие органических солей лития на клетки и плазму крови больных с расстройствами аффективного спектра и синдромом зависимости».

## **СЕМЬЯ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ: ЕЁ УЯЗВИМОСТЬ И ПОТРЕБНОСТЬ В ПОМОЩИ.**

**Лутова Н.Б., Макаревич О.В.**

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

Санкт-Петербург

*THE FAMILY OF A SCHIZOPHRENIC PATIENT: ITS VULNERABILITY AND NECESSITY FOR HELP*

*Lutova N.B., Makarevich O.V.*

Введение: появление в семье индивида, страдающего шизофренией, проживание с ним, уход и сопровождение в процессе лечения и реабилитации приводит к формированию семейной обременённости, феномена, включающего различные негативные эффекты: физические, эмоциональные, социальные и экономические (Magliano L., et al. 2006). Нередко последствиями тесного контакта родственников с хронически больным, сопровождаемого психологическим и эмоциональным напряжением, становятся появление тревожных, депрессивных переживаний и соматизации у членов

семьи больного (Salleh MR, 1994; Mitsonis et al., 2012). Подобные нарушения среди родственников пациентов в значительной степени приводят к оскудению ресурса семьи в процессе восстановления больного и требуют диагностики для оказания необходимой и своевременной медико-социальной помощи членам семьи.

Цель исследования: изучение интенсивности и структуры семейного бремени в семьях больных шизофренией, выраженности психопатологических симптомов у родственников, опекающих психотических пациентов, а также взаимосвязь между ними.

Материалы и методы: Было включено 200 человек, среди них: 100 человек – родственники больных, проходящих добровольное лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии больных психическими расстройствами НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и 100 пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра, опекаемых обследованными членами семьи.

Родственники больных шизофренией опрашивались с помощью опросника бремени ухаживающего лица Zarit (Zarith Burden Interview – ZBI). Опросник состоит из 22 вопросов, сгруппированных в 5 аспектов (факторов) переживания семейного бремени: финансовая/физическая нагрузка, дефицит времени/зависимость пациента, эмоциональное напряжение, неопределённость, самокритика и суммарного балла. Ответы на вопросы оцениваются по 5-балльной шкале Лайкерта: от 0 – никогда до 4 баллов – почти всегда, что соответствует интенсивности переживаний. Опросник оценивает факторную структуру семейного бремени и его общую интенсивность через суммарные и суммарные средние значения, распределяющиеся по 4 уровням выраженности: 0-1 (0-22) минимальная; 1,1-2 – слабая (22,1-44); 2,1-3 (44,1-66) – средняя; 3,1- 4 (66,1-88) – высокая.

Также, родственники заполняли опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) для оценки паттернов психологических признаков. Методика содержит 90 утверждений, которые оцениваются врачом по пятибалльной системе (от 0 до 4). Ответы подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации; обсессивности-компульсивности; межличностной сензитивности; депрессии; тревожности; враждебности; фобии; паранойяльных тенденций; психотизма. Шкала имеет три обобщенных индекса: индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI); общий индекс тяжести (GSI); общее число утвердительных ответов (PST). GSI – это один из основных показателей, описывающий общее количество симптомов и интенсивность переживаемого дистресса.

Статистическая обработка проводилась с использованием SPSS 23.0. Проверка нормальности выполнялась по критерию Колмогорова-Смирнова. Взаимодействие переменных было посчитано с использованием корреляционного анализа Пирсона (сила связи: 0-0,3 слабая; 0,31-0,5 средняя; 0,51-0,7 умеренная; 0,71-0,9 высокая; 0,91-1 очень высокая).

Результаты: Средний возраст родственников составил  $53,1 \pm 11,1$  года. Среди них было 70 (70%) женщин и 30 (30%) мужчин. Большинство опекающих лиц – это женщины, чаще матери (58%), предпенсионного возраста. Большинство из них работают (77%) и проживают совместно с больным (68%). 41% – опекают не только пациента, но иного члена семьи (детей\пожилых родственников).

Средний возраст пациентов составил  $38 \pm 10$  лет, из них: 24 (74%) женщины, 26 (26%) мужчин. Диагноз 72 (72%) пациентов – это рубрика F20 (Шизофрения), а в остальных (28 (28%)) случаях – другим рубрикам раздела F2 по МКБ-10.

Среднее значение общего показателя семейного бремени в общей выборке обследованных составило  $41,7 \pm 14,7$  балла, что соответствует среднему уровню обременённости. Минимальная выраженность семейного бремени была выявлена у 10 (10%) обследованных родственников, слабая – у 43 (43%), средняя – у 37 (37%), высокая – у 10 (10%). Наиболее интенсивными у обследованных родственников были переживания по фактору «Неопределённость», которые у 25% обследованных достигала высоких значений, а у 75% – соответствовал средней интенсивности. Значения по остальным факторам были существенно менее интенсивными.

Данные респондентов по опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) выявили повышение средних показателей по всем субшкалам и индексу GSI в сравнении с нормативами. Наиболее выраженные превышения нормативов выявлялись по субшкалам: межличностная сензитивность (INT) – ( $0,66 \pm 0,35$ , при норме 0,29), депрессивность (DEP) – ( $0,7 \pm 0,34$ , при норме 0,36), тревожность (ANX) – ( $0,51 \pm 0,3$ , норма 0,3), которые были высокими более чем у 75% опрошенных родственников.

Корреляционный анализ выявил наличие взаимосвязей средней интенсивности между большинством изучаемых параметров: «Физическая\финансовая нагрузка» (SOM, O-C, INT, DEP, ANX, NOS, PHOV - от  $r=0,34$  до  $r=0,49$ ,  $p \leq 0,05$ ); «Дефицит времени\зависимость пациента» (SOM, O-C, DEP, ANX, PHOV - от

$r=0,31$  до  $r=0,45$ ,  $p \leq 0,05$ ); «Эмоциональная напряжённость» (SOM, O-C, DEP, HOS, PHOB - от  $r=0,32$  до  $r=0,37$ ,  $p \leq 0,05$ ); «Неопределённость» (SOM, O-C, INT, DEP, HOS - от  $r=0,32$  до  $r=0,4$ ,  $p \leq 0,05$ ); «Самокритика» (SOM, O-C, INT, DEP, ANX, HOS, PAR - от  $r=0,32$  до  $r=0,42$ ,  $p \leq 0,05$ ). Корреляции всех показателей ZBI с GSI были средними - от  $r=0,37$  до  $r=0,49$  ( $p \leq 0,05$ ).

Обсуждение: В обследованной выборке родственников, опекающих больных шизофренией, значение общего показателя семейного бремени соответствовало средней выраженности. При этом, в структуре семейного бремени наиболее актуальным было субъективно высокое переживание «неопределённости» в ситуации, связанной с развитием психического расстройства у близкого человека.

Данные, полученные с использованием опросника SCL-90, показали более высокий уровень психопатологических симптомов у опекающих психотических больных лиц в сравнении с нормативами здоровых людей. Наибольшее отклонение от нормативного показателя было выявлено по субшкале межличностной сензитивности (INT), что указывает на переживание самоосуждения и ощущения собственной неполноценности в сравнении с другими представителями социума в процессе межличностного взаимодействия. Помимо этого, отмечается превышение средних показателей субшкал депрессивных симптомов и тревожности. Попытка противостояния этим негативным переживаниям, по-видимому, связано и с повышением среднего значения субшкалы враждебность (HOS). Дополнительным отражением негативных переживаний родственников больных является повышение средних значений по субшкалам соматизация и/или обсессивность-компульсивность.

Проведённый корреляционный анализ указывает на значимость, как объективного бремени («Финансовая\физическая напряжённость» и «Дефицит времени\зависимость пациента»); так и субъективных переживаний («Эмоциональной напряжённости», «Неопределённости» и «Самокритики») – для формирования психопатологической симптоматики – межличностной сензитивности, тревожности, депрессивности, соматизации и обсессивности-компульсивности.

Таким образом, обременённость опекающих лиц способна провоцировать развитие психопатологических симптомов, что делает родственников пациентов с шизофренией уязвимыми и создаёт у них потребность в получении медико-социальной помощи и сопровождении. В тоже время, влияния тех или иных составляющих обременённости на клинические симптомы следует учитывать при планировании реабилитационных программ.

## **ВЛИЯНИЕ НАНОЭМУЛЬСИЙ АСТАКСАНТИНА НА ПОВЕДЕНИЕ МЫШЕЙ 5XFAD**

**Малашенкова И.К. (1,2), Крынский С.А. (1), Огурцов Д.П. (1,2), Лотош Н.Ю. (1),**

**Акулова А.Р. (1), Куликов Е.А. (1), Селищева А.А. (1,3), Дидковский Н.А. (2)**

**НИЦ «Курчатовский Институт» (1); ФНКЦ физико-химической медицины ФМБА**

**России (2); Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (3)**

**Москва**

### *THE EFFECT OF ASTAXANTHIN NANOEMULSIONS ON THE BEHAVIOR OF 5XFAD MICE*

*Malashenkova I.K. (1,2), Krynskiy S.A. (1), Ogurtsov D.P. (1), Lotosh N.Yu. (1), Akulova A.R. (1),*

*Kulikov E.A. (1), Selishcheva A.A. (1,3), Didkovsky N.A. (2)*

В настоящее время основной теорией развития болезни Альцгеймера (БА) является образование амилоидных бляшек и гиперфосфорилирование тау-белка. Большое значение в развитии БА играет окислительный стресс, в том числе связанный с нейровоспалением, причем системное воспаление является триггером развития и поддержания хронического нейровоспаления. Наше внимание с точки зрения поиска средств превентивной терапии привлек каротиноид астаксантин с антиоксидантными свойствами и противовоспалительной активностью. Установлено его нейропротекторное действие на моделях нейродегенеративных заболеваний у мышей. Один из способов повышения растворимости астаксантина – использование наноэмульсий. Цель работы – изучение влияния наноэмульсий астаксантина и его эфиров на когнитивные функции мышей на животной модели болезни Альцгеймера (мыши 5xFAD).

Самцы мышей 5XFAD поступили в возрасте 4 месяцев (46 особей) и в возрасте одного года (далее «aged») (23 особи). Самцы C57Black поступили в возрасте 4-х месяцев (18 особей). Животные были получены из Центра доклинических испытаний Института физиологически активных веществ РАН, г. Черноголовка. Перед началом тестирования животные прошли двухнедельный карантин. Животные содержались в

индивидуально вентилируемых клетках со свободным доступом к воде и пище при 12-часовом цикле день/ночь.

Для оценки поведения мышей использовали тест «открытое поле» (ОП). Анализ результатов поведенческих тестов проводился с помощью программного обеспечения Noldus Ethovision.

После двухнедельного карантина до получения НЭ изучали поведение мышей в группах «5XFAD background», «5XFAD aged» и «C57Bl» в тесте ОП. Данные группы «5XFAD background» использовались как контрольные в динамике: далее эта группа была разделена на три группы, которые получали следующие НЭ: S75:АСТ (15 особей), S75:эфир (16 особей) и S75 (пустые НЭ) (14 особей). НЭ давали перорально вместе с кормом 4 раза в неделю однократно и 1 раз двукратно в течение 2-х месяцев. 300 мкл НЭ наносили на кусочек корма так, чтобы доза АСТ или его эфиров составляла 2 мг/кг веса (доза липидов при этом была 20 мг/кг). Группа «5XFAD aged» использовалась в качестве контроля глубокого развития БА, группа C57Bl использовалась в качестве здорового контроля. Через 2 месяца поведенческие тесты были проведены для каждой группы.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета программ Stat Soft Statistica 10.0. Межгрупповые различия считали по следующим непараметрическим критериям: для независимых групп применяли U-критерий Манна-Уитни, для зависимых (при оценке действия препаратов по сравнению с background) использовали критерий Вилкоксона. Достоверными отличия считали при  $p < 0.05$ .

Тест ОП измеряет двигательную и исследовательскую активность у мышей, а также может служить для предварительной оценки тревожности. Для оценки влияния БА на двигательную активность мышей до получения наноэмульсий сравнивали в тесте ОП показатели данной активности: общая пройденная дистанция и средняя скорость. Наибольшие дистанцию и скорость показали мыши C57Bl, а наименьшие значения были у группы «5XFAD aged». Группа «5XFAD background» (молодые мыши с БА) статистически не отличалась от «aged» по дистанции, но средняя скорость у них была выше. В норме у животных с возрастом снижается двигательную активность, уменьшение ее показательно для патологических процессов БА.

Кроме того, мыши с БА обеих групп проводили больше времени в центральной зоне, чем контрольные животные. В медиальной зоне достоверно дольше находились только молодые мыши с БА, а старые животные с БА - достоверно меньше обеих других групп. Кроме того, была тенденция к различиям между группами по числу заходов мышей в периферийную зону (максимальное – у здоровых животных, минимальное – у старых животных с БА), но достоверные различия с другими группами были только у мышей «5XFAD background».

Латентный период (ЛП) выхода из центральной зоны у молодых мышей с БА не отличался статистически от контрольной группы, тогда как у «5XFAD aged» он был достоверно выше, чем у здоровых животных и у молодых мышей с БА.

Таким образом, на ранней стадии БА у мышей было снижение естественной тревожности, а двигательная активность менялась незначительно. На поздней стадии нарушение двигательной активности было значительно и превалировало над снижением тревожности.

Далее животные 5XFAD в возрасте 5 мес. были разделены на три группы, которые получали НЭ с АСТ (15 особей), эфирами (16 особей) и не содержащими каротиноидов (контроль, 15 особей). После 2 мес. кормления НЭ было через 2 мес. повторно исследовано поведение мышей 5xFAD в ОП.

По данным повторного тестирования в ОП показано, что средняя скорость мышей 5xFAD значимо снижалась относительно background'a, приближаясь к параметрам «aged», а пройденная дистанция имела тенденцию к снижению. Таким образом, результаты эксперимента не показали влияния АСТ на двигательную активность у мышей с БА.

По степени тревожности группы мышей 5xFAD при повторном тестировании отличались между собой. У мышей, получавшей НЭ без АСТ, число заходов в центральную зону с развитием БА снижалось, но у группы, получавшей эфиры АСТ, этого снижения не происходило, а в группе, получавшей АСТ, была тенденция к снижению. Число заходов в периферическую зону с развитием БА также снижалось. У группы мышей, получавших эфиры АСТ, этого снижения также не происходило, в отличие от группы мышей, получавших АСТ. Латентный период с развитием БА у получавших НЭ без АСТ, увеличивался, но у мышей, получавших эфиры АСТ, было достоверное снижение его относительно background'a, а группа, получающая АСТ, показала тенденцию к его увеличению. Таким образом, получение эфиров АСТ замедляло развитие нарушений тревожности у мышей 5xFAD, предрасположенных к БА. Впервые получены данные о благоприятном эффекте липосомальных форм эфиров астаксантина на динамику поведенческих нарушений у мышей 5xFAD. Результаты важны для изучения нейропротекторного

эффекта новых форм астаксантина. Работа выполнена при поддержке НИЦ «Курчатовский Институт» (приказ № 1059 от 2 июля 2020 г., № 2757 от 28 октября 2021).

## **УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА BDNF И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ**

**Мальцева И.В., Шереметьева И.И., Котовщикова Е.Ф., Строганов А.Е.**

ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России

Барнаул

*THE LEVEL OF BRAIN NEUROTROPHIC FACTOR BDNF AND NEUROPSYCHIATRIC DISORDERS IN YOUNG PEOPLE WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA*

*Maltseva I.V., Sheremetyeva I.I., Kotovshchikova E.F., Stroganov A.E.*

Распространённость недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) достигает 80% среди современных детей и лиц молодого возраста. Поражение соединительнотканых структур головного мозга при НДСТ играет важную роль в развитии разнообразных неврологических и/или психических нарушений. Исследования по изучению патогенеза тревоги, депрессии, когнитивных и поведенческих нарушений у человека подтвердили изменения нейрональной пластичности и доказали важную роль участия в развитии этих процессов нейротрофических факторов, в том числе мозгового нейротрофического фактора BDNF. BDNF синтезируется не только в нейронах и астроцитах, но и в микроглии, фибробластах, тромбоцитах, макрофагах, лимфоцитах, эндотелиоцитах. Поскольку клетки соединительной ткани активно участвуют в синтезе, экспрессии рецепторов и транспортировке BDNF, можно предполагать изменение содержания этого нейротрофина у лиц, имеющих НДСТ, что, вероятно, влияет на развитие нервно-психических расстройств у данной категории пациентов.

Цель исследования. Выявить влияние НДСТ на трофическое обеспечение мозга по уровню содержания мозгового нейротрофического фактора BDNF в сыворотке крови, на основании динамики BDNF оценить корреляцию НДСТ с проявлением непсихотических психических и психовегетативных расстройств у лиц молодого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 80 человек в возрасте 18-22 лет. По уровню содержания BDNF в сыворотке крови все обследуемые были разделены на 3 группы: с нормальным (группа контроля, n=32), пониженным (группа 1, n=25) и повышенным (группа 2, n=23) уровнем BDNF. Проводились и физикальное и нейропсихологическое обследование, общеклиническое исследование крови, изучались маркеры анемии (ферритин) и воспаления (интерлейкины-1 и 6, фактор некроза опухоли- $\alpha$ ), нейротрофики (BDNF) и нейродегенерации (нейронспецифическая енолаза-NSE), церебральной ишемии (NR2-At), выполнено дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов.

Результаты. В группе 1 оказались выше выраженность НДСТ, уровень ситуативной тревожности, частота тяжелого течения непсихотической депрессии, содержание NSE и NR2-At, чаще встречались высокое впадение, малый диаметр и гипоплазия позвоночных артерий, снижение скоростных показателей кровотока в интракраниальных сосудах. В группе 2 выявлены большая выраженность синдрома вегетативной дисфункции (СВД), индекса влияния головной боли (НIT-6), снижение показателей красной крови и увеличение количества тромбоцитов и тромбокрит, увеличение скорости кровотока по сосудам вертебро-базиллярного бассейна. Обнаружена положительная корреляция BDNF с НIT-6 и личностной тревожностью, НДСТ с СВД и депрессией.

Заключение. Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что более выраженная НДСТ влияет на снижение уровня нейротрофического фактора мозга в сыворотке крови и таким образом играет важную роль в развитии непсихотических психических и психовегетативных расстройств. Коррекция диспластического процесса может стать важным звеном в профилактике и лечении СВД и тревожно-депрессивного синдрома лиц молодого возраста.



# УДАЛЕННАЯ РАБОТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПАНДЕМИЮ COVID-19

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

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*REMOTE WORK AND THE PSYCHOLOGICAL REACTIONS TO THE COVID-19 PANDEMIC*

*Medvedeva T.I., Boyko O.M., Vorontsova O.U., Enikolopov S.N.*

Актуальность работы. Пандемия COVID-19 кроме прямого влияния на психическое здоровье населения за счет генерации сверхвысокого уровня стресса, угрозы жизни, социальной депривации, также существенно повлияла на трудовую сферу жизни человека, введя для одних групп профессий повышенные риски заражения (медицинские работники, работники торговли, транспорта и т.д.), для других (IT, преподаватели и т.д.) – сделав повсеместной удаленную работу. Столь резкое изменение структуры занятости для довольно существенной части населения (по требованиям властей в периоды подъема заболеваемости организации, при возможности, должны были отправлять на удаленную работу не менее 30% сотрудников), должно было найти отражение в психическом состоянии людей.

Целью нашей работы стало выявление влияния возможностей удаленной занятости на психическое состояние людей и восприятие ими опасности заболевания COVID-19.

Материалы и методы. Сравнивались подгруппы – те, кто во время пандемии работает удаленно, и подгруппа тех, кто удаленно не работал (включая студентов и пенсионеров). Набор данных проходил с марта 2020 года, по июль 2021, более того, стоит отметить, что основной массив данных был набран к январю 2021 года, то есть в период, когда вакцинация от COVID-19 была еще недоступна для широких слоев населения. Общее число участников исследования – 1755, из них имеющие возможность работать из дома – 802, нет – 953. Подгруппы не отличались по возрасту и полу. Те, кто работал удаленно имели более высокий уровень образования и среди них был более высокий процент живущих в Москве (56,1% по сравнению с 48% среди тех, кто удаленно не работал). Для исследования состояния людей использовались методики SCL-90-R, СТИ, COPE, а также отдельные шкалы и специально подобранные вопросы. Статистическая обработка данных производилась с использованием критериев T-Student и Chi-Square.

Результаты. Статистическая обработка данных показала, что у работающих удаленно менее выражены такие психопатологические симптомы как сенситивность ( $0,671 \pm 0,603$  по сравнению с  $0,783 \pm 0,744$  у людей, не имеющих возможности работать из дома при  $p=0,00$ ) и паранойяльность ( $0,482 \pm 0,521$  по сравнению с  $0,554 \pm 0,583$  у людей, не имеющих возможности работать из дома при  $p=0,02$ ) измеряемые методикой SCL-90R, работающие удаленно менее подвержены эзотерическому ( $26,649 \pm 9,301$  по сравнению с  $28,685 \pm 9,385$  при  $p=0,01$ ) и категорическому ( $34,190 \pm 7,405$  по сравнению с  $35,584 \pm 8,471$  при  $p=0,03$ ) мышлению, они используют более конструктивные стратегии совладания, такие как положительное переформулирование ( $12,015 \pm 2,493$  по сравнению с  $11,601 \pm 2,649$  при  $p=0,02$ ), активное совладание ( $12,153 \pm 2,161$  по сравнению с  $11,646 \pm 2,191$  при  $p=0,00$ ), принятие ( $12,385 \pm 2,180$  по сравнению с  $11,942 \pm 2,313$  при  $p=0,01$ ), планирование ( $12,684 \pm 1,928$  по сравнению с  $12,135 \pm 2,064$  при  $p=0,00$ ), подавление конкурирующей деятельности ( $10,405 \pm 2,475$  по сравнению с  $9,997 \pm 2,506$  при  $p=0,02$ ), они чаще ищут эмоциональную ( $10,765 \pm 3,297$  по сравнению с  $10,074 \pm 3,202$  при  $p=0,00$ ) и инструментальную ( $10,820 \pm 2,661$  по сравнению с  $10,310 \pm 2,674$  при  $p=0,01$ ) социальную поддержку и реже используют отрицание ( $7,094 \pm 2,118$  по сравнению с  $7,437 \pm 2,211$  при  $p=0,03$ ).

Однако, при таких конструктивных стратегиях совладания и менее выраженной психопатологии, в этой группе люди чаще отвечают, что боятся умереть от коронавируса ( $0,229 \pm 0,420$  по сравнению с  $0,172 \pm 0,378$  при  $p=0,01$ ) и заразить других ( $0,370 \pm 0,483$  по сравнению с  $0,318 \pm 0,466$  при  $p=0,04$ ), они отмечают меньшую склонность к риску ( $0,191 \pm 0,393$  по сравнению с  $0,232 \pm 0,422$  при  $p=0,04$ ), но более высокую тревогу ( $5,117 \pm 2,476$  по сравнению с  $4,625 \pm 2,754$  при  $p=0,00$ ), подавленность ( $4,254 \pm 2,957$  по сравнению с  $3,956 \pm 3,115$  при  $p=0,04$ ) и чаще отмечают, что им нужна помощь психолога ( $0,342 \pm 0,475$  по сравнению с  $0,279 \pm 0,449$  при  $p=0,00$ , а также 34,2% в группе тех, кто работает удаленно по сравнению с 29,7%).

Обсуждение результатов. Полученные результаты могут объясняться с нескольких сторон. Возможно, удаленная работа, создавая с одной стороны, более безопасную с точки зрения вероятности заражения, среду, с одной стороны, не позволяет произойти некоторой естественной десенсибилизации за счет снижения ощущения тревоги из-за ежедневного столкновения с риском. Одновременно с этим, у людей,

не работающих удаленно, обнаруживаются значимо более высокие уровни паранояльности, сенситивности, а также эзотерического и категорического типов мышления. Это может указывать на способы совладания с непереносимым уровнем тревоги, при котором она перестает осознаваться как собственный переживаемый аффект и начинает восприниматься как закономерная реакция на враждебные действия окружения. При этом возможность осознания необходимости обращения за помощью психолога действительно снижается, так как субъективно причина состояния воспринимается как лежащая вовне. Более высокий уровень показателей эзотерического мышления может рассматриваться как способ найти опору, гарантию стабильности в ситуации, когда уровень неопределенности и тревоги, вызванной ею, превышает переносимый для человека.

Необходимо помнить, что большая часть рассматриваемых данных была получена в период, когда вакцинация еще была недоступна, то есть, когда у людей не было активного способа защитить себя, снизить вероятность тяжелого протекания заболевания. Поэтому, одним из объяснений может быть то, что в результатах отражается срабатывание психологических защит по типу отрицания, что подтверждается показателями опросника COPE, и также может являться проявлением функционирования когнитивных стратегий по преодолению когнитивного диссонанса, вызываемого ситуацией, при которой человек вынужден продолжать делать то, что связано с риском для здоровья и жизни. Ещё одно объяснение может скрываться в особенностях диагностического инструментария. Так, в методике SCL-90-R уровень тревоги и депрессии измеряется по косвенным физиологическим и поведенческим признакам, в то время как прямой вопрос измеряет оценку обследуемого своего состояния именно как тревожного/подавленного. Возможно, эта когорта спокойнее изначально, и поэтому лучше улавливает изменение своего состояния и свою текущую тревогу. Кроме того, избыток тревоги, представленный телесно, свойственен людям, которые склонны пропускать ее начало, не ощущать ее именно эмоционально. Вследствие этого, они могут не опознавать это состояние как тревогу. Что может быть проявлением большего уровня алекситимии, однако, эта гипотеза требует дополнительных проверок.

Другим объяснением более хорошего психического состояния может быть то, что возможность удаленной работы часто доступна высококвалифицированным и высокооплачиваемым специалистам, которые в ситуации пандемии могут меньше беспокоиться о сократившемся доходе. Возможно, также, это жители больших городов, в которых больше доступна высококвалифицированная медицинская помощь и больше возможности для дистанционного заказа продуктов и необходимых товаров.

Выводы. Таким образом, можно предположить, что в общем из-за генерации ситуацией пандемии высокого уровня стресса удаленная работа, снижающая риск заражения, не избавляет человека полностью от эмоциональной реакции на ситуацию, однако, создавая более безопасные условия, дает возможность переживать тревогу на переносимом для ее осознания уровне. Одновременно с этим, отсутствие возможности дистанционной работы, с одной стороны, генерирует более высокий уровень стресса, что приводит к нарушениям восприятия происходящего (усиление категоричности мышления, паранояльность, сенситивность, усиление эзотерического мышления), а с другой, может, за счет наличия общения с другими людьми лицом-к-лицу может создавать ощущение «группы поддержки», способствуя закреплению отрицания серьезности ситуации, формированию маниакальных защит и препятствуя осознанию происходящего.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОЙ МЕЖДУ ПСИХИАТРИЕЙ И НЕВРОЛОГИЕЙ**

**Менделевич В.Д.**

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Казань

*FUNCTIONAL PATIENT BETWEEN PSYCHIATRY AND NEUROLOGY*

*Mendelevich V.D.*

В клинической практике неврологов и психиатров нередко встречаются больные, симптомокомплекс заболевания которых нельзя четко отнести к определенной психиатрической или неврологической патологии. Они не могут быть однозначно отнесены ни к т.н. органическим, ни к наследственно-конституционным, ни к психогенным. Обычно их причисляют к кругу функциональных, невротических или соматоформных. Данные расстройства представляют значительные сложности в плане диагностики,

терапии и организации медицинской помощи, поскольку пациенты, имея формально психопатологическую симптоматику, предъявляя неврологические и соматические жалобы, обращаются не к психиатрам, а к неврологам и врачам общей практики. Некоторые авторы называют функциональные расстройства «слепыми пятнами психиатрии», подразумевая, что они мало изучены и им уделяется недостаточно внимания со стороны психиатров.

Данный парадокс привел к тому, что расстройства, исторически относившиеся к сфере деятельности психиатрии, переключаются в неврологические разделы классификаций. Изменения, внесенные в МКБ-11 и DSM-5, оказались весьма масштабны и революционны. При этом исследователями продолжает ставиться вопрос о пересмотрах границ неврологии и психиатрии. Как и ранее высказывается точка зрения о том, что стена между этими медицинскими специальностями должна быть снесена, и что разница между неврологическими и психопатологическими расстройствами условна, поскольку и те, и другие являются отражением патологии головного мозга.

Особое внимание в последние годы уделяется изучению т.н. функционального неврологического расстройства (ФНР), когда физические симптомы (например, паралич) обнаруживаются вне явных повреждений мозга, при этом нейровизуализация подтверждает наличие взаимосвязей между областями, участвующими в управлении движениями и отвечающими за внимание и эмоции. При этом отмечается, что диагноз ФНР каузально нейтрален в отличие, например, от диагноза истерии, поскольку в настоящее время связь таких расстройств с психогениями (тем более с неосознаваемыми) не представляется столь очевидной. Современный взгляд более не ориентирован на облигатное обнаружение психотравмирующего фактора в качестве основного диагностического критерия, что по мнению некоторых исследователей приводит к смещению диагностических акцентов и к снижению роли психиатров в диагностике функциональных расстройств. Можно вспомнить, что Э. Крепелин, задолго до появления концепции ФНР, в своей знаменитой классификации психических расстройств разделил психогенные расстройства и истерию, видимо, обратив внимание на недостаточность фактов связи истерии с психотравмирующими событиями. Сегодня подвергается сомнению обоснованность описанной К. Ясперсом невротической триады (невроз вызывается психической травмой, она «звучит» в клинической картине болезни и по окончании её действия или дезактуализации симптомы невроза должны купироваться). В современных психиатрических классификациях невротические расстройства, во-первых, разделены посимптомно, во-вторых, для многих из них значение психологических этиологических факторов отходит на второй план. Наиболее отчетливо изменения видны при депрессивных, обсессивно-компульсивных и диссоциативных расстройствах.

Особый интерес представляет новый взгляд на этиопатогенез истерии, которая сначала была преобразована в т.н. диссоциативное (конверсионное) расстройство (ДР), а в настоящее время предстала в виде функционального неврологического расстройства (ФНР). Именно по этому поводу было констатировано, что «Расстройство разума и мозга: загадочное состояние, когда-то известное как истерия, бросает вызов разделению психиатрии и неврологии». Динамика научных представлений об истерии и диссоциативных (конверсионных) расстройствах отражается в том, что количество работ, посвященных ФНР драматически растет, а в отношении истерии и ДР снижается.

Функциональное неврологическое расстройство диагностируется в случае обнаружения в клинической картине заболевания следующих критериев: 1) один или несколько симптомов, отражающих нарушения движений или чувствительности; 2) симптомы нельзя объяснить неврологическим или другим психическим заболеванием; 3) симптомы вызывают серьезный стресс или проблемы в социальной сфере, в работе или в других областях жизни, или они настолько значительны, что рекомендуется медицинское вмешательство. При диагностике рекомендовано не только исключать органическое заболевание, но и выявлять позитивные критерии, т.е. ошибочные представления пациента о заболевании и его последствиях, эмоциональные реакции и изменение поведения в ответ на эти стрессующие симптомы. Ежегодная заболеваемость функциональным неврологическим расстройством составляет 22 на 100 000 населения. Среди функциональных расстройств выделяют соматические и неврологические.

Несмотря на единство взглядов неврологов на ФНР между действующими классификациями (МКБ-11 и DSM 5) существует противоречие – в МКБ-11 ФНР представлено в психиатрическом разделе и описано как диссоциативное расстройство с неврологическими симптомами (рисунок 2), тогда как в американской классификации оно перенесено в неврологический раздел.

Функциональное неврологическое расстройство неоднородно. Традиционно в него включаются двигательные нарушения (mfND): дистония, паралич, тремор, нарушение равновесия. Однако нередко

ФНР проявляется широким спектром других соматических симптомов, таких как головокружение, головные боли и неэпилептические припадки.

Приведенные данные еще раз подчеркивают неоднородный подход ученых к понятию функционального неврологического расстройства, поскольку часть исследователей продолжают причислять к ним помимо иных соматоформные расстройства, которые в МКБ-11 отнесены к группе телесного дистресса. Диагностические изменения функциональных расстройств в психиатрических классификациях затронули лишь двигательные нарушения, тогда как диссоциативные психопатологические расстройства (амнезия, трансы, фуги, одержимость, деперсонализация и дереализация) остались в неизменной виде и в прежней рубрике.

Таким образом, анализ современных представлений о диссоциативных расстройствах с неврологическими симптомами (функциональном неврологическом расстройстве) показывает несходство взглядов специалистов как на этиопатогенез, так и на отнесение их к той или иной сфере профессиональной деятельности, что приводит к снижению качества оказываемой таким пациентам медицинской помощи. Можно согласиться, что функциональные расстройства остаются «слепым пятном психиатрии» и нуждаются в комплексных исследованиях.

## **ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДЕЙСТВИЕ АНКСИОЛИТИКОВ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

**Метлина М.В. (1,2), Дорофеева О.А. (1), Телешова Е.С. (1,2), Репало А.Е. (2)**

**ФГБНУ «НИИ фармакологии имени В.В. Закусова» (1); ГБУЗ Научно-практический психоневрологический центр им. З.П. Соловьева ДЗМ (2)**

**Москва**

*PERSONALITY TRAITS OF PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS AND THE EFFECTS OF ANXIOLYTIC DRUGS*

*Metlina M.V. (1,2), Dorofeeva O.A. (1), Teleshova E.S. (1,2), Repalo A.E. (2)*

Одним из актуальных направлений современной клинической психофармакологии является изучение индивидуальных различий действия психотропных препаратов, определяющих персонифицированный подход в подборе лекарственной терапии у больных тревожными нарушениями. Экспериментальные и клинические исследования бензодиазепиновых анксиолитиков показали различия реализации эффектов препаратов в зависимости от генетически детерминированных реакций на стресс и индивидуально-типологических особенностей. Анализ зависимости действия психотропных препаратов от личностно-типологических особенностей выявил различия при их применении у пациентов с полярными чертами: экстраверсия и интроверсия, тормозимыми и возбудимыми, с выраженными чертами поиска новизны и импульсивности и их отсутствием.

Целью настоящего исследования являлось определение особенностей терапевтического действия и эффективности бромдигидрохлорфенилбензодиазепа и фабомотизола в зависимости от личностно-типологических характеристик пациентов с тревожными расстройствами.

Материалы и методы. Проведено исследование 45 пациентов, средний возраст которых составлял 33,3±9,7 года. Были отобраны пациенты с генерализованным тревожным расстройством – 22 человека и с тревожно-фобическим расстройством – 23 человека. Изучалось терапевтическое действие и эффективность 14-ти дневного применения типичного анксиолитика бромдигидрохлорфенилбензодиазепа в дозе 2 мг в сутки и атипичного анксиолитика фабомотизола в дозе 30 мг в сутки.

Использовались Миннесотский многофакторный личностный тест (СМИЛ), шкала оценки выраженности симптоматики (ШОВС) и субшкала «Терапевтический эффект» CGI. Для анализа особенностей терапевтического действия использовалась группировка симптомов шкалы ШОВС в кластеры, отражающие психофармакологические эффекты препаратов – анксиолитический, антигипотимический, антиастенический, гипнотический, стимулирующий или седативный, антиневротический, вегетотропный.

Статистическая обработка данных проводилась с применением непараметрических критериев Манна-Уитни, хи-квадрат с уровнем достоверности  $p \leq 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ профилей СМИЛ показал преобладание астенических черт с высокими значениями пессимистичности (при  $p \leq 0,05$ ), тревожности и индивидуальности у

26 пациентов, у которых преобладали черты пассивности, вялости, сенситивности, неуверенности, впечатлительности, недостаточной выносливости к психическим и физическим нагрузкам. Из них 8 пациентов получали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, а 18 – фабомотизол. Стенические черты с высокими значениями импульсивности, ригидности и оптимистичности ( $p \leq 0,05$ ) преобладали у 19 пациентов, для которых были характерны черты уверенности в себе, настойчивости, активности, склонности к лидирующим позициям, повышенной возбудимости, ригидности установок. Из них 5 пациентов получали бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, и 14 – фабомотизол.

Анализ полученных результатов терапевтического действия анксиолитиков показал, что наиболее существенные различия клинико-фармакологических эффектов у пациентов с разными индивидуально-типологическими особенностями определены при применении бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина, по сравнению с фабомотизолом. Транквило-седативное действие бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина с реализацией седативного и миорелаксантного эффектов со снижением психической и двигательной активности, вялости, некоторой замедленности, апатичности, усилением утомляемости и сонливости определено у пациентов со стеническими чертами. Транквило-активирующее действие бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина с реализацией антигипотимического, антиастенического и стимулирующего эффектов с появлением физической бодрости, улучшением концентрации внимания, повышением настроения отмечалось у больных с астеническими чертами. При применении фабомотизола его транквило-активирующее действие с выраженными антигипотимическим, антиастеническим и стимулирующим компонентом с повышением настроения, двигательной и психической активности определено у больных со стеническими чертами.

Анализ эффективности 14-ти дневного применения анксиолитиков при тревожных расстройствах показал высокую эффективность применения бромдигидрохлорфенилбензодиазепаина у пациентов с астеническими личностными особенностями ( $\chi^2 = 7,8$  при  $p \leq 0,05$ ), а фабомотизола - у пациентов со стеническими индивидуально-типологическими чертами ( $\chi^2 = 9,1$  при  $p \leq 0,05$ ).

Заключение. Полученные различия реализации клинико-фармакологических эффектов и эффективности анксиолитиков у больных с тревожными расстройствами в зависимости от преобладания у них астенических или стенических черт свидетельствуют о принципиальной важности индивидуальных характеристик (организации мозговой деятельности, фенотипических особенностей эмоционально-стрессовых реакций, личностно-типологических черт) для формирования чувствительности к психотропным средствам, что следует учитывать в дифференцированной психофармакотерапии психических расстройств и прогнозе ее эффективности.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Митихин В.Г., Солохина Т.А.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

Москва

*A MODERN APPROACH TO THE PROBLEMS OF ASSESSING THE SEVERITY OF MENTAL DISORDERS AND THE EFFECTIVENESS OF REHABILITATION*

*Mitikhin V.G., Solokhina T.A.*

На современном этапе изучения психических расстройств, можно говорить о том, что совершенствование психиатрической помощи связано с внедрением системных подходов (Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А. и соавт., 2008-2016) к развитию научных основ диагностики, терапии и реабилитации при этих расстройствах. Это обусловлено тем, что, в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой, факторы риска психопатологии могут возникать на многих уровнях функционирования пациента: от генетического до средового с учетом его индивидуальных биопсихосоциальных характеристик. Этот фундаментальный факт должен учитываться при первичной профилактике и последующей психосоциальной реабилитации (ПСР) пациентов.

В настоящее время в психоневрологических и психофармакологических исследованиях широко используются психометрические (ранговые) шкалы для оценки выраженности нейрокогнитивных, психопатологических симптомов и функциональных нарушений.

С точки зрения общей теории измерений психометрические шкалы и опросники являются ранговыми шкалами. Данные, измеряемые этими шкалами, представляют собой нечисловую (качественную)

информацию, которая, как правило, некорректно используется в научно-практических исследованиях (не только в медицине, но и в социологии, и в экономике).

Строгое математическое доказательство нечисловой природы ранговых данных получил J. Pfanzagl в 1968 г., а отсюда следует, что обработка таких данных возможна только методами непараметрической (ранговой) статистики, которые не допускают классических математических операций, в частности, нельзя использовать вычисление среднего, не говоря уже о классических методах корреляционного, дисперсионного, факторного и регрессионного анализа. В настоящее время эти факты можно найти в современных монографиях и пособиях по методам обработки данных различной природы.

Говоря о психиатрии, отметим, что в 1978 г. М.М. Кабанов на основе качественного анализа «Оценочной шкалы основных клинико-психопатологических характеристик» сделал примечательный вывод о нечисловой природе ранговой информации, а также указал на важность учета весомости отдельных характеристик пациента. К сожалению, эти важные идеи не получили должного развития в психометрических методах психиатрии вплоть до 21 века.

В работе Митихина В.Г., Солохиной Т.А., (2019) приведены элементарные (на уровне школьной математики) примеры, показывающие недопустимость обработки ранговой информации стандартными математическими операциями.

Как показали исследования в области методов обработки данных и принятия решений на протяжении последних 50 лет наиболее эффективным количественным методом обработки качественной, в частности, ранговой информации является метод анализа иерархий (МАИ) (Saaty T. L., 2004-2016), позволяющий учитывать иерархическую структуру проблем – это особенно важно для психиатрии и психологии.

В последние 10 лет в мировой психиатрии ведутся интенсивные исследования в рамках 2-х масштабных проектов (см., например, работы Cuthbert B., 2014; Krueger RF, Kotov R, Watson D et al., 2018-2020 и указанную там библиографию): 1) RDoC «Исследовательские критерии доменов»; 2) HiTOP «Иерархическая таксономия психопатологий». Оба проекта для своей успешной реализации требуют использования средств МАИ.

Цель исследования:

1) Системный анализ проблем оценки выраженности психопатологических состояний пациента и эффективности последующей ПСР. 2) Разработка методологии и математических алгоритмов обработки исходной экспертной информации с целью получения соответствующих числовых критериев эффективности ПСР.

Материалы и методы: результаты анализа публикаций отечественных и зарубежных авторов, результаты собственных исследований по проблемам оценки состояний пациентов, а также оценке эффективности комплексной долгосрочной программы ПСР для лиц с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в различных формах помощи. В качестве методов сбора и обработки исходной информации использованы клинико-психопатологический, психометрический (PANSS, шкалы осознания болезни ISP, комплаенса, оценки качества жизни SF-36, социальной адаптации SAS, автономии, опросники «Индикатор копинг-стратегий», URICA, опросник жизнестойкости), а также методы системного анализа и анализа иерархий (МАИ).

Результаты. Анализ проблем оценки психопатологических состояний пациента на основе психосоциальных характеристик и характеристик поведения, измеряемых с помощью ранговых шкал, показывает, что эти проблемы могут быть представлены в виде соответствующих иерархий (см., например, Ястребов В.С., Митихин В.Г., 2005; Митихин В.Г., Солохина Т.А., 2018-2020), которые соответствуют первому этапу применения МАИ. Например, проблему оценки состояний пациентов при выборе и реализации процедур ПСР можно представить в виде следующей иерархии: 1-ый уровень – представлены возможные пациенты (или один пациент, состояния которого соответствуют различным стадиям проведения ПСР); 2-ой уровень – представлены наборы критериев оценки нарушений функционирования больного: психопатологические проявления болезни и соматические расстройства; личностные проблемы, интерперсональные проблемы, экзистенциальные проблемы; нарушения социального функционирования и качества жизни; 3-ий уровень – представлены специалисты: психиатр (психотерапевт); психолог; социальный работник; 4-ый уровень – фокус иерархии соответствует процедуре получения окончательной, интегральной оценки с учетом весомости критериев и весомости специалистов.

Количество критериев на практике обычно может меняться от 1 до 10 (случаи больше 10 могут быть изучены на основе выделения групп критериев). Кроме того, наборы критериев могут пересекаться (этот случай соответствует связям между критериями), например, психолог может оценивать как

интерперсональные, так и социальные аспекты нарушения поведения, а психиатр может иметь психотерапевтическую квалификацию.

Таким образом, наборы критериев оценки нарушений ( $K_i$ ) можно гибко подстраивать не только в количественном плане, но и за счет детализации структуры соответствующей иерархии в соответствии с индивидуальной квалификацией специалистов (число специалистов также может увеличено в разумных пределах до 10).

Фундаментальное отличие оценок на основе МАИ от ранговых оценок связано с тем, что получаются числовые оценки весомости критериев и соответствующих изменений состояния пациента, которые зависят от квалификации специалистов, характеристик используемых шкал измерения нарушений в соответствующих областях и процедур ПСР.

Такие оценки в отличие от ранговых оценок можно использовать для любой математической обработки и формирования соответствующих количественных (регрессионных) моделей зависимости эффективности ПСР от исходного состояния пациента, шкал измерения нарушений и других факторов (социо-демографических характеристик пациента и его окружения). Оценки изменений состояний пациента (в рамках рассматриваемой иерархии) можно получать, используя аппарат МАИ, по каждому критерию, поэтому используемые критерии следует рассматривать как частные критерии оценки эффективности ПСР (например, это оценки состояний для основных областей нарушения функционирования пациентов).

Для получения окончательной, интегральной оценки состояния пациента в рамках этой модели (на основе процедур МАИ) в общем случае должны учитываться: 1) сами оценки изменения состояний; 2) весомость соответствующих областей нарушений и, в общем случае, 3) уровень квалификации специалистов.

Заключение. Разработана инновационная методология и алгоритмы на основе МАИ для оценки тяжести психопатологических состояний пациентов и эффективности вмешательств в рамках реализации различных реабилитационных стратегий.

Фундаментальное отличие предлагаемого подхода от ранговых методов обработки исходной информации – формирование результатов обработки экспертной информации в шкале отношений (числовой шкале), что обеспечивает корректную интеграцию психометрических и нейробиологических характеристик при рассмотрении процедур диагностики, психосоциальной терапии и реабилитации. Подход обеспечивает широкое применение математических операций, построение адекватных моделей соответствующих процессов и корректное использование получаемых оценок в клинической практике и научных исследованиях.

## **ДИНАМИКА МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В ПЕРИОД ДО ПАНДЕМИИ И В ПЕРИОД «ВТОРОЙ ВОЛНЫ» ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Мурзакаев А.А., Сизикова Е.А.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*DYNAMICS OF MOTIVES OF SUICIDE ATTEMPTS IN THE PERIOD BEFORE THE PANDEMIC AND DURING THE «SECOND WAVE» OF THE COVID-19 PANDEMIC*

*Murzakaev A.A., Sizikova E.A.*

Целью исследования явилось изучение динамики мотивов суицидальных попыток населения в период до пандемии и в период «второй волны» пандемии COVID-19. Материал для исследования предоставлен лечебно-профилактическими учреждениями Свердловской области в виде медицинской документации выживших после суицидальной попытки. Методы: разработанная одним из авторов структурированная анкета, направленная, в том числе, на исследование мотивов суицидальной активности у выживших после суицидальной попытки. Дизайн: в исследовании данные анкетирования 1500 пациентов были разделены на две группы сравнения: первая – 695 пациентов, совершивших суицидальные попытки в IV квартале 2020 г. и I квартале 2021 г. (средний возраст –  $36,85 \pm 0,98$  лет, мужчины – 50,79%, женщины – 49,21%), и вторая – 805 пациентов, совершивших суицидальные попытки в IV квартале 2019 г. и I квартале 2020 г. (средний возраст –  $36,86 \pm 1,09$  лет, мужчины – 51,49%, женщины – 48,51%). Группы сравнения сопоставимы по полу и возрасту (разница групп по полу и возрасту статистически не значима,  $p > 0,05$ ). Результаты: выявлены и сопоставлены следующие мотивы суицидальных попыток:

«непонимание близкими» в основной группе – у 146 пациентов (21,0%, n1=695), в контрольной – у 85 (10,6%, n2= 805) (t=5,4, p<0,01); «несправедливое отношение» в основной группе – у 54 пациентов (7,8%, n1=695), в контрольной – у 25 (3,1%, n2= 805) (t=4,3, p<0,01); «неуверенность в будущем» в основной группе – у 67 пациентов (9,6%, n1=695), в контрольной – у 42 (5,2%, n2=805) (t=3,7, p<0,01); «чувство отвержения окружающими при соматическом расстройстве» в основной группе – у 48 пациентов (6,9%, n1=695), в контрольной – у 25 (3,1%, n2=805) (t=3,6, p<0,01); «одиночество» в основной группе стало мотивом суицидальных попыток у 43 пациентов (6,2%, n1=695), в контрольной – у 87 (10,8%, n2=805) (t=3,4, p<0,01); «ревность» в основной группе стала мотивом суицидальных попыток у 16 пациентов (2,3%, n1=695), в контрольной – у 38 (4,7%, n2=805) (t=3,1, p<0,01). Выводы: изменение структуры мотивов суицидальных попыток во «вторую волну» пандемии COVID-19 характеризуется повышением значимости таких мотивов суицидальной попытки как «непонимание близкими», «несправедливое отношение», «неуверенность в будущем», «чувство отвержения окружающими при соматическом расстройстве» при одновременном снижении значимости «одиночества» и «ревности» как мотивов суицидальной попытки.

## ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт  
Ташкент

*FEATURES OF ANXIETY- DEPRESSIVE DISORDERS IN ADOLESCENTS*

*Mukhtorov B.O., Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.*

Введение: Актуальность проблемы исследования тревожно-депрессивных нарушений в подростковом периоде обусловлена трудностями их своевременной верификации и сложностями медикаментозного лечения данной патологии. Огромная роль отводится значению внутрисемейных взаимоотношений и стилям родительского воспитания в формировании психоэмоциональных нарушений и аффективной патологии (Абдуллаева В.К., 2019). Депрессивные расстройства у детей и подростков клинически проявляются атипично, в отличие от взрослой популяции и характеризуются формированием патохарактерологических реакций и поведенческих нарушений, соматическими и вегетативными симптомами, имеют маскированный характер (Nurkhodjaev S., 2020). Наличие высокого уровня реактивной и личностной тревожности у подростков способствует риску развития несуйцидального самоповреждающего поведения (Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 2016). По сведениям зарубежных психиатров, установлено, что в подростковом возрасте отмечаются депрессивные расстройства, проявляющиеся школьной фобией, поведенческими нарушениями в коллективе сверстников, неспособностью адаптироваться в социуме и конфликтами в межличностных взаимоотношениях (Stangl W., 2020). По данным ряда авторов, только 27% детей с депрессивным началом заболевания были проконсультированы психиатром при первой депрессии; остальные длительное время наблюдались специалистами общесоматического профиля. При первичном обращении к психиатру депрессивное состояние было установлено лишь в 23,6% случаев в связи с невыраженностью собственно аффективных расстройств, преобладанием жалоб на нарушение поведения, в том числе агрессивность, школьную дезадаптацию, компьютерную зависимость. В пубертатном периоде отмечается нарастание депрессивной симптоматики на фоне идей собственной неполноценности и дисморфофобических включений со склонностью к асоциальному поведению, своевременно не диагностированных вследствие присутствия нездорового микроклимата в семье и отсутствия взаимопонимания между детьми и родителями (Эйдемиллер Э.Г., 2005). В первую очередь депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте сопряжены с деструктивными формами поведения, крайним вариантом которого является суицидальное поведение (Ведяшкин В.Н., 2011). Целью исследования явилось изучение уровня тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста с несуйцидальным самоповреждающим поведением для оптимизации ранней превенции и медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материалы и методы исследования: в исследование были включены 128 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет включительно, находившихся на стационарном лечении в подростковых отделениях Городской клинической больницы города Ташкента с поведенческими нарушениями и расстройствами адаптации и с наличием аутодеструктивных тенденций. Ведущим методом исследования



явились клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), а для определения уровня тревожности – опросник тревожности Спилбергера-Ханина. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

Результаты и их обсуждения: у большинства мальчиков-подростков депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцировало формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствовало побегам из дома и бродяжничеству, приводило подростков в асоциальные компании. В основном, жалобы подростков были на снижение фона настроения, отсутствие аппетита и сна, нежелание заниматься какой-либо деятельностью, потеря интереса происходящим событиям в жизни, воспоминания отрицательных моментов из прошлого и фиксация на них, плохая переносимость резких источников звуков, чувствительность к перепадам погоды, постоянное уныние и равнодушие к родным и близким. Большинство родителей жаловались на значительное ухудшение школьной успеваемости, невозможность усваивать школьную программу, изменение внутрисемейного эмоционального благополучия, с появлением конфликтов в межличностных взаимоотношениях. В клинических проявлениях депрессии ведущим симптомом была дисфория, нами были выявлены аддиктивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и аутоагрессии, физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурению, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. Практически у всех обследованных отмечались факты нанесения самопорезов в области локтевых сгибов и запястья на высоте депрессивного аффекта. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности. Исследование уровня тяжести депрессивной симптоматики с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии установило, что у 10,0% подростков регистрируется тревожность без клинически выраженных симптомов. Большинство обследованных подростков (55,0%) склонны к формированию субклинически выраженным проявлениям тревожности. У 35% обследуемых регистрировалась клинически выраженная тревога. Исследование реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера-Ханина установило, что у 36,0% подростков регистрируется высокие показатели личностной и реактивной тревожности. Большинство обследованных подростков (60,0%) склонны к формированию личностной и реактивной тревожности средней степени выраженности. И лишь у 4,0% обследуемых регистрировалась реактивная и личностная тревожность лёгкой степени выраженности. Тревога у подростков формировалась на фоне межличностных конфликтов в семейной обстановке и со сверстниками в образовательных учреждениях. Усиление личностной тревожности наблюдалось в вечернее время, на высоте тревожного аффекта мальчики подростки совершали поверхностные порезы острыми режущими предметами в области локтевых сгибов для снятия напряжения и облегчения своего психоэмоционального состояния. Результаты тестирования аффективных нарушений у мальчиков-подростков с помощью двух психометрических шкал были сопоставимы и полученные данные коррелировали по уровню тяжести клинических проявлений, что является подтверждением достоверности результатов исследования.

Выводы: таким образом, исследование эмоциональной сферы у мальчиков-подростков допризывного возраста со склонностью к аутоагрессии, установило, что у большинства обследуемых преобладают тревожно-депрессивные расстройства средней степени тяжести с клиническими проявлениями в виде поведенческих нарушений, патохарактерологических реакций и девиантного поведения. Полученные результаты исследования позволяют на ранних стадиях идентифицировать наличие тревожно-депрессивной симптоматики у лиц допризывного возраста и провести соответствующую лечебно-коррекционную помощь данному контингенту населения.

# ВОЗДЕЙСТВИЕ КОРОНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ

Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

*THE INFLUENCE OF CORONAVIRUS INFECTION ON THE CLINICAL FEATURES OF SCHIZOPHRENIA*

*Mukhtorov B.O., Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.*

Актуальность. Изучение влияния новой коронавирусной инфекции COVID19 на особенности клинических проявлений психических заболеваний, и, в частности, расстройств шизофренического спектра вызвана высокой вирулентностью SARS-CoV2, способного непосредственно поражать центральную нервную систему, тем самым изменяя патоморфоз течения многих органических и соматических нозологий. Зарубежные исследователи определили в своих научных изысканиях воздействие COVID19 на психоэмоциональное состояние людей, никогда ранее не обращавшихся за психиатрической помощью (Stein M., 2020; Bohlken J., 2020). Наиболее подвержены негативному воздействию и паническому влиянию сообщений из СМИ и Интернет-источников лица, имеющие хронические психические заболевания, в частности, такие как шизофрения и шизофреноподобные расстройства (Shader R., 2020; Gao J, Zheng P, Jia Y, 2020). В период пандемии COVID19, когда весь мир находился в условиях изоляции и локдауна, большинство психических больных не могли вовремя обратиться за психиатрической помощью в диспансерные отделения и наблюдалось обострение симптомов психического расстройства, ухудшение адаптационных способностей пациентов (Brown E., Gray R., 2020; Matveeva A.A.et al., 2020). Российские психиатры отмечают, что у пациентов с шизофренией более высокий риск заражения коронавирусной инфекцией, эти пациенты имеют худшие клинические исходы, большое количество сопутствующей патологии, а также высокий риск психотических рецидивов в контексте пандемии COVID19 (Прокопович Г.А., Сивашова М.С., Пашковский В.Э., 2021). Применение фармакотерапии психотропными препаратами обусловлено степенью тяжести течения COVID19, провоцирующей обострение психических расстройств (Brown E., Gray R., Monaco S., O'Donoghue B., Nelson B., Thompson A., Francey S., McGorry P., 2020). Однако в отечественных литературных источниках нет работ, посвященных особенностям влияния коронавирусной инфекции на клинические проявления психических заболеваний.

Цель исследования: изучить особенности влияния коронавирусной инфекции на клинические проявления параноидной шизофрении и расстройств шизофренического спектра для улучшения лечебно-профилактической помощи пациентам. Материалы и методы исследования: исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы города Ташкента. В исследование были включены 36 пациенток, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице после перенесенной SARS-CoV2 коронавирусной инфекции. Все диагнозы COVID19 были верифицированы в инфекционной специализированной больнице по новой коронавирусной инфекции (COVID19), где пациентки получали лечение. Большинство пациентов состояло на диспансерном учёте в ПНД с диагнозом параноидная шизофрения. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологическое, клиничко-катамнестическое и экспериментально-психологическое исследование. Конституционально-личностные особенности пациенток определили с помощью теста Шмишека-Леонгарда.

Результаты и обсуждения: среди обследованных пациенток у 22 (61,1%) диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения F-20.00, у 8 (22,2%) обследованных - острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении с ассоциированным стрессом F-23.10, параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения F-20.01, у 4 (11,1%) - острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении с ассоциированным стрессом F-23.10, у 2 (5,6%) - шизоаффективное расстройство F-25.0. Средний возраст пациенток составлял 38,67±6,48 лет. Исследование личностных особенностей с помощью опросника Шмишека-Леонгарда, что демонстративный тип наблюдался у 33,3% больных, дистимический тип был выявлен в 55,5% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 11,2% пациенток. Практически у всех пациенток наблюдалось включение тематики коронавирусной инфекции в структуру бреда образования. Анализ структуры бреда образования обнаружил видоизменение предыдущих переживаний психически больных, присоединение к имеющимся неправильным умозаключениям и идеям преследования, отношения и

воздействия - бредовых идей о наличии тяжелой неизлечимой болезни, заражения, которые отличалась полиморфизмом и своеобразием содержания. У пациенток (5,6%) с шизоаффективным расстройством бредовые переживания развивались на высоте депрессивного аффекта и сопровождалась появлением идей самоуничтожения и самообвинения, малозначимости и малоценности. Нами была выявлена статистически значимая корреляционная взаимосвязь между типом личности пациенток и клинико-динамическими особенностями бредаобразования. У пациенток дистимического склада личности наблюдалось формирование на высоте депрессивного аффекта бредовых идей нигилистического характера по типу бреда Котара. Отмечалось появление мыслей плохого содержания с размышлениями и планами суицидальной направленности. Большинство пациенток с хроническими психическими расстройствами, с тревогой воспринимали наличие у себя заболевания новой коронавирусной инфекции, отмечались у них состояния повышенной ажитации и агрессии к медперсоналу клиники. В содержании бредовых идей включались сюжеты отравления, чувство сделанности, элементы психического автоматизма, имело место преобладание образно-чувственного компонента. Для пациенток с тревожно-боязливым складом личности было свойственно формирование бредовых идей преследования, воздействия, околдованности, бреда инсценировки. В клинической картине отмечалось включение обсессивно-компульсивных расстройств, со стремлением к патологической чистоплотности, чрезмерным употреблением защитных средств (масок, защитных перчаток, антисептиков), страхом повторно заразиться коронавирусной инфекцией. У лиц с демонстративным складом личности на фоне перенесенного COVID19 в синдромогенезе бредаобразования преобладали идеи парафренного содержания с эквивалентами величия, особого значения, мегаломанического характера. Обострение бредовой симптоматики возможно связано с прерыванием приема психотропных препаратов в условиях инфекционной больницы и методами лечения дезинтоксикационного плана, которые снизили уровень куммуляции ранее принимаемых нейролептиков и антидепрессантов. В результате активной фармакотерапии наблюдалась редукция бредовых переживаний с формированием формальной критики у обследованных пациенток.

Выводы: таким образом, в сложившейся эпидемиологической ситуации у больных с психическими расстройствами шизофренического спектра наблюдаются изменения содержания бредовых переживаний с включениями тематики новой коронавирусной инфекции, появление суицидальных тенденций, усиление фобических и обсессивно-компульсивных расстройств с учётом преморбидного склада личности пациентов. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для оптимизации медико-психологической помощи психически больным, перенёвшим коронавирусную инфекцию.

## **В.М. БЕХТЕРЕВ: СТРУКТУРА СОЗНАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ**

**Носачев Г.Н., Акопов Г.В., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.**

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Самара

*V.M. BEKHTEREV: THE STRUCTURE OF CONSCIOUSNESS AND MODERN PROBLEMS OF CONSCIOUSNESS IN PSYCHOLOGY, PSYCHIATRY AND GENERAL MEDICINE*

*Nosachev G., Akopov G., Nosachev I., Dubitskaya E.*

Прошло более ста десяти лет после опубликования фундаментального труда В.М. Бехтерева «Психика и жизнь» (1903). Представленные в нем идеи, так же как и в более ранней психологической работе ученого «Сознание и его границы» (1888), носят новаторский характер и значительно опережают свое время. По своему замыслу уровневая структура сознания в концепции В.М. Бехтерева является не менее (если не более) богатой, во всяком случае, сопоставимой со структурной концепцией самосознания У. Джемса. К сожалению, далеко не все выдвинутые В.М. Бехтеревым идеи получили продолжение в творчестве самого ученого и его последователей. И сегодня, как отмечают Б.Ф. Ломов, В.А. Кольцова, Е.И. Степанова (1991), не раскрыты в должной мере конструктивное содержание идей В.М. Бехтерева, методологическая значимость многих выдвинутых им положений, ценность полученных конкретных фактов, остающихся актуальными для современной психологической теории и для решения практических задач в медицине.

Активный борец с субъективно-идеалистическими воззрениями, подвергший их острой критике в своем труде «Объективная психология», В.М. Бехтерев уже на ранних этапах своего творчества самоопределился как ученый естественнонаучной ориентации. Это с очевидностью просматривается и в его работе «Психика и жизнь», относящейся хронологически к периоду общей психобиологии, согласно периодизации творчества В.М. Бехтерева, предложенной Е.В. Левченко (1999).

Многие ранние идеи и концептуальные построения В.М. Бехтерева не потеряли своего значения в современной отечественной психологии, переживающей очередной этап методологического переосмысления системы психологических знаний, вызванный сменой социально-экономических условий жизни постсоветского общества, и приобрели новое звучание в зарубежной, особенно американской, психологии, в которой в связи со всё большим преодолением бихевиорального подхода и распространением когнитивизма обостряются дискуссии по психофизической проблеме и проблеме сознания.

Как отмечает В.М. Бехтерев, «несмотря на необыкновенную по своим размерам затрату умственного труда со стороны наиболее видных мыслителей старого и нового времени, вопрос об отношении духовного или психического начала к физическому не продвинулся вперед ни на один шаг. Мы и теперь, как тысячу лет назад, останавливаемся перед неразрешимыми загадками мира, что такое дух и материя и какое их взаимное отношение друг к другу? Ошибка всех вышеуказанных воззрений состоит именно в том, что ими отыскивалась умозрительным путем сущность вещей, между тем как истинное знание не заключается в отыскании сущности вещей, а в разъяснении соотношений между теми и другими явлениями» (Бехтерев В.М., 1999, с. 38).

В.М. Бехтерев выделяет шесть «специальных видов сознания, которые определяют также различные степени развития содержания сознания (от низшей к высшей): сознание своего существования; сознание своего тела; сознание окружающего пространства; сознание времени; сознание своей личности; сознание своего сознания». К сожалению, все эти подходы ученого мало известны психиатрам, тем более интернистам.

К. Ясперс (1911), не зная о работах В.М. Бехтерева, повторил четыре основных критерия для диагностики качественных расстройств сознания.

Психология и медицина – две самостоятельные отрасли науки, обладающие собственными специфическими признаками, относящиеся к разным типам наук. Медицина хотя и относится некоторыми исследователями философии науки к аксиологическим наукам, но со смежными естественными науками (биохимия, биофизика, ядерная медицина и др.), а психология – личностно-ориентированная аксиологическая наука, где основным концептом является ценности, которые в направлениях и отраслях психологии разные. Так, во фрейдизме (психоанализе) основной ценностью (предметом, концептом) является детерминация бессознательным сознательного; в бихевиоризме – поведение; в гештальтпсихологии – гештальт (образ); в гуманистической психологии – возвышенные ценности человека; в деятельной психологии – формирование сознания практикой; в культурно-исторической психологии – диалектика интерпсихической ситуации, речи и мышления; в когнитивной психологии – когнитивные процессы и поведение человека, направленные на благо людей. То есть среди базовых ценностей сознание в лучшем случае только упоминается. Не лучше обстоит дело с исследованием сознания, преимущественно патологии (расстройств) сознания. С организационно-правовой стороны расстройства сознания относятся к скорой и неотложной медицинской помощи, а соответственно главная задача – не дифференциация синдромов расстройства сознания, а констатация самого факта и быстрое проведение медицинского вмешательства. Это привело к упрощению самого факта диагностики, упрощениям и противоречиям синдромальных различий (или к их полному исчезновению, например, обнубильяции), их изучения и дифференциации, в частности в неврологии.

Среди причин «исчезновения» обнубильяции из классификаций и диагностики является широкое использование клинко-психологических (диагностических) шкал, в частности, шкалы комы Глазго (Glasgo Coma Scale, 1974, в которой оглушение начинается с умеренного).

Между тем только в 2005-2020 годах по сообщениям СМИ, от автодорожных катастроф погибло до 300 тысяч человек и свыше 3-х миллионов пострадало, и у большинства пострадавших травмы сопровождались расстройствами сознания (и не только черепно-мозговыми травмами). А если взглянуть на сосудистую патологию?

В медицинских дисциплинах и специальностях, по меньшей мере, в четырёх из них – в неврологии, психиатрии, анестезиологии и реаниматологии патология сознания – базовый концепт. Но в трех из них преподавание сводится преимущественно к классификации А.Н. Коновалова с соавт. (1982) с сумбурным добавлением отдельных синдромов помрачения сознания. Более четко излагаются расстройства

сознания в психиатрии, но их трудно подкрепить практикой, так как большинство из них всё же относится к ургентной медицине. Нет сомнений, что расстройства сознания наблюдаются не только в клинических нейронауках, но и во всей соматической медицине.

Следовательно, к настоящему времени сложилось следующее состояние вопроса. С одной стороны, в психологии возобновился интерес к различным аспектам психологии сознания, но они мало известны врачам и не используются ими в практической деятельности. С другой стороны – психологи мало интересуются вопросами расстройства сознания и не используют их в осмыслении структуры, функции и других составляющих сознания.

Как известно, один из главных признаков классического мышления – использование бинарных оппозиций; логические дихотомии являются «характерным признаком рационального классического мышления» (Асмолов А.Г., 2002). И это то, что мы часто встречаем в определениях сознания: общение и обобщение (системное и смысловое строение сознания) у Л.С. Выготского; знание и отношение у С.Л. Рубинштейна; значение и смысл у А.Н. Леонтьева; невербализированное семантическое в концепции В.Ф. Петренко; логика и парадокс у В.М. Аллахвердова; запоминание и понимание у А.Ю. Агафонова; отражение-порождение в теории психологических систем В.Е. Ключко; сознание и бессознательное в метасистемной теории А.В. Карпова и др.. К классическим построениям, на наш взгляд, можно отнести и «бидихотомические» объяснения сознания в концепциях В.П. Зинченко (бытийный – рефлексивный слой), а также А.Г. Асмолова и Ф.Е. Василюка (деятельность – общение, установка – отношение). Классический подход более близок медицине, чем постклассический. Именно к объективизации психической деятельности в своих работах призывал В.М. Бехтерев.

Врача интересует сознание «здесь и теперь» у конкретного человека и в конкретный момент времени. Такова медицинская парадигма, т.е. индивидуальное сознание человека в его сиюминутном бытии. К настоящему времени среди определения расстройств сознания практически отсутствует единая синдромальная классификация расстройств сознания, так необходимая для задач практики.

## **ОТ РЕФЛЕКСОЛОГИИ В.М. БЕХТЕРЕВА К СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭТОЛОГИИ (ПОВЕДЕНИЮ)**

**Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В.**

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»

Минздрава России

Самара

*FROM V.M. BEKHTEREV'S REFLEXOLOGY TO MODERN PSYCHIATRIC AND PSYCHOLOGICAL ETHOLOGY (BEHAVIOR)*

*Nosachev I., Nosachev G., Kiseleva J.*

Созданная В.М. Бехтеревым рефлексология, не отменяя учения о сознании (психике) и субъективных методов исследования (интроспекционизм), допускала развитие новых областей научного знания, в частности изучение поведения, построенное на объективной психологии. Предсказание В.М. Бехтерева, что «в будущем «субъективная» психология явится только дополнительным знанием, которое свои задачи будет соотносить с данными объективной науки» (1991), похоже, сбывается, если принять логику объективизма, как главного и единственного принципа в науке. Однако сам В.М. Бехтерев признавал «важной ошибкой психологов и социологов субъективистов» поиск одного общего принципа (1991. с. 23).

В одном из списков научных работ, составленном самим В.М.Бехтеревым (1991) и содержащем 135 наименований, опубликованных в соответствующих изданиях, более 30 названий содержат в качестве основополагающего термин «объективность» в его разнообразных сочетаниях. Это, в частности: «объективная психология» (и ее предмет, 1904 г.); «объективное исследование» (нервно-психической деятельности..., Амстердам, 1907 г.); «объективное изучение...»; «объективно-психологическая точка зрения» (биологическое развитие мимики, Париж, 1910 г.); «объективные проявления»; «объективные признаки»; «строго объективный метод»; «экспериментально-объективное исследование»; «объективная наука»; «объективно-биологическое исследование»; «объективно-психологический метод (в применении и изучении преступности, 1912 г.)»; «объективное рассмотрение социальной жизни..., 1922 г.» и другие.

Второй по численности работ раздел (30 публикаций) связан с проблемой «строения и функций мозга в связи с рефлексологией».

Следующий, четвертый раздел (10 статей) связан с научными работами существенно иного характера – социальными исследованиями («коллективная и социальная рефлексология»), планируемыми и выполняемыми с позиций объективизма. Далее по «генетической рефлексологии» (7 работ), (6 работ) по «педагогической рефлексологии», небольшие разделы по «рефлексологии физического и умственного труда», «зоорефлексологии», «художественной рефлексологии», а также «судебной пато-рефлексологии».

В самом начале книги «Объективная психология» В.М. Бехтерев отмечал: «С нашей точки зрения, совершенно ошибочно распространенное определение психологии как науки только о фактах или явлениях сознания. На самом деле психология не должна ограничиваться изучением явлений сознания, но должна изучать и бессознательные психические явления, и вместе с тем она должна изучать также внешние проявления в деятельности организма, поскольку они являются выражением его психической жизни. Наконец, она должна изучать также и биологические основы психической деятельности» (1991, с.5).

По В.М. Бехтереву «человек, как деятель, не представляет исключения из соотношений или зависимостей, общих для всей вообще мертвой и живой природе... Общие космические законы одинаково приложимы как к явлениям физико-химического порядка, так и к явлениям органического и надорганического мира и, в том числе, к соотносительной деятельности человека» (1991, с. 457), т.е. к поведению.

Идеи И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова начала XX века, лежащие в основе рефлексологии, позже признанные на Западе как предвестники бихевиоризма, в СССР использовались преимущественно в учении об условных рефлексах в рамках физиологии, в частности, высшей нервной деятельности животных (поведения), а также их перевели в психоневрологию и психиатрию, «забыв» термин «поведение».

«Возрождение» этологии произошло в 80-е годы XX века, в том числе и в психиатрии. Вся методическая база, а также фактические исследования в области этологической психиатрии в основном были созданы в содружестве крымских психиатров и антропологов МГУ с 1985 по 1996 гг.. Развитое А.Н. Корнетовым и В.П. Самохваловым направление позволило говорить о клинико-этологическом методе в психиатрии. Следует согласиться с этими авторами в том, что необходимо более подробно и тщательно исследовать возможности учёта невербального поведения (НП) для диагностики, дифференциальной диагностики, течения и прогноза психических заболеваний. Это не помешало отечественному психологу М.Г. Ярошевскому в монографии «Наука о поведении: русский путь» (1996), с одной стороны, назвать этологию репрессивной наукой, а с другой – предложить системный подход к изучению поведения – «организм – поведение – сознание», не отразив современного состояния.

Впервые на важность выявления особенностей НП при психических заболеваниях указывали ещё С.С Корсаков (1901), В.П. Осипов (1931), Л.М. Сухаревский (1936, 1966), К. Leongard (1976). Более тщательное изучение НП при психических заболеваниях, по существу, началось с 70-х годов XX века, когда появился глоссарий НП человека, предложенный В.П. Самохваловым (1984-1990), с последующим использованием его для дифференциальной диагностики шизофрении (Самохвалов В.П., 1984-2002; Коробов А.А., 1984-1991 и др.). Результатом исследований авторов стали, на наш взгляд, две монографии: «Этология в психиатрии» (1990) и «История души и эволюция помешательства (начало эволюционного психоанализа)» (1994). Параллельно в психологии разрабатываются такие проблемы, как «внешний облик» (Бодалев А.А., 1981, 1994; Панферов В.Н., 1975, 1987), «невербальная коммуникация» (кинесика) (Матехин Х., 1976), «невербальное общение» (Андреева Г.М., 1980; Ковалев Г.А., 1989; и др.), «невербальное поведение» (Лабунская В.А., 1986-1990), в психиатрии – невербальное поведение при депрессиях и наркологии – невербальное поведение у потребителей алкоголя (Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Киселева Ж.В., 1996-2021).

В.П. Самохвалов, размышляя об эволюции поведения, выделяет 4 пути: магистральный – возникновение новых форм поведения; вариантный – увеличение комбинаций с закреплением этих форм поведения; консервативный – уменьшение комбинаций с их стереотипизацией и специализацией; регрессивный – исчезновение новых форм поведения и возникновение более древних форм (1994, с.261-262). Как дальнейшее междисциплинарное исследование на стыке психиатрии, этологии и социологии появилась монография В.П. Самохвалова с соавт. «Социобиология в психиатрии» (2011), в которой показано, каким образом естественный отбор регулирует соотношение вариантов аномального поведения.

Опираясь на методологию клинической этологии в психиатрии, авторы статьи с сотрудниками предприняли изучение НП при эндогенных и психогенных депрессиях и при различных вариантах алкогольного опьянения.

Обнаружение элементов НП в рамках депрессивных расстройств способствует более глубокой их дифференциальной диагностике как по виду депрессивных состояний, так и по их нозологической принадлежности. Наиболее значимые различия по НП отмечаются в зависимости от тяжести депрессивного эпизода, а также по ведущему депрессивному аффекту. Наиболее диагностическими значимыми является комплекс «мимика-жест-поза».

Сопоставления взаимосвязи психологических и клинико-этологических особенностей НП у лиц, проходивших медицинское освидетельствование на состояние алкогольного опьянения (легкая степень опьянения) позволило выделить клинические варианты и типы анозогнозии. МКБ-10 и МКБ-11 обозначают душевные болезни (расстройства, нарушения) как «психические и поведенческие», не выстраивая системы взаимоотношений «организм (тело, влечения)-поведение-личность». Практически не получает отражения НП и в общей психопатологии, как нет там и личности. Весьма скупой экскурс в этологию человека, в частности, этологию в психиатрии позволяет увидеть, насколько В.М. Бехтерев предвидел многие направления исследований. К сожалению, клинико-этологический метод пока не занял достойного места в клинической и социальной психиатрии и наркологии.

## **ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19**

**Нохуров Б.А., Кириллова А.В., Хозин А.А., Лапшин А.О., Курбакова С.Ю.**

ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ

Москва

*FEATURES OF THE FUNCTIONING OF THE INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE UNIT OF THE NEUROPSYCHIATRIC DISPENSARY IN THE CONDITIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC*

*Nokhurov B.A., Kirillova A.V., Khozin A.A., Lapshin A.O., Kurbakova S.Y.*

С 2013 г., согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ №566н от 17 мая 2012 года, в Психоневрологическом диспансере №8 функционирует отделение интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП), задачами которого является оказание психиатрической помощи во время визита в отделение, а при потребности, также и на дому у пациента, лицам старше 18 лет при обострении психического расстройства (при условии отсутствия показаний к обязательной госпитализации). Деятельность «стационар-замещающего» отделения привела не только к значительному уменьшению частоты повторных госпитализаций в круглосуточный стационар, но и к повышению эффективности и качества медицинской помощи, дальнейшему развитию психо-социальной реабилитации пациентов.

Вместе с тем, распространение новой коронавирусной инфекции и введение различных противоэпидемических ограничений привели к значительным изменениям в системе здравоохранения, и оказании психиатрической помощи в частности.

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинико-социальных характеристик пациентов, пролеченных в ОИОПП в «допандемийный» 2019 г. и в 2021 г., а также выявить организационные особенности функционирования ОИОПП в указанные периоды времени. На основании изученного материала определить вектор дальнейшего развития внебольничной психиатрической помощи. Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ОИОПП филиала ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина ПНД №8 ДЗМ. В соответствии с целями исследования пациенты были разделены на две группы: в группу 1 вошли пациенты, пролеченные в 2019 г., в группу 2 – в 2021 г. Были использованы методы исследования: статистический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический. Полученные данные включали демографические (пол, возраст), информацию о диагнозе (по МКБ-10), особенности фармакотерапии, объем проводимых психосоциальным вмешательств.

Результаты исследования. В 2019 г. (группа 1) в отделении было пролечено 300 пациентов, тогда как в 2021 г. (группа 2) – 338. В ОИОПП пациенты направляются, как участковыми врачами-психиатрами, так и

пациенты, прошедшие лечение в круглосуточном стационаре. В 2021 г. отмечалась тенденция к увеличению направлений пациентов в ОИОПП участковыми врачами-психиатрами, по сравнению с 2019 г. Интенсификация направлений пациентов врачами-психиатрами участковыми, а также увеличение количества пролеченных пациентов (на 12,67%), связано, как с перенаправлением группы пациентов из дневного стационара в ОИОПП, в связи с противоэпидемическими ограничениями, так и, возможно, с общим ухудшением статистики по заболеваемости психическими расстройствами, связанными с пандемией COVID-19. При этом средний срок пребывания в отделении в группе 2 значительно уменьшился по сравнению с группой 1, в среднем на 8 дней (40 дней – в группе 1, 32 дня – в группе 2), что не сказалось, в целом, на качестве терапии.

Диагностика психических расстройств осуществлялась согласно критериям МКБ-10. В соответствии с задачами, в отделении чаще всего проходят лечение пациенты с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (F20-F29), причем в 2021 г. (группа 2) наблюдалось увеличение количества пациентов с данными диагнозами (207 пациентов – 61,24%) по сравнению с 2019 г. (группа 1) (160 пациентов – 53,33%). Немаловажное значение в функционировании отделения придается курации пациентов старшей возрастной группы с выраженными когнитивными нарушениями и разнообразной продуктивной симптоматикой (чаще галлюцинаторно-бредовой и аффективной). Помимо психофармакотерапевтической составляющей, сотрудникам отделения часто приходится решать социальные проблемы (взаимодействие с органами социальной защиты, установление инвалидности и пр.). В 2019 г. было пролечено 62 пациента (20,67%) с установленными диагнозами F00-F03. В 2021 г. выявлено снижение количества таких пациентов (47 - 13,90%), что связано с противоэпидемическими ограничениями.

Возрастные кривые пациентов обеих групп имели общие закономерности. Большинство пациентов, пролеченных в ОИОПП в 2019 г. и 2021 г. были старше 60 лет. Однако в 2021 г. доля возрастных пациентов несколько уменьшилась (с 54,33% в 2019 г. до 44,08% в 2021 г.). Наметилась тенденция к «омоложению» пациентов, пролеченных в ОИОПП.

Половые различия пациентов, пролеченных в ОИОПП в 2019 г. и 2021 г. остались практически неизменными со значительным преобладанием женщин: в 2019 г. – 194 (64,67%) и в 2021 г. – 215 (63,61%).

В соответствии с увеличением количества пролеченных пациентов также увеличилось частота посещений на дому: группа 1 – 1383 посещения в год, группа 2 – 1674 посещения в год (возрастание на 21 %). Посещения на дому осуществлялись к маломобильным пациентам, пациентам со значительными когнитивными или процессуальными нарушениями, а также при наличии выраженной продуктивной (психотической или аффективной) симптоматики с неустойчивой приверженностью к терапии, препятствующей посещению пациентом диспансера. В 2021 г. посещения на дому также выполнялись, в связи с введенными противоэпидемическими ограничениями (пациенты старше 65 лет) либо в связи с сопутствующими психогенными психическими расстройствами (страх заражения новой коронавирусной инфекцией). Посещения на дому пациентов, как группы 1, так и группы 2, осуществлялись полипрофессиональными бригадами (ППБ) в составе врача-психиатра, медицинской сестры, клинического психолога, специалиста по социальной работе, в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами. При посещении на дому ППБ выполняла весь спектр лечебно-диагностических и психо-реабилитационных мероприятий, в том числе психофармакотерапию, экспериментально-психологическое исследование, обследование социально-бытовых условий проживания и др. Кроме того, специалистами отделения проводилась противоэпидемическая и психообразовательная работа по разъяснению профилактических мер, в том числе информирование о необходимости вакцинации от COVID-19.

В группе 2 пристальное внимание уделялось регулярному исследованию соматического состояния пациентов (термометрия, раннее выявление симптомов острого респираторного заболевания, пневмонии). В процессе лечебно-реабилитационных мероприятий при посещении на дому ППБ нередко сталкивалась с выявленной у пациентов новой коронавирусной инфекцией. В таких случаях, пациенты выписывались из отделения и передавались под наблюдение участкового врача-психиатра при условии отсутствия показаний для госпитализации в круглосуточный стационар. В дальнейшем, амбулаторная курация таких пациентов при относительно стабильном психическом и соматическом состоянии осуществлялась в «дистанционном» формате с бесконтактной доставкой лекарственных препаратов на дом.

В период сложной эпидемиологической обстановки деятельность медико-социальных экспертных комиссий была переведена на заочную форму. В результате изменился алгоритм обследования



пациентов перед медико-социальной экспертизой (МСЭ). Так, проведение диагностических мероприятий переместилось в полустационарные отделения, в большей степени, в ОИОПП. Это привело к значительному росту направлений на МСЭ из ОИОПП в 2021 г. (13, из них на первичную МСЭ – 12), по сравнению с 2019 г. (6 пациентов, из них на первичную МСЭ – 3).

Таким образом, проведенное исследование указало на возрастающую значимость «стационар-замещающей» медицинской помощи в структуре деятельности психоневрологического диспансера. Последствия пандемии новой коронавирусной инфекции с противоэпидемическими ограничениями обозначило важность оказания специализированной психиатрической помощи на дому пациентам с эндогенными психическими расстройствами, а также пациентам пожилого возраста с когнитивными и психотическими расстройствами. Особое значение с учетом новых реалий приобретает психотерапевтическая и социальная составляющая биопсихосоциальной модели в оказании психиатрической помощи.

## **ДИНАМИКА ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 1990-2021 ГГ., КОМПЛЕКСНЫХ И НЕ КОМПЛЕКСНЫХ**

**Осколкова С.Н.**

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

*DYNAMICS OF APPROACHES TO SCHIZOPHRENIA DIAGNOSTICS, 1990-2021, COMPLEX AND NONCOMPLEX  
Oskolkova S.N.*

Цель исследования. Изучение истории и систематизация диагностических подходов в психиатрии как пути их совершенствования на примере шизофрении.

С учетом внедрения новых диагностических систем ICD-11 и DSM-V, споров о роли психометрических и персонифицированных методов в диагностическом процессе, сохраняющихся диагностических ошибок, предлагаемая тема становится все более актуальной.

Материалы и методы. Изучены 76 случаев диагностических ошибок при позднем распознавании шизофрении в разные годы (1990-2021), наблюдавшихся амбулаторно по месту жительства, давших информированное согласие. К 1990-2000 гг относились 24 случая, к 2000-2010 гг -35 случаев и к 2011-2021 гг 17 случаев. Все обследованные были мужчины 18-53 лет. Изначально в 1-ой временной группе диагностировалось расстройство личности, в том числе органическое (16 больных) и неглубокая деменция сосудистого генеза (8 больных); во 2-й и 3-ей временных группах преобладали лица с ошибочной диагностикой синдрома зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и алкоголя - 37 человек. Методы сопоставительного обследования групп больных и дизайн исследования содержали: сопоставление динамики диагнозов у больных шизофренией, психопатологии: выявление основной диагностической парадигмы, ее информативность исходя из периода от первичного обращения к психиатру до установления катamnестически верифицированного диагноза, математический анализ малой выборки.

Принципом включения в исследование был анамнестически выявленный инициальный период шизофрении до ее катamnестической верификации; начало зависимого поведения после 15 лет; стойкость нозологически нейтральных психопатоподобного и неврозоподобного синдромов.

Результаты и их обсуждение. Исторический анализ диагностического процесса за 31 год показал, что диагнозы основывались на феноменологической и клинко-динамической парадигмах. В период с 2000 г достоверно чаще использовались параклинические и психометрические методы, чем в 1990-2000 гг. ( $p < 0,05$ ). У больных с несвоевременной диагностикой шизофрении в 2011-2021 гг достоверно чаще, чем в два более ранних анализируемых периода, использовалась адаптационная диагностическая парадигма. Необходимо подчеркнуть, что эта парадигма не являлась самостоятельным изолированным источником информации, сочетаясь с клинко-динамической и экспериментально-психологической. В период 2011-2021 гг диагноз шизофрении впервые устанавливался достоверно раньше, чем в 1990-2011 (через 2,8 и 4,2 гг;  $p < 0,05$ ). Вероятно, это во многом обусловлено более частым сочетанием двух диагностических парадигм.

Психиатрическая диагностика всегда была значительно персонифицированной по сравнению с другими с другими областями медицины, что объясним спецификой психиатрии - необходимостью фиксации на индивидуальных особенностях личности больного.

При выполнении данной работы анализировались более 200 отечественных и зарубежных источников литературы, позволяющих предполагать ближайшее будущее диагностики шизофрении. В последние три десятилетия усилилось стремление мирового психиатрического сообщества постичь этиологию шизофрении. Оно характеризуется многоплановыми биологическими исследованиями больных данным расстройством – генетическими, иммунологическими, цитохимическими и др.). При сравнении диагностики выбранного расстройства в указанных исторических интервалах (период 1990-2021 гг.) выявлено, что в научных исследованиях диагноз шизофрении стал все чаще основываться на результатах сопоставления клинико-биологических данных с эталонными, полученными на больших группах больных. Однако на практическом уровне такая комплексная, по сути, инновационная парадигма, трудоемка и остается будущим психиатрии. В XXI в. в диагностике, в том числе, шизофрении, определенное место вновь занял психоанализ. В нашей работе он применялся у 12 больных, изученных в период 2011-2021 гг. Однако несмотря на высокую степень персонифицированности эта диагностическая парадигма не показала большой значимости в комплексном инновационном обследовании. В процессе сеансов психоанализа у 8 больных удавалось выявить только депрессивно-ипохондрические переживания и отдельные навязчивости, что не позволяло судить об ошибочности или обоснованности первичного диагноза. Вероятно, это связано со значительной интравертированностью и эмоциональной измененностью больных с эндогенным процессом. Определенное влияние на информативность могла оказать и коморбидность у этих больных шизофрении и зависимости от ПАВ. Как известно, последние искажают реакцию на психоанализ.

Выводы. Дифференциальная диагностика шизофрении до настоящего времени остается большой проблемой психиатрии. Сочетания различных диагностических парадигм пока максимально информативны и гарантируют быстроту и безошибочность вывода о наличии – отсутствии шизофрении. Среди парадигм диагностики в констатации шизофрении за период 1990-2021 гг. наиболее информативны оказались клинико-динамическая, экспериментально-психологическая, психометрическая и адаптационная.

## **НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫМИ ДЕЯНИЯМИ**

**Парпиев Ш.И., Абдуллаева В.К.**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент

*NOSOLOGICAL STRUCTURE OF MENTAL PATHOLOGY IN PERSONS WHO HAVE COMMITTED SOCIALLY DANGEROUS ACTS*

*Parpiev Sh.I., Abdullaeva V.K.*

Введение. Актуальность проблемы исследования общественно опасных правонарушений, совершённых лицами с психической патологией обусловлена трудностями превенции и прогнозирования риска формирования уголовно наказуемых деяний у пациентов психиатрического профиля. Согласно статистическим данным ежегодно совершаемых общественно опасных действий лицами с психической патологией составляет порядка 18–20%. В эпоху глобализации виртуальной среды широкой огласке подверглись резонансные правонарушения, участниками которых были лица, состоящие под наблюдением у психиатра. Степень общественной опасности этой категории граждан, в сравнении с общепопуляционными показателями, неоднородна в понимании медицинских работников и представителей правоохранительных органов (Степанова Э.В., Макушкина О.А., 2017). Анализ научных исследований свидетельствует о большей распространенности противоправного поведения среди психически больных, по сравнению с общепопуляционными показателями, что подтверждается их большей представленностью среди правонарушителей, находящихся в местах лишения свободы (Wallace S., Mullen P.E., Burgess P., 2014).

Цель исследования: изучить структуру нозологической представленности психических расстройств у лиц, совершивших общественно опасные действия для улучшения эффективности превенции и предотвращения рецидивов правонарушений.

Материалы и методы исследования: объектом для исследования явились 65 пациентов, находившихся на принудительном лечении в специализированных психиатрических учреждениях интенсивного наблюдения и лечения. Ведущими методами исследования были клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, экспериментально-психологический. С помощью специально разработанной карты обследования были установлены причинно-патопсихологические механизмы и характеристики общественно-опасных действий.

Результаты исследования. Распределение пациентов в зависимости от гендерных различий установило, что лиц мужского пола регистрировалось больше, чем женского. В общей выборке мужчин, совершивших общественно опасные деяния было 38 (58,5%) больных, представительниц женского пола – 27 (41,5%) больных.

Возрастные диапазоны обследуемых варьировали от 28 лет до 76 лет, средний возраст пациентов составлял 49,96±2,68 лет. На инициальном этапе исследования нами было проведено распределение 65 больных с психическими расстройствами на группы в зависимости от нозологической принадлежности психической патологии. В исследуемой группе у пациентов были верифицированы расстройства шизофренического спектра – у 49 (75%) больных, умственная отсталость – у 3 (5%) больных, другие психотические нарушения – у 13 (20%) больных. Из всех обследуемых больных 49 (75%) на момент совершения общественно опасных действий имели инвалидную группу по психическому заболеванию. Нами было проведено изучение синдромологической структуры психической патологии у пациентов с ООД, которая установила, что в большинстве случаев наблюдались больные с параноидной симптоматикой- 58%, на втором месте по встречаемости регистрировались пациенты с дисфорическим синдромом- 18% случаев наблюдения. Пациенты, совершившие ООД на фоне аффективно-бредовой симптоматики выявлены в 12% случаев наблюдения, с психопатоподобным синдромом – 9% и в меньшей мере регистрировались больные с галлюцинаторно-параноидным синдромом – 3% случаев наблюдения. При катамнестических исследованиях психических больных ООД, совершенные в связи с продуктивными психопатологическими нарушениями составляли-72%, большую часть которых составляет ООД на фоне бредовых переживаний больного – около 59%, а с негативной психотической симптоматикой составляли – 28%, которая характеризуется дефицитом высших эмоций, их бесконтрольностью, а также наличием личностных изменений у больных. Также следует отметить, что на момент совершения ООД среди психических больных отмечалось коморбидность с алкоголизмом (23%) и токсикоманией (9%).

Выводы: таким образом, анализ нозологической и синдромологической представленности психических расстройств у лиц, совершивших ООД определил, что в большей мере преобладают пациенты с шизофреническим спектром расстройств (75%) и параноидной симптоматикой (58%), с наличием коморбидных расстройств в виде алкоголизма и полинаркомании. Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что наиболее опасную группу в плане совершения ООД психическими больными составляют лица с эндогенными заболеваниями, что в свою очередь требует создания индивидуальных реабилитационных и профилактических мероприятий по предотвращению ООД среди психических больных.

## **РЕАКЦИЯ АДАПТАЦИИ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ?**

**Пашковский В.Э.**

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

Санкт-Петербург

*ADJUSTMENT DISORDERS: NORM OR PATHOLOGY?*

*Pashkovskiy V.E.*

Введение. Цель настоящего исследования проанализировать нозологическую специфику и место в международных классификациях реакций адаптации (РА).

Материалы и методы. Поиск источников по РА в PubMed других информационных баз.

Результаты. РА является очень распространенным диагнозом в клинической практике, но существуют разногласия о его клинической сущности. Данные о РА скудны. Проводимые в разных странах методологически строгие крупные эпидемиологические обследования не оценивали РА. Однако были предприняты определенные усилия для оценки их распространенности. Проект международной сети

Outcome of Depression International Network (ODIN) выявил РА менее чем у 1% населения Великобритании [1]. РА обычно наблюдаются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, где их годовая распространенность колеблется от 11% до 18% [2].

Пациенты с РА имели более высокие оценки качества жизни, чем пациенты с большим депрессивным расстройством, но более низкие, чем пациенты без психических расстройств. Самостоятельно воспринимаемый стресс также был выше при РА по сравнению с людьми с тревожными расстройствами и без психических расстройств. Распознавание нарушений адаптации врачами было низким: только 2 из 110 случаев, выявленных с помощью специальных опросников, были обнаружены терапевтами. Исследование статуса при 5-летнем наблюдении за 100 пациентами с РА убедительно подтверждает валидность категории среди взрослых, но лишь частично среди подростков. У 79% взрослых диагноз был подтвержден последующим наблюдением, а у 8% диагноз нуждался в уточнении. Сопоставимые показатели для подростков – 57% и 13%. У большинства заболевших взрослых развивалась депрессия или алкоголизм. Заболевания подростков включали шизофрению, шизоаффективное расстройство, большую депрессию, биполярное расстройство, антисоциальную личность, алкоголизм и расстройство, связанное с употреблением наркотиков. Хронизация и поведенческие симптомы были самыми сильными предикторами плохого исхода [3]. Загадки и дилеммы концептуальной основы диагностики РА обсуждены J.J. Strain и A. Diefenbacher [4], поскольку критерии часто плохо определены, пересекаются с другими диагностическими группами и имеют неопределенную симптоматику. Трактовки РА в современных международных классификациях различаются [5]. Ключевое различие между DSM-5 и МКБ-11 состоит в том, что МКБ-11 удалила все ссылки на подтипы РА, отдав предпочтение единой концепции. Напротив, DSM-5 делит расстройство на серию из шести подтипов, каждый из которых означает наличие определенных симптомов. DSM-5 различает РА с (1) депрессивным настроением, (2) тревогой, (3) смешанной тревогой и депрессивным настроением, (4) нарушением поведения, (5) смешанным нарушением эмоций и поведения и (6) неопределенным. Тем не менее, с момента публикации DSM-5 было мало доказательств, подтверждающих идею о различных подтипах РА. Важными симптомами, помогающими устранить диагностическую неопределенность, являются навязчивые воспоминания, нарушение сна, гнев раздражительность и трудности с концентрацией внимания. Дифференциальный диагноз. Существует значительное совпадение симптомов между диагностическими критериями РА и депрессивного эпизода. А.М. Doherty с соавт. [6] провели детальную оценку особенностей личности, депрессивных симптомов, социальной функции, социальной поддержки, опасного для жизни опыта и диагноза у лиц с РА (n = 173) и депрессивного эпизода (n = 175), представленных в консультационно-психиатрические службы в 3 центрах в Дублине, Ирландия. Результаты: 56% участников с РА имели вероятное расстройство личности по сравнению с 65% участников с депрессивным эпизодом. По сравнению с участниками с депрессивным эпизодом, у пациентов с РА было меньше депрессивных симптомов; меньше проблем с социальными контактами или стресса в свободное время; и больше травмирующих жизненных событий. Лечение. По общему мнению, в настоящее время психотерапия остается методом выбора для РА.

Заключение. Итак, РА следует рассматривать, как промежуточную категорию между нормой, аффективными и тревожными расстройствами.

## **НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 У НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ**

**Плотников А.В., Лещенко Л.В., Плотников А.В.**

**ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России**

**Барнаул**

***NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN THE POPULATION OF  
ALTAI REGION***

***Sheremetyeva I.I., Plotnikov A.V., Leshchenko L.V.***

Новая коронавирусная инфекция (далее - COVID-19) – это вирусная инфекция, которая обладает следующими свойствами: быстрая скорость распространения, высокая контагиозность, значимые социальные и экономические последствия, вносящие изменения в обыденную жизнь каждого человека. COVID-19 повлиял на психическое здоровье миллионов в том, что касается вызванной им тревоги и страха. В частности, Генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гибриесус обратил внимание на

глубокое воздействие на психику, которое оказывает на психику «отсутствие социального взаимодействия» вследствие пандемии. Ряд авторов выделяет варианты влияния пандемии на психику человека: страх заболеть новой коронавирусной инфекцией, переживания в связи с изоляцией и экономическими трудностями, переживания по поводу перенесенного самим человеком, либо его близкими, заболеваниями и т.д. Постоянный страх может привести к развитию обсессивно-компульсивного расстройства, соматоформных и конверсионных расстройств. Вместе с тем в период пандемии люди стали больше употреблять алкоголя, который утяжеляет течение психических заболеваний и негативно влияет на иммунную систему.

Согласно исследованию The Lancet, основными факторами стресса в период ограничительных мер выступили: продолжительность карантинных мер, утрата привычного образа жизни и скука, проблемы в реализации базовых потребностей, противоречивая, недостаточная информация. Особенность пандемии COVID-19 заключалась в том, что люди оказались под мощным информационным давлением. Весь новостной поток в СМИ был заполнен информацией о коронавирусе. В социальных сетях люди делились тревогами и страхами, а знаменитости высказывали «экспертные мнения» о связи заболевания с Биллом Гейтсом и вышками 5G.

Появление COVID-19 поставило перед работниками здравоохранения сложные задачи. Даже по прошествии года с момента завоза COVID-19 на территорию Российской Федерации (далее – РФ), пандемия остаётся одной из самых актуальных тем не только в РФ, но и в мире в целом.

Целью работы является выявление факторов, способствующих развитию психических расстройств у людей, находившихся в условиях карантина в 2020 году, а также анализ психического состояния пациентов психиатрического дневного стационара, перенесших в анамнезе COVID-19.

Было обследовано 39 пациентов, находящихся на лечении в условиях психиатрического дневного стационара и перенесших COVID-19 в анамнезе. Менее полугода назад перенесли заболевание 30,8%, от полугода до года – 46,2%, поле года назад – 23,0%. Среди обследованных 15,4% мужчин и 84,6% женщин, 30 – 45 лет 15,4%, 46 – 65 лет 46,2%, старше 65 лет 38,4%. Проходили лечение по поводу органических, включая симптоматические, психических расстройств (F00 – F09) – 69,2%, по поводу расстройств шизофренического спектра (F20 – F29) – 7,7%, по поводу невротических расстройств (F40 – F48) – 23,1%. После подписания информированного согласия пациенты обследовались клиническим и патопсихологическим методами на предмет наличия органической психической патологии, степени ее выраженности и связи с перенесенным COVID-19. Было выявлено, что после перенесенного заболевания 10,3% пациентов стали беспокоить частые головные боли, у 17,9% они усилились. У 7,7% появились частые головокружения, плохая переносимость жары и душных помещений, метеочувствительность. Субъективно усилились головокружения и плохая переносимость душных помещений у 23,1%, метеочувствительность и плохая переносимость жары – у 30,8%. Стали отмечать высокую утомляемость 38,5%, усиление утомляемости – 15,4%. Впервые появились жалобы на снижение памяти у 17,9%, усилились данные жалобы у 25,6%. У 12,8% появилась раздражительность, у 20,5% она усилилась.

Результаты исследования показывают, COVID-19 является существенным фактором в развитии органических заболеваний головного мозга. Необходимо проводить дальнейшие исследования у разных групп населения, перенесших COVID-19, в том числе в динамике. На данном этапе никто из обследованных не указал на обратное развитие симптомов органической патологии, появившихся в связи с перенесенным COVID-19. Дальнейшее исследование может оказаться полезным для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКИХ ДОЗ КВЕТИАПИНА В ОТНОШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ИМПУЛЬСИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В РЕМИССИИ

Потанин С.С., Морозова М.А., Бурминский Д.С., Бениашвили А.Г., Рупчев Г.Е.,  
Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э., Тарумов Д.А., Труфанов А.Г.,  
Маркин К.В., Бейбалаева Т.З., Каток А.А.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»  
Москва

*EFFICACY OF LOW-DOSE QUETIAPINE AGAINST IMPULSIVITY SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER IN REMISSION*

*Potantin S.S., Morozova M.A., Burminskiy D.S., Beniashvilli A.G., Rupchev G.E., Sorokin M.Y., Kasyanov E.D., Mazo G.E., Tarumov D.A., Trufanov A.G., Markin K.V., Beybalaeva T.Z., Katok A.A.*

Введение. Биполярное аффективное расстройство (БАР) – это тяжелое хроническое заболевание, проявляющее себя не только чередованием маниакальных и депрессивных фаз, но и другими нарушениями, которые сохраняются в межприступный период на фоне эутимии. Одним из них является нарушение контроля над импульсивностью, которое обнаруживается на различных этапах течения этого расстройства. Нейрофизиологические мишени терапии импульсивности при биполярном расстройстве разнообразны и должны включать в себя сбалансированное воздействие как на допаминергическую, так и на серотонинергическую системы головного мозга. Одним из препаратов, регулирующих именно таким образом функцию этих систем, является кветиапин. Цель настоящего исследования: оценить эффективность применения малых доз (25-75 мг/сут) кветиапина в отношении коррекции различных подтипов импульсивности у пациентов с установленным диагнозом биполярного аффективного расстройства в эутимическом состоянии с признаками нарушения контроля импульсов. Исследование было проведено согласно положениям Хельсинской декларации о проведении биомедицинских исследований, объектом которых является человек, все испытуемые подписывали добровольное информированное согласие. Проведение исследования было одобрено ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ, протокол № 752 от 06.04.2020г. Протокол исследования зарегистрирован на портале Clinicaltrials.gov - NCT05098353. Набор пациентов проводился в четырех исследовательских центрах: 1. Лаборатория психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва; 2. Кафедра психиатрии и медицинской психологии ФГБОУ ВО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ на базе ГАУЗ Республиканская клиническая психиатрическая больница им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ, г. Казань, республика Татарстан; 3. ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России, г. Санкт-Петербург 4. Кафедра психиатрии совместно с кафедрой нервных болезней ФГБОУ ВО МО РФ «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова», г. Санкт-Петербург.

Было запланировано включение в исследование 30 пациентов обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет с установленным диагнозом биполярного расстройства (первого или второго типов) в состоянии ремиссии с клиническими проявлениями нарушения контроля импульсов. Для включения в исследование пациенты должны были удовлетворять следующим основным критериям: общий балл по шкале Баррата 70 и более (подтверждение наличия повышенного уровня импульсивности), общий балл по Оценочной шкале депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS) ниже 22 баллов (подтверждение отсутствия клинически значимой депрессии на момент включения в исследование), общий балл по Оценочной шкале мании Янга (YMRS) ниже 20 баллов (подтверждение отсутствия клинически значимой мании/гипомании). На момент скрининга и в анамнезе у участников исследования не должно было быть признаков серьезных или нестабильных соматических заболеваний (существенного нарушения функции печени, сердечно-сосудистой системы, легких или почек, онкологических заболеваний и т.п.). Для того, чтобы приблизить ситуацию исследования к реальной клинической практике ограничений в отношении стабильной базовой терапии не было. Единственным исключением был кветиапин в любых дозах в течение 2-х месяцев до начала участия в исследовании. В рамках исследования пациенты получали терапию кветиапином в дозе 25-75 мг в сутки в дополнение к своей текущей терапевтической схеме в общей сложности на протяжении 6 недель. В первые 2 недели терапии (от визита 1 до визита 2) осуществлялся индивидуальный подбор дозы в зависимости от переносимости и клинического эффекта. Начиная с визита 2 до визита 3 (последние 4 недели терапии) доза оставалась стабильной. Для оценки

эффективности низких доз кветиапина в отношении различных подтипов импульсивности были использованы факторы второго порядка шкалы Баррата: отвлекаемость внимания, моторная импульсивность и способность к планированию/контроль. Статистический анализ проводился в программе Statistica 12. Для оценки динамики показателей использовался критерий Вилкоксона. Результаты.

В конечную исследуемую группу вошло 32 пациента, 11 мужчин и 21 женщина, средний возраст  $31,2 \pm 9,7$  (минимум 18, максимум 60 лет). Все пациенты получали сопутствующую терапию, 25 пациентов получали нормотимики, 14 антидепрессанты, 3 атипичные антипсихотики (один пациент получал оланзапин 20 мг/сут и аripипразол 15 мг/сут, второй - клозапин 50 мг/сут, третий - карипразин 1,5 мг/сут), 2 - типичные антипсихотики (один пациент - алимемазин 3,75 мг/сут, второй - перфеназин 30 мг/сут). По всем трем факторам второго порядка шкалы Баррата были отмечены статистически значимые улучшения. Обсуждение. Главным результатом настоящего исследования явилось подтверждение гипотезы о том, что введение в терапевтические схемы низких (25-75 мг/сут) доз кветиапина повышает эффективность терапии симптомов повышенной импульсивности у пациентов с БАР в эутимическом состоянии. Эти данные позволяют предположить, что введение низких доз кветиапина (Сероквеля) в терапию пациентов с БАР и повышенной импульсивностью в межприступный период может существенно повысить качество и стабильность ремиссии, а также снизить поведенческие риски вследствие нарушения контроля импульсов. В связи с этим представляется перспективным проведение дальнейших исследований в этой области на больших группах пациентов с использованием плацебо-контроля.

Ограничениями исследования являются отсутствие контрольной группы и относительно небольшая выборка пациентов. Кроме того, дополнительные препараты, которые принимали пациенты, не были унифицированы, что так же могло сказаться на полученных результатах.

## **КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Поянов У.Т., Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф., Ражабов М.Н., Восиков Б.А.**

Ташкентская медицинская академия

Ташкент

### *CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE STRUCTURE OF HYPOCHONDRIACAL DISORDERS IN ELDERLY PATIENTS*

*Poyanov U.T., Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Rajabov M.N., Vosiqov B.A.*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) около 15% людей в возрасте 60 лет и старше страдают психическими расстройствами (ВОЗ, Психическое здоровье и пожилые люди, Информационный бюллетень, Апрель 2016 г.). Наиболее широко распространены в старших возрастных группах аффективные и органические психические расстройства.

По оценкам ВОЗ распространенность аффективных расстройств среди лиц старше 60 лет в среднем составляет 10-30% [ВОЗ, 2012].

Цель исследования: комплексное изучение клинико-психопатологической структуры ипохондрических расстройств у больных пожилого возраста

Материалы и методы. Критериями включения в исследование были: возраст от 60 и старше лет; диагноз аффективных расстройств при наличии органических заболеваний головного мозга (F06; F30-39; F43).

В исследование не включались больные с деменцией умеренной и тяжелой степени (по шкале MMSE менее 20 баллов); с депрессией при шизофрении, болезнях зависимости; с наличием тяжелой сопутствующей соматической патологии. Все пациенты подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В соответствии с критериями отбора в исследование были включены 35 больных (15 женщин, 20 мужчин), средний возраст  $65,3 \pm 5,3$  лет, средний возраст дебюта заболевания -  $46,1 \pm 13,8$  лет. По критериям МКБ-10 аффективная патология больных соответствовала рубрикам: F32.1-3 - текущий депрессивный эпизод легкий, средней степени и тяжелый - у 10 больных (9,5%); F33.1-3 - текущий депрессивный эпизод легкий, средней степени и тяжелый в рамках рекуррентного аффективного расстройства - у 45 больных (42,9%); F31.3-4 - текущий депрессивный эпизод легкой, умеренной степени и тяжелый в рамках биполярного аффективного расстройства - у 12 больных (11,4%); F34.1 - дистимия -

у 1 больного (1,0%); F06.3 – органическое депрессивное расстройство (органическое аффективное расстройство) – у 32 больных (30,5%); F43.20-23 – расстройства, связанные со стрессом (расстройство адаптации) – у 5 больных (4,8%).

Для оценки психического состояния больных использовался клинико-психопатологический метод и стандартизированные психометрические шкалы: Шкала оценки тяжести депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Шкала краткого исследования психического состояния (MMSE), Шкала общего клинического впечатления (CGI). Для синдромальной оценки использовалась классификация депрессий, приведенная в руководстве по психиатрии под редакцией Тиганова А.С. (1999).

Больным проведены стандартные диагностические исследования, электроэнцефалограмм, компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга; осмотр терапевтом, неврологом, при необходимости консультации других специалистов, нейропсихологическое обследование. Психотерапевтическая помощь аффективных расстройств у пожилых больных с органическими заболеваниями головного мозга проводилась согласно рекомендациям по лекарственной терапии больных позднего возраста.

Результаты исследования. Был проведен анализ выраженности депрессивных расстройств (по суммарному баллу шкалы MADRS) до начала психотерапии: средний суммарный балл по шкале MADRS составлял  $29,7 \pm 8,4$  (14-56). Выявлено следующее распределение: легкая депрессия наблюдалась у 34 больных (32,4%); умеренная депрессия – у 25 больных (23,8%); тяжелая – у 46 больных (43,8%).

Психопатологическая структура аффективных расстройств у больных пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга была представлена полиморфной симптоматикой, включающей симптомы депрессивного и психоорганического синдромов. Психопатологическая структура аффективных расстройств у больных пожилого возраста с органическими заболеваниями головного мозга была представлена следующими синдромами: тревожная депрессия – (37,1%) больных, сенесто-ипохондрическая депрессия – (21,9%) больных, апатическая (адинамическая) депрессия – 9 (8,6%) больных. У больных с психогенной депрессией суммарный показатель по шкале депрессии Гамильтона составил 20,1 балла, с эндогенной депрессией – 30,2 балла.

Тревога в наибольшей степени присутствовала у больных с психогенными депрессиями с различными вариантами и проявлялась ощущением напряженности, беспокойства, раздражительностью по самым незначительным поводам (2,7 балла).

Соматические проявления тревоги в проведенном исследовании были выражены у пациентов, страдающих эндогенной депрессией – 2,6 балла, в 30% случаев выявлялись эпизоды учащенного сердцебиения, более в левой половине грудной клетки. У больных с психогенными депрессиями уровень соматической тревоги составил по шкале депрессии Гамильтона 0,9 балла.

Желудочно-кишечные расстройства в проведенном исследовании чаще отмечались в группе больных с эндогенной депрессией (1,5 балла), реже – с психогенными депрессиями (1,0).

Ипохондрическая настроенность, фиксация на соматических симптомах выявлялась при доминирующем тоскливом компоненте в структуре эндогенной депрессии, что могло отражать лабильность соматопсихической сферы, что, возможно, являлось предиктором формирования расстройств адаптации с пролонгированными депрессивными реакциями.

Потеря в весе в проведенном исследовании оценивалась по данным анамнеза (пункт 16.А шкалы депрессии Гамильтона). Выявлено, что у больных эндогенной депрессией явная потеря в весе выявилась у 16% пациентов, 62% отмечали вероятное снижение веса (1,86 баллов). 14% из числа больных с психогенными депрессиями сообщили о явной потере веса и 77% отметили, что похудели (2,3 баллов).

У 100% больных отмечались суточные колебания настроения с тенденцией к ухудшению в утренние часы и улучшению в вечерние. Дегерсонализация выражалась в ощущении собственной измененности, чувстве утраты энергии. Наиболее выражены эти изменения были у больных с эндогенной депрессией (2,05 баллов). В результате проведения шкалы депрессии Гамильтона идеи ущерба, отношения, самообвинения, преследования, ипохондрические расстройства преимущественно были выявлены только у больных с эндогенной депрессией (81,6%).

Выводы. Таким образом, тревожно-ипохондрический синдром с характерной клинической картиной выявлялся у больных с начальными признаками церебрального атеросклероза и гипертонической болезни в анамнезе.

В дальнейшем присоединялась очевидная депрессивная симптоматика в виде гипотимии, замедленного мышления с идеями самоуничтожения, малоценности и несостоятельности, снижения двигательной активности.



Выраженная тревожно-ипохондрическая депрессия обладала значительной терапевтической устойчивостью, вариабельностью черт в рамках тревожно-депрессивного континуума у разных пациентов и тенденцией к нарастанию «классических» депрессивных черт и снижению тревожной окраски состояния с течением времени.

## **СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ COVID-19В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ**

**Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Сивашова М.С.**

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России; СПбГУ;

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

Санкт-Петербург

*THE STRUCTURE OF MENTAL DISORDERS IN COVID-19 IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. CLINICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS*

*Prokopovich G.A., Pashkovskiy V.E., Sivashova M.S.*

Введение. Количество публикаций, посвященных психическим расстройствам в период пандемии COVID-19 растет в геометрической прогрессии. Непосредственным приоритетом является сбор высококачественных данных о последствиях пандемии COVID-19 как среди всего населения, так и для уязвимых групп. Изучение функций мозга, когнитивных способностей, психического здоровья в целом необходимо для того, чтобы смягчить последствия для психического здоровья уязвимых групп в условиях пандемии[1]. Психоневрологические проявления обычны во время вирусных пандемий, но эффективных путей их устранения не найдено [2]. Следует отметить, что во всех выпусках Временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе и в последнем, группа пациентов с психическими расстройствами отсутствует все [3].

Ряд исследователей сосредоточивается на расстройствах непсихотического уровня. Текущая литература предполагает, что люди, затронутые COVID-19, могут иметь тяжелое бремя проблем с психическим здоровьем, включая депрессию, тревожные расстройства, стресс, паническую атаку, иррациональный гнев, импульсивность, соматизирующее расстройство, расстройства сна, эмоциональные расстройства, симптомы посттравматического стресса и т. д.[4]. В работе Т. Wu [5] показано, что пациенты с COVID-19 имели более высокий риск депрессии и тревожности чем другие группы населения. Лишь в немногих исследованиях нейропсихиатрические осложнения описываются как основное бремя при новой коронавирусной инфекции. Так, в работе J.L. de Sousa Moreira [6] Основными проанализированными психиатрическими и нейропсихиатрическими последствиями были депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство, психоз, неспецифические неврологические симптомы, делирий, цереброваскулярные осложнения, энцефалопатии, нервно-мышечные расстройства, anosmia и агевзия.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн в период с апреля по июнь 2020 г., когда стационар был перепрофилирован в инфекционную больницу и принимал пациентов страдающих новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и с подозрением на нее. Структура поступлений изучалась на материале 557 пациентов, 266 мужчин и 291 женщин, средний возраст пациентов составлял 62,36+18,65 года [7] Диагностика COVID-19 осуществлялась в соответствии со временными рекомендациями [3]. Психическое состояние оценивалось по критериям МКБ-10 с использованием шкалы оценки тяжести делирия DRS-R-98. Статистическая обработка проводилась методами непараметрической статистики и нелинейного оценивания (логит-регрессия). Уровень значимости  $p < 0,05$ .

Результаты. Клинический анализ позволил разделить больных на 3 потока: 1) психические расстройства в сочетании с COVID-19; 2) психические расстройства с переживаниями по поводу COVID-19, но с неподтвержденным фактом заражения; 3) психические расстройства без переживаний по поводу COVID, с подозрением, но с неподтвержденным фактом заражения [7]. Распределение психических расстройств у 469 больных с новой коронавирусной инфекцией было следующим: деменции (F01 – F03) – 17,48%, делирий, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами (F05.0 – F05.9) – 3,41%, Другие органические психические расстройства (F06.0 – F06.9) – 34,11%, психические расстройства и расстройства поведения, связанные (вызванные) с употреблением психоактивных веществ (F10 – F19) –

4,69%, Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20 – F29) – 15,14%, Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30 – F39) – 5,12%, Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 — F48) – 19,83%, Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60 — F69) – 0,22%.

Лечение пациентов осуществлялось в зависимости от тяжести соматического состояния и включало, в первую очередь, организационные мероприятия. В случаях острых психотических реакций, выраженного психомоторного возбуждения для осуществления ограничительного режима пациенты переводились в отделение реанимации или палаты интенсивной терапии. Антипсихотики назначались строго по показаниям, и назначения согласовывались с лечащим врачом.

Исход заболевания у лечившихся в многопрофильном стационаре характеризовался следующими показателями: выздоровление – 23,23%, выписка под наблюдение психиатра по месту жительства – 42,42%, перевод в психиатрический стационар – 8,08%, летальный исход – 26,26%.

Заключение Психические расстройства при новой коронавирусной инфекции, обусловленные поражением ЦНС, требуют создания полимодальных бригад с участием психиатров. Проведенное исследование еще раз подтвердило целесообразность оказания специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в условиях многопрофильного стационара. Заслуживает внимания предложение зарубежных коллег [14] о создании «отделений COVID +», которых больные находятся под двойным наблюдением психиатра и терапевта / инфекциониста.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПЕНСИОНЕРОВ-КОМБАТАНТОВ МВД С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ**

**Рассоха А.А., Злоказова М.В.**

ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»  
Минздрава России  
Киров

*RELATIONSHIP OF PSYCHOSOMATIC PATHOLOGY IN PENSIONERS-COMBATTANTS OF THE MIA WITH MENTAL DISORDERS AND PERSONAL CHARACTERISTICS*

*Rassokha A.A., Zlokazova M.V.*

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь психосоматической патологии у пенсионеров-комбатантов Министерства внутренних дел с психическими расстройствами и личностными особенностями.

Материалы и методы исследования: клинически было обследовано 106 пенсионеров-комбатантов МВД России по Кировской области, уволенных на пенсию по выслуге лет, участвовавших в период службы в боевых действиях, мужчины – 100%, средний возраст – 46,5±5,8 лет. Для определения индивидуально-характерологических особенностей применялись экспериментально-психологические методики СМЛ и опросник Кеттэлла 16 PF. Статистическая обработка результатов исследования проводилась при использовании программ STATISTICA 10.0 (разработанная компанией StatSoft.Inc), р рассчитывали с помощью  $\chi^2$  Пирсона, корреляционный анализ проводился по методу Спирмена.

Результаты и обсуждения: было выявлено, что психосоматическая патология у пенсионеров-комбатантов МВД регистрировалась в 66,04% случаев и была представлена: гипертонической болезнью (ГБ) – 51,89% случаев; язвенной болезнью желудка и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ЯБДПК) – 14,15%. При проведении ранговой корреляции Спирмена были выявлены положительные корреляционные связи между формированием ГБ у пенсионеров-комбатантов МВД и органическим эмоционально-лабильным расстройством, регистрируемым во время службы ( $r=0,176$ ,  $p\leq 0,05$ ); между ГБ и психическими расстройствами при увольнении (органическое эмоционально-лабильное расстройство ( $r=0,287$ ,  $p\leq 0,05$ ), психические расстройства, связанные с употреблением ПАВ ( $r=-0,225$ ,  $p\leq 0,05$ ). Между формированием ГБ и личностными особенностями у пенсионеров-комбатантов МВД при увольнении на пенсию, была обнаружена положительная корреляционная связь по методикам: СМЛ - с невротическим сверхконтролем ( $r=0,306$ ,  $p\leq 0,05$ ) и ипохондрией ( $r=0,232$ ,  $p\leq 0,05$ ); Кеттэлла - с экспрессивностью ( $r=0,194$ ,  $p\leq 0,05$ ). По методике Кеттэлла была определена отрицательная корреляционная связь между формированием ЯБЖ и ЯБДПК у пенсионеров-комбатантов МВД и низкой дисциплиной ( $r=-0,293$   $p\leq 0,05$ ).

Выводы: у значительной части пенсионеров-комбатантов МВД регистрируется психосоматическая патология в виде ГБ, ЯБЖ и ЯБДПК. Развитие ГБ у пенсионеров-комбатантов взаимосвязано с пребыванием в зонах с боевой обстановкой, наличием ОЗГМ в виде органического эмоционально-лабильного расстройства, формированием к выходу на пенсию злоупотребления ПАВ, личностными особенностями в виде невротического сверхконтроля, ипохондрии и экспрессивности. Развитие ЯБЖ и ЯБДПК у пенсионеров-комбатантов МВД коррелирует со склонностью к чрезмерной дисциплинированности и четкому выполнению инструкций. Полученные данные свидетельствуют о необходимости проведения комплексной полипрофессиональной терапии данному контингенту.

## **АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА**

**Родионов А.С.**

ГБУЗНО «НОПНБ №3»

Нижний Новгород

*ANALYSIS OF THE CONTINGENT AND ASSESSMENT OF THE SOCIAL STATUS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA WHO ARE ON COMPULSORY TREATMENT*

*Rodionov A.S.*

В происхождении общественно опасного поведения лиц с психическими расстройствами доказано взаимодействием психопатологических проявлений, особенностей личности и факторов социальной среды, что ставит ряд требований, связанных с объемом и качеством предоставляемой помощи, в том числе требует широкого внедрения методов психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации психических больных.

С учетом данных тенденций требуется детальный анализ контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса функционирования. Это позволит оценить объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в их осуществлении и наметить перспективы на будущее.

С этой целью был произведен анализ контингента и социального статуса пациентов с шизофренией, проходящих принудительное лечение в стационарных условиях специализированного типа на базе ГБУЗНО «НОПНБ №3».

Материалы и методы. В исследовании, проведенном в период с 2017г. по 2021г. на базе отделения принудительного лечения специализированного типа ГБУЗНО «НОПНБ№3» приняли участие 81 (100%) пациент мужского пола с диагнозом шизофрения. Удельный вес из представленной группы приходился на пациентов с установленным диагнозом шизофрения, параноидной формы. Данная группа составила 67 человек. Средний возраст исследуемых составил  $24 \pm 12,5$  года совершивших ООД, то есть в выборке преобладали пациенты среднего (трудоспособного) возраста. С помощью специально разработанного опросника были изучены истории болезни указанной категории больных. В работе применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический и статистический методы. Статистическая обработка полученных в процессе исследования данных проводилась с помощью пакетов программ «Statistica 7.0», «Stats» и «Fifer», написанных для языка программирования R 3.4.0 (RCoreTeam (2017)).

Результаты. У большинства пациентов была диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (76,54%; n=62), с эпизодическим течением составила (23,45%; n=..). Длительность заболевания более чем у половины составляла более 10 лет, в тоже время у части больных (7%) не превышала 5 лет. Инвалидность по психическому заболеванию имели 92% исследуемых, из них 39% в течение более 15 лет, 41% до 10 лет, и 12% до 5 лет. Подавляющему большинству пациентов принудительные меры медицинского характера назначались повторно (67%), контингент впервые совершивших ООД с установленным диагнозом шизофрения составил (33%).

Большинство пациентов имели оконченное среднее специальное или высшее образование (72,2%), трудовой стаж более 7 лет (52%). Лишь 9 % пациентов не имели ни трудового стажа, ни образования.

Жилищные условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными (83%), лишь (10%) имели неблагоприятные условия жилья, а (7%) жилья не имели. Однако материальное положение более половины больных определялось как тяжелое (72%).

Полностью обслуживали себя в бытовом плане лишь (41%), остальные нуждались в посторонней помощи и уходе. Около 80% пациентов проживали в семьях, остальные их не имели. Ряд пациентов (29%), находившихся на принудительном лечении, нуждались в социально-правовой помощи.

Выводы. Таким образом, особенности социального статуса и проблемы социального функционирования больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, указывают на необходимость при осуществлении им психиатрической помощи, наряду с психофармакотерапией, проведения широкого круга психосоциальных вмешательств как неотъемлемой части принудительного лечения.

## **ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БАЗИСНЫХ СИМПТОМОВ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ**

**Рощина О.В.**

Томский НИМЦ РАН

Томск

*THE INFLUENCE OF PERSONALITY TRAITS ON THE SEVERITY OF THE MAIN SYMPTOMS OF AFFECTIVE DISORDERS*

*Roshchina O.V.*

Актуальность. В современной концепции проблемы диагностики депрессивных расстройств, ангедония, наряду со снижением настроения, является ключевым синдромом депрессии [1]. Немаловажную роль в формировании аффективной патологии играют и личностные особенности индивида, предрасполагающие к развитию симптоматики [2], что подтверждается высокой коморбидностью АР [3], в частности, с расстройствами личности [4] и аддиктивной патологией [5]. Приобретенную, связанную с болезненным состоянием или реакцией, ангедонию необходимо отграничивать от так называемой конституциональной или конституционально-личностной ангедонии. Конституциональная ангедония связана с индивидуальными особенностями восприятия стимулов удовольствия [6]. Лица с конституциональной ангедонией обнаруживают повышенную уязвимость к действию экзогенных вредностей, в частности психотравмирующих воздействий. Наличие конституциональной ангедонии рассматривается в качестве фактора риска развития заболеваний аффективного спектра. Таким образом, представляет интерес изучение взаимосвязи выраженности базисных симптомов аффективных расстройств (депрессивного настроения и ангедонии) с индивидуально-личностными характеристиками пациентов для понимания их природы и формирования психотерапевтических подходов с целью оптимизации помощи данной когорте пациентов.

Материалы и методы. Исследование выполнено в отделении аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в рамках темы ПНИ 0421-2020-0013: Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов ее эффективности (Протокол ЛЭКа № 126 от 21 ноября 2019 года, Дело № 126/7.2019), согласно протоколу, утвержденному ЛЭК НИИ психического здоровья (Дело № 129/6.2020). Обследовано 153 пациентов в возрасте 46 (33; 55,75) лет с диагнозом, отвечающим диагностическим критериям БАР (24,2%), ДЭ (33,3%), РДР (21,6%) или дистимии (16,3%) и подписавших форму информированного согласия. В исследовании использованы психометрические опросники: Шкала Гамильтона для оценки депрессии HDRS-17 (Hamilton M., 1960), Шкала оценки выраженности ангедонии SHAPS (Snaith R. P. et al., 1995) и и личностный опросник Опросник Мини-Мульт (Зайцев В.П., Козюля В.Н., 1981), заполняемые при поступлении на лечение. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением программного обеспечения SPSS Statistics. Количественные данные в обследуемой выборке, не соответствующие нормальному закону распределения (критерий Шапиро-Уилка), представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей Me (Q1; Q3). При проверке нулевой гипотезы критический уровень значимости принят  $p=0,05$ .

Результаты. Медианное значение в группе по шкале HDRS-17 составило 17 (15; 22) баллов, что соответствует средней степени тяжести ДЭ, выраженность ангедонии составила 3 (1; 6) баллов по шкале SHAPS. В профиле СМОЛ определены повышенные (более 70 Т-баллов) показатели по шкалам депрессии - 73 (65; 81), психастении - 70 (61; 80,75), и шизоидности - 73,5 (61,75; 85) баллов. Путем исследования корреляций по Спирмену выявлены положительные взаимосвязи между выраженностью депрессивной симптоматики с ангедонией ( $r=0,214$ ;  $p=0,013$ ) и ангедонии с депрессивными личностными чертами (шкала 2 Мини-Мульт) ( $r=0,318$ ;  $p=0,001$ ).

Таким образом, феномен ангедонии в структуре аффективных расстройств тесно связан с выраженностью депрессивной симптоматики и такими индивидуально-личностными характеристиками, как чувствительность, сензитивность, тревожность и неуверенность в себе. Выводы. Симптом ангедонии находится во взаимосвязи как с клиническими, так и с психологическими характеристиками пациентов, страдающих аффективными расстройствами, что говорит о необходимости комплексного подхода к терапии таких пациентов, включающего помимо адекватной психофармакотерапии, психотерапевтическую направленность работы.

## **ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ: ДАННЫЕ ОН-ЛАЙН ОПРОСА**

**Рукавишников Г.В., Вербицкая Е.В., Вековищева О.Ю.,  
Бобровский А.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э.**

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России; СПбГУ; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России  
Санкт-Петербург

*THE IMPACT OF EATING DISORDERS ON OVERWEIGHT AND OBESITY RISKS: ON-LINE RESPONSE DATA ANALYSIS*

*Rukavishnikov G.V., Verbitskaya E.V., Vekovischeva O.Yu., Bobrovsky A.V., Kibitov A.O., Mazo G.E.*

**Введение:** избыточный вес и ожирение являются ключевыми проблемами в современном здравоохранении и ассоциированы с рядом хронических соматических заболеваний (ВОЗ, 2018). Выявление потенциальных факторов риска данных нарушений может способствовать развитию методов их ранней диагностики, профилактики и терапии.

**Цель:** изучить взаимосвязи между расстройствами пищевого поведения и показателями индекса массы тела (ИМТ) в крупной когорте русскоязычных респондентов, заинтересованных в снижении веса.

**Материалы и методы:** кросс-секционное исследование было выполнено путем анализа базы данных ответов 27,769 респондентов, зарегистрировавшихся на сайте сети клиник по снижению веса. Для оценки риска наличия расстройств пищевого поведения использовалась электронная версия опросника Eating Attitudes Test 26 (EAT-26).

**Результаты:** анализ данных показал, что наличие расстройств пищевого поведения варьировало в зависимости от пола и возраста респондентов. Так у женщин (94%) были выявлены более высокие показатели EAT-26 в сравнении с мужчинами ( $p < 0.0001$ ). При этом баллы EAT-26 были выше у женщин более молодого возраста (<25 лет) в сравнении с женщинами старшего возраста ( $p < 0.0001$ ). Риск наличия расстройств пищевого поведения (EAT-26  $\geq 20$  баллов) также был выше у женщин (23.3%) в сравнении с мужчинами (13.4%,  $p < 0.0001$ ). Данные логистической регрессии (AUC=0.6228) и построение дерева решений (61% успешных классификаций) показали, что наибольшее влияние на риск формирования ожирения оказывали такие подшкалы EAT как “Булимия” и “Оральный контроль”.

**Заключение:** установленные взаимосвязи между ИМТ и баллами EAT-26 показали, что влияние расстройств пищевого поведения на формирование ожирения связано с полом и возрастом респондентов. При этом наиболее высокие показатели риска были характерны для женщин и зависели от их возраста. Дальнейшее изучение данного вопроса может способствовать развитию диагностических и профилактических подходов.

# СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ФЕНОМЕНА ДУШЕВНОЙ БОЛИ

Савицкая В.В., Обьедков В.Г.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск

*SOCIO-DEMOGRAPHIC AND CLINICAL-DYNAMIC CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS WITH POSTPSYCHOTIC DEPRESSION IN THE CONTEXT OF THE PHENOMENON OF MENTAL PAIN*

*Savitskaya V.V., Obyedkov V.G.*

Введение. Шизофрения является психическим заболеванием с тяжелыми последствиями для пациентов, их семей и общества. Заболеваемость шизофренией составляет 10-70 0/0000, распространенность – 3-4 0/0000, риск заболевания в течение жизни – около 1% [Гофман, 2010]. Государство несет большие финансовые потери, связанные с данным заболеванием: 74% больных становятся инвалидами, в год госпитализируется 47% пациентов с шизофренией со средним временем нахождения в стационаре 105,4 дней в году [Гурович, 2005]. Шизофрению отличает клинический полиморфизм. Нередко это заболевание протекает с глубокими депрессивными переживаниями, не сопоставимыми с негативной симптоматикой и грубо нарушающими качество жизни. В 50-70% случаев в депрессивной симптоматике шизофрении прослеживаются нарушения сна, что также представляет собой проблему, поскольку сон крайне важен для нормального функционирования организма. Нарушения сна зачастую требуют назначения дополнительных препаратов или приема большой дозы нейролептика на ночь, что приводит к трудностям подъема утром, сложностям в продуктивной деятельности в течение дня и увеличению экономических затрат на лечение. Длительное преобладание депрессивных симптомов на фоне дезактуализации психотических симптомов и отсутствия очевидного дефекта дает основания для диагноза «постшизофренической депрессии», которая не является однородным по своей структуре и проявлениям состоянием, мало изучена и плохо поддается существующим методам терапии. Вопреки распространенному мнению об апатической депрессии, у некоторых пациентов развивается состояние «острой душевной боли», наиболее соответствующее понятию «витальной тоски», которое пациенты описывают как «сильное загрудинное чувство отчаяния с физическим оттенком и непереносимой психической болью», часто имеющее навязчивый характер и протекающее с суицидальными намерениями, которые реализуются в 10-15% случаев [Колоколов, 2009].

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра психического здоровья (Минск) (далее – РНПЦ психического здоровья) в период с июля 2019 г. по декабрь 2021 г.

Дизайн исследования: открытое, наблюдательное, поперечное исследование в контрольных группах с направленным формированием групп сравнения.

Общая выборка для исследования составила 152 пациента с шизофренией.

Критериями включения пациентов в общую исследовательскую выборку являлись: верифицированный диагноз «шизофрения» (F20.09, F20.01, F20.00, F20.02, F20.03 по МКБ-10), возраст 18-50 лет, отсутствие у пациента выраженных острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <math>\leq 30</math> баллов), отсутствие выраженных негативных симптомов (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <math>\leq 35</math> баллов), письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения пациентов из общей выборки являлись: наличие у пациента острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов >30 баллов), выраженные проявления негативных симптомов (по шкале PANSS сумма негативных симптомов >35 баллов), наличие экстрапирамидных расстройств (ЭПР).

Из общей выборки 152 пациентов в два этапа было сформировано три группы сравнения. На первом этапе общая выборка была разделена на две группы: группу А, 103 пациента (постпсихотическая депрессия, значения по шкале депрессии PANSS  $\geq 5$  баллов, ППД+) и группу Б, 49 пациентов (отсутствие постпсихотической депрессии, значения по шкале депрессии PANSS <math>\leq 5</math> баллов, ППД-).

На втором этапе группа А была разделена на две подгруппы: А1, 69 пациентов (постпсихотическая депрессия с душевной болью, ППД+ДБ+) и А2, 34 пациента (постпсихотическая депрессия без душевной боли, ППД+ДБ-). Критической точкой для деления на подгруппы явилось значение  $\geq 24$  балла по шкале душевной боли.

Основная часть. Подгруппа А1 (пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью) представлена преимущественно женщинами. Данным показателем подгруппа А1 отличается и от пациентов подгруппы А2, то есть пациентов с депрессией, но без душевной боли, и от пациентов группы Б, которые не отличались друг от друга и были в гендерном аспекте представлены обоими полами практически в равной степени. Еще по ряду социально-демографических показателей основная группа пациентов сильно отличалась от группы сравнения и контроля. Особенно показательно, что депрессивные пациенты с душевной болью достоверно чаще являлись обладателями диплома о высшем образовании, то есть завершали учебу в ВУЗе. При этом, среди пациентов оказалось всего несколько человек с незаконченным средним образованием, что позволяет говорить о них, как о людях с достаточно прочным когнитивным потенциалом. Общественный статус пациентов подгруппы А1 оказался достаточно высоким, если учесть, что рабочих и служащих в действительном статусе на момент осмотра на фоне крайне низкого уровня инвалидности было гораздо больше, чем в группах сравнения. Семейное положение пациентов основной группы также отличало их от группы сравнения и контроля тем, что среди них было больше людей, состоящих в браке. В группах сравнения оказалось больше пациентов с утерянным семейным статусом. При этом пациенты с депрессией без душевной боли (подгруппа А2) и пациенты без депрессии по социально-демографическим показателям обнаруживали больше общего, чем различий. Так, не было выявлено гендерных различий. Эти пациенты завершали образование на условно промежуточных этапах. Те из них, кто поступил в ВУЗ, его как правило не заканчивали. Доля инвалидов в этих двух группах оказалась достаточно высокой, что резко контрастировало с пациентами основной группы. Влияния на распределения в группы сравнения фактора наследственной предрасположенности, которая определялась наличием больных шизофренией родственников первой и второй линий родства, не определилось.

Пациенты основной группы оказались существенно моложе, в то время как пациенты в группах сравнения были в целом старше и не отличались друг от друга. Возраст дебюта шизофрении для основной группы был меньше и, что немаловажно, оказался изменчив в довольно узком диапазоне. Пациенты подгруппы А болели меньше времени, что также отличало их сразу от обеих групп сравнения. Длительность болезни для пациентов группы А была более непродолжительной, чем в группах сравнения.

Таким образом, все клинико-динамические показатели для пациентов с шизофренией с депрессией и душевной болью свидетельствовали в пользу неслучайного характера распределения исследуемых по группам сравнения. Они были существенно моложе, заболели шизофренией раньше и, соответственно, болели меньше по времени, чем пациенты подгруппы А2, то есть с депрессией, но без душевной боли, и группы Б, пациенты без депрессии и душевной боли.

Выводы. Пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью образуют особую группу, ограниченную социально-демографическими и клинико-динамическими характеристиками. Это относительно молодые люди, преимущественно женского пола, не утратившие работоспособности и социального статуса с относительно ранним дебютом болезни и непродолжительным течением.

Наличие душевной боли в структуре аффективных переживаний данных пациентов не связано с проводимой им лекарственной терапией.

## **КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»  
Москва

*A FOLLOW-UP STUDY OF MINIMAL COGNITIVE DYSFUNCTION IN BLOOD RELATIVES OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE*

*Selezneva N.D., Roshchina I.F.*

Ключевые слова: родственники 1-й степени родства больных болезнью Альцгеймера (БА); минимальная когнитивная дисфункция (МКД); клинико-психологическое исследование; динамика когнитивной сферы

Введение. Полученные ранее данные о легкой когнитивной недостаточности у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера (БА) предположительно могут свидетельствовать о наиболее ранних проявлениях у них начинающегося нейродегенеративного процесса. Исследование является фрагментом мультидисциплинарного исследования когорты родственников 1-й степени родства пациентов с БА в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Исследование когнитивной сферы кровных родственников больных БА (по сравнению с контрольными группами испытуемых, в семьях которых нет родственников с БА) показало наличие у них сниженных параметров памяти [1], дефицитарность исполнительных функций, недостаточность вербального мышления и способности к обучению [3], низкие показатели оптико-пространственной деятельности и произвольной регуляции психической активности, а также дефицитарность пространственной и кинетической организации праксиса [4]. Результаты исследований указывают на необходимость разработки клиничко-психологических программ помощи указанной когорте родственников, направленных на стимуляцию психической деятельности и профилактику когнитивного снижения.

Цель исследования – катamnестическое изучение динамики минимальной когнитивной дисфункции (МКД) у родственников 1-й степени родства пациентов с БА на протяжении 10-летнего периода.

Участники исследования. В исследовании приняли участие 47 детей пациентов с БА (7 мужчин и 40 женщин). Средний возраст составил 51,0±7,6 г. Диагностика МКД основывалась на субъективных жалобах родственников на легкие мнестические затруднения, касающиеся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, на трудности усвоения мануальных навыков и пространственных взаимоотношений; на объективном выявлении легкого снижения показателей зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, оптико-пространственной деятельности, а также легких трудностей произвольной регуляции деятельности, обнаруживаемых при комплексном нейропсихологическом обследовании; их социальная, профессиональная и повседневная активность оставались полностью сохранными [5].

Методы исследования. Для оценки показателей когнитивного функционирования применялись клиничко-психопатологический нейропсихологический, психометрический и статистический методы. Нейропсихологическое обследование проводилось с использованием «Экспресс-методики оценки мнестико-интеллектуальной сферы в пожилом возрасте» с количественной и качественной оценкой различных составляющих психической деятельности [6]. Психометрическое обследование включало шкалы: MMSE, MoCA, CGI-I. Применялись психометрические тесты: запоминание 10 слов, Бостонский тест называния; субтест 6 теста Векслера, Clock Drawing Test; запоминание 5 геометрических фигур; тест Бентона. Метод оценки: исходные показатели когнитивного функционирования родственников сравнили с показателями через 5 и через 10 лет наблюдения. Статистический анализ данных проводился с применением пакета прикладных программ Statistica 6 фирмы StatSoftInk. У всех обследованных было получено информированное согласие на участие в исследовании. Исследование соответствует положениям Хельсинкской декларации 1975 года, ее пересмотренному варианту 2000 года и одобрено Локальным Этическим Комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты. Ни через 5 лет, ни через 10 лет после первичного обследования синдром мягкого когнитивного снижения (МКС; в английской транскрипции MCI – Mild cognitive impairment, по МКБ-10 рубрика F06.7) не диагностирован. По шкале CGI-I через 5 лет минимальное ухудшение отмечено в 9 случаях (19,1%), в 38 случаях (80,9%) состояние не изменилось. Через 10 лет минимальное ухудшение наблюдалось у 11 родственников (23,4%), умеренное ухудшение – у 17 родственника (36,2%), ухудшение выраженной степени – в 6 случаях (12,7%). В 13 случаях (27,7%) состояние по сравнению с исходным не изменилось. Через 5 лет наблюдения по большинству применявшихся шкал и тестов отмечено статистически значимое ухудшение исходных средне-групповых оценок. Спустя 10 лет наблюдения исходные средне-групповые оценки значимо ухудшались по всем шкалам и тестам.

Результаты нейропсихологической оценки через 5 показали значимое ухудшение по 5 субтестам и общему баллу «Экспресс-методики»: кинетический и пространственный праксис, тормозимость следов при запоминании вербальных стимулов, объем зрительной памяти, понимание логико-грамматических конструкций языка. Результаты нейропсихологического обследования через 10 лет после первичного исследования обнаружили значимое ухудшение показателей по всем 10 шкалам и общему баллу «Экспресс-методики», что соответствовало значимому ухудшению результатов выполнения психометрических методик. При этом отмечались индивидуальные особенности дефицитарности и снижения различных параметров психической деятельности.

Заключение. Результаты 10-летней клиничко-психологической оценки когнитивной сферы у когорты кровных родственников пациентов с БА показали статистически значимую отрицательную динамику.



Полученные данные указывают на необходимость уже на этапе минимальной когнитивной дисфункции применения нейрометаболической терапии, а также когнитивной стимуляции (тренингов) в работе клиницистов и клинических психологов с этой группой родственников.

## **ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МСИ**

**Сиденкова А.П., Мельник А.А., Труфаненко Р.А., Шиморина Ю.И., Диденко М.А.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*THE PROSPECTS FOR THE USE OF COMPLEX DIAGNOSTICS IN MCI*

*Sidenkova A.P., Melnik A.A., Trufanenko R.A., Shimorina Yu.I., Didenko M.A.*

Актуальность: Высокая распространенность когнитивных расстройств в современном обществе - важная медико-социальная проблема. Ранним этапом синдрома деменции является синдром мягкого когнитивного снижения (Mild cognitive impairment, МСИ). Своевременное распознавание МСИ затруднено из-за низкой обращаемости за помощью, малой доступности многих диагностических методик, их инвазивностью и дороговизной, недостаточной чувствительностью.

Цель: определить возможность и перспективность комплексного подхода к диагностике синдрома МСИ.

Материалы и методы: из баз MEDLINE/PubMed и eLibrary по ключевым словам «болезнь Альцгеймера», «диагностика», «мягкое когнитивное снижение», «Alzheimer's disease», «diagnostics», «МСИ» отобрано 199 статей. Дальнейшим критерием отбора статей явилась гипотеза о высокой эффективности комплексного подхода к ранней диагностике когнитивных расстройств. Анализировалась научная отечественная и зарубежная литература.

Результаты и их обсуждение: Для додементного этапа болезни Альцгеймера (БА) специфична несоразмерность объема поражения мозга и вполне благополучное социальное и когнитивное функционирование, что объясняет частые нормативные результаты при заполнении общепринятых нейропсихологических шкал. Использование наиболее доступных 1,5 Тл, 3,0Тл томографов в 65% не выявляет патологию на этапе МСИ [1,2]. При сочетанном применении МРТ головного мозга и исследования биомаркеров спинномозговой жидкости, амилоидной ПЭТ и клинических тестов, нейропсихологических шкал и исследования биохимического состава ротовой жидкости, цитологического исследования буккального эпителия эффективность ранней диагностики повышается [3,4,5].

Выводы: Разнонаправленность вектора комплексных методов диагностики повышает их чувствительность и эффективность на додементном этапе за счет фиксации отклонений, обусловленных различными патогенетическими механизмами [6,7,8,9].

## **СТРУКТУРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С МЯГКИМ КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ**

**Сиденкова А.П., Сердюк О.В., Бабушкина Е.И., Хилюк Д.А., Мельник А.А.**

ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Екатеринбург

*THE STRUCTURE OF DRUG COMPLIANCE IN ELDERLY PATIENTS WITH MILD COGNITIVE DECLINE AND PSYCHOPATHOLOGICAL SYMPTOMS*

*Sidenkova A.P., Serdyuk O.V., Babushkina E.I., Khilyuk D.A., Melnik A.A.*

Актуальность. Высокое распространение додементных расстройств у лиц пожилого возраста, их неблагоприятный прогноз с высокой частотой перехода в слабоумие, полиморбидность с соматической патологией обуславливают необходимость адекватной коррекции всех имеющихся заболеваний, что повышает значение приверженности к лечению.

Цель. Оценка структуры медикаментозного комплаенса у пациентов пожилого возраста с мягким когнитивным снижением и психопатологическими симптомами.

Материалы и методы исследования. Проведено наблюдательное исследование 264 пациентов с диагнозом «Мягкое когнитивное снижение», средний возраст составил  $68,5 \pm 1,4$  года, 17,6% мужчин и 83,3% женщин. Сформировано две группы исследования: с психопатологической симптоматикой (основная группа,  $n=189$ ) и без психопатологических симптомов (группа сравнения,  $n=75$ ). Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический, статистический с использованием программы Statistica 7 for Windows. Применяли критерий согласия Пирсона, непараметрический t-критерий Манна-Уитни, корреляционный анализ с расчётом коэффициента корреляции Спирмена ( $r$ ).

Результаты. Приверженность (комплаентность) участников исследования по отношению к общетерапевтическим рекомендациям представлена социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентностью. Суммарный балл общего комплаенса в основной группе исследования составил  $45,42 \pm 29,7$ , в группе сравнения –  $51,09 \pm 32,3$  балла ( $p=0,031$ ). В основной группе исследования у половины участников (49,7%) определён низкий суммарный балл общей комплаентности, менее чем у половины участников по суммарному баллу определялся средний уровень общей комплаентности, лишь у 4,8% участников выявлена высокая комплаентность по отношению к терапевтическим рекомендациям. Нарастание гипотимии коррелирует с низкой общей, социальной и эмоциональной комплаентностью ( $r=0,512$ ). Интенсивность ажитации и агрессии коррелирует с низкой поведенческой и эмоциональной комплаентностью ( $r=0,589$ ). Статистически значимые корреляционные связи обнаружены между психотическими симптомами и малой поведенческой комплаентностью ( $r=0,151$  и  $r=0,145$  соответственно)

Вывод. Суммарные показатели медикаментозного комплаенса ниже у пациентов с аффективными и психотическими симптомами; нарастание аффективных, психотических, поведенческих расстройств у пациентов с мягким когнитивным снижением коррелирует с низкой общей, социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентностью.

## **САМОПОВРЕЖДЕНИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АДДИКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

**Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В.**

ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница»;

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России

Тюмень

*SELF-HARM OF A NON-SUICIDAL NATURE IN PATIENTS WITH ORGANIC MENTAL DISORDERS AND  
ADDICTIVE DISORDERS*

*Spaderova N.N., Rodyashin E.V.*

Аутоагрессивные действия не всегда совершаются по суицидальным мотивам и могут не преследовать желание умереть (Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Рейхерт Л.И., и др., 2021). Самоповреждающее поведение несуйцидального характера (несуйцидальные самоповреждения) – это преднамеренное причинение себе физических повреждений органов и тканей, без желания смерти, возникающее при искажении психического развития, нарушении адаптационных механизмов с целью ослабить психическое напряжение (Польская Н.А., 2017; Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г., 2020). В России данная проблема в клинической и неклинической популяции недостаточно изучена из-за ограниченного количества русскоязычных диагностических инструментов и отсутствия диагностических критериев в МКБ-10.

Цель исследования: изучить самоповреждения несуйцидального характера пациентов с органическими психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями, совершившими суицидальные попытки. Материалы и методы: были обследованы 842 пациента с органическими психическими расстройствами, зависимостью от алкоголя, невротическими нарушениями, совершившими суицидальную попытку с 1991 по 2018 гг. в Тюменской области. Было выделено 2 группы: 1) 421 пациент, у которых диагностировано органическое психическое расстройство (в рубриках F06.6, F06.7, F06.8, F07.8) и невротические нарушения (в рубриках F43.2, F43.0): 201 мужчин и 220 женщин; 2) 421 человек с зависимостью от алкоголя средней стадии (F10.242, F10.252, F10.262) и невротические нарушения (в рубриках F43.2, F43.0, F48.8): 208 мужчин и 213 женщин. Средний возраст больных составил  $44,10 \pm 10,84$  года. Пациенты были согласованы по полу и возрасту.

Семейный анамнез был отягощен суицидальным поведением у родственников 1 и 2 линии родства (n=140; 16,6%), из них с 1 линией родства (родители, родные братья и сестры) – 8,3%. У меньшего количества родственников суицидентов диагностировалась зависимость от алкоголя (n=122; 14,4%). Реже патопсихологическая отягощенность в семье была другими психическими расстройствами (эпилепсией, шизофренией, биполярным аффективным расстройством и неуточненным психическим расстройством) (n=84; 10,0%). У обследованных первой группы семейный анамнез чаще был отягощен суицидальным поведением родственников (n=85; 10,1%), а второй – зависимостью от алкоголя (n=77; 9,1%).

Пациенты с органическими психическими расстройствами, совершившие суицидальные попытки значимо чаще (p=0,001) адаптированы в социальной жизни и материально благополучны (38,9%) – были в браке (22,1%) и вдовцами (9,8%); трудились (19,1%) или учились в школе, колледже, ВУЗе (9,2%); проживали не одни, в семье (22,1%) и с родственниками (19,7%); получили среднее (17,8%) и высшее образование (3,1%). Лица из 2 группы (с алкогольной зависимостью) наоборот, значимо чаще (p=0,001), не работали (24,8%), имели неудовлетворительный социально-материальный уровень (23,0%), были одиноки (28,0%), получили среднее специальное (20,1%) и неполное среднее (13,5%) образование.

В ходе исследования были использованы методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, статистический методы, клиническая беседа, наблюдение, в сочетании с анализом данных соматоневрологического состояния, а также данных лабораторных, инструментальных методов исследования и патопсихологическое обследование батареями тестов: анкета «Риск девиантной социализации подростка» (Польская, 2007); анкета «Неблагоприятные жизненные события» (Польская, 2007); анкета «Модификации тела и самоповреждения» (Польская, Кабанова, 2007), шкала самоотчета по несуйцидальным самоповреждениям по (Польская, 2014).

Результаты и обсуждения: у пациентов с органическими психическими расстройствами и аддиктивными нарушениями (n=244) выявлены самоповреждения несуйцидального характера, из них мужчин (n=143; 16,9%), и женщин (n=101; 12,0%). Данные самоповреждения наблюдались у 82,5% несовершеннолетних (5,2% из 6,3%), с 18 до 30 лет 40,8% (12,0% из 29,4%); с 31 до 40 лет – 53,2% (11,7% из 22,0%)

Пациенты с органическими психическими расстройствами значимо часто (p=0,001) причиняли самоповреждения несуйцидального характера в возрасте с 15 до 17 лет (n=33; 3,9%), 3,0% мужчин. Лица с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии значимо больше (p=0,001) наносили самоповреждения с 18 до 30 лет (n=67; 8,0%), 5,6% мужчин; с 31 до 40 лет – (n=65; 7,7%), 4,7% мужчин.

Пациенты с органическими психическими расстройствами больше совершали инструментальные самоповреждения (6,3%), чем соматические (5,7%). Значимо чаще (p=0,001) предпринимали порезы режущими предметами (n=34; 4,0%), с целью избавления от напряжения (n=43; 5,1%) и восстановления контроля за эмоциями (n=36; 4,3%). Реже данные пациенты расчесывали кожу (2,2%), наносили уколы и проколы кожи острыми предметами (1,7%), обкусывали ногти (1,4%), выдергивали волосы (1,2%) и др. Обследованные лица с синдромом зависимости от алкоголя чаще совершали соматические самоповреждения (9,8%), чем инструментальные (7,1%); значимо больше (p=0,001): наносили себе уколы и проколы кожи острыми предметами (n=41; 5,3%); выдергивали волосы (n=34; 4,0%), обкусывали губы (n=27; 3,2%), так как хотели оказать воздействие на окружающих (n=63; 7,5%) и изменить себя, получить новый опыт (n=48; 5,7%). Меньшее количество пациентов обкусывали ногти (2,0%), наносили порезы режущими предметами (1,1%), обжигали себя (0,8%) и др.

Самоповреждающее поведение связано с нарушением инстинкта самосохранения, также, как и суицидальное поведение. Увеличении частоты нанесения НСПП связано с прогрессирующим нарушением адаптационных механизмов, декомпенсацией психических расстройств и может рассматриваться как степень риска развития суицидогенеза.

Выводы: у 12,0% пациентов с органическими психическими расстройствами и у 16,9% лиц с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии, совершившими суицидальные попытки в анамнезе, отмечались несуйцидальные самоповреждения. Пациенты с органическими психическими расстройствами значимо часто (p=0,001) совершали аутоагрессивные действия, не преследуя желание умереть в возрасте с 15 до 17 лет (3,9%); наносили порезы режущими предметами (4,0%), с целью избавления от напряжения (5,1%) и восстановления контроля за эмоциями (4,3%). Лица из группы с синдромом зависимости от алкоголя средней стадии значимо больше (p=0,001) наносили самоповреждения в возрасте с 18 до 30 лет (8,0%) и с 31 до 40 лет – (7,7%); причиняли себе уколы и проколы кожи острыми предметами (5,3%); выдергивали волосы (4,0%), обкусывали губы (3,2%), для оказания воздействия на окружающих (7,5%) и желая изменить себя, получить новый опыт (5,7%). Данная форма девиантного поведения сопряжена с высоким суицидальным риском в будущем и

является текущим этапом его реализации (Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Рейхерт Л.И., и др., 2021). Поэтому необходимо совершенствование уровня подготовки специалистов (врачей, среднего персонала) в области суицидологии и девиантологии, проведение комплексных превентивных и психореабилитационных мероприятий пациентам как в психиатрической, так в общемедицинской сети.

## **ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ И ДЕФИНИЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ**

**Тарханов В.С., Паршина К.В.**

ГБУЗ АО «ОКПБ»

Астрахань

*PSYCHOSOMATIC DISORDERS: CLASSIFICATION AND DEFINITIONAL ISSUES*

*Tarkhanov V.S., Parshina K.V.*

Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств, которые в настоящее время по праву считаются «патологией современной цивилизации». Так, по данным различных авторов, частота психосоматических расстройств (ПСР) составляет от 30% до 57% от общего числа пациентов первичной медицинской сети и колеблется в общей популяции населения от 11 до 52%. Такие различия в данных могут быть объяснены использованием различных диагностических критериев соматизации.

В своём обзоре по соматизации R. Kellner даёт следующее определение: «Соматизация» обозначает один или несколько соматических симптомов, для которых при соответствующих обследованиях либо не находят никакой органической основы, либо физические жалобы и связанные с ними социальные и профессиональные ограничения сильно преувеличены в сравнении с выявленной органической патологией».

Современное толкование термина «психосоматические расстройства» значительно расширилось и вышло за рамки «классических психосоматозов». К числу типичных психосоматических заболеваний в настоящее время относят нервную анорексию и булимию, некоторые формы психогенного ожирения, сахарный диабет, кардиоспазм, «нервную» рвоту, синдром раздражённого кишечника, импотенцию, запоры и др.

Психосоматические расстройства – это сборная группа болезненных состояний, возникающих при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов. Этим подчёркивается единство биологических и социально-психологических механизмов «сомы» и «психики» в происхождении как собственно психопатологических, так и соматических расстройств. При этом подчёркивается, что психосоматические расстройства обязательно связаны с социально-стрессовыми факторами. Исходя из этого, ПСР могут расцениваться как психогенно обусловленные соматические нарушения в организме или как соматогенные психические расстройства (соматогении).

Так, А.Б. Смулевич выделяет четыре группы психосоматических расстройств:

1. Психосоматические заболевания в традиционном их понимании. Это соматическая патология, манифестация или эскалация которой связана с лабильностью организма по отношению к воздействию психотравмирующих социально-стрессовых факторов. (ИБС, эссенциальная гипертензия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, псориаз, некоторые эндокринные и аллергические заболевания).

2. Соматоформные расстройства и соматизированные психические реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных патологиях (неврозы, невропатии). Органные неврозы – это психогенные заболевания, структура которых отличается функциональными расстройствами внутренних органов (систем) при возможном участии пограничной и субклинической соматической патологии. Сюда относятся кардионевроз (синдром Да Косты), синдром гипервентиляции, синдром раздражённой толстой кишки и др.

3. Нозогении – психогенные реакции, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний. Клинически эти психогенные реакции могут проявляться невротическими, аффективными, патохарактерологическими и даже бредовыми расстройствами. Возможность манифестации нозогений и их психопатологические особенности во многом определяются клиническими проявлениями

соматической патологии (ИБС, артериальная гипертония, злокачественные образования, оперативные вмешательства и др.).

4. Соматогении (реакции экзогенного типа или симптоматические психозы). В числе их клинических проявлений находится широкий спектр синдромов – от астенических и депрессивных состояний до галлюцинаторно-бредового и психоорганического синдромов.

Отражением полиморфизма психосоматических расстройств является тот факт, что в современной классификации психических заболеваний (МКБ-10) для этих расстройств не предусмотрено специального раздела. Так, во введении к МКБ-10 указано, что ПСР могут быть обнаружены в F45 («соматоформные расстройства»), F50 («расстройства приёма пищи»), F52 («сексуальная дисфункция») и F54 («психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, квалифицированными в других разделах»). Наименее изученной группой являются соматоформные расстройства.

На смену распространённому ранее термину «психосоматические заболевания» в американской диагностической системе DSM-III в 1980 г. впервые было введено в качестве самостоятельной диагностической категории понятие «соматоформные расстройства». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) термин «психосоматические» не используется «ввиду различий в его использовании на разных языках и при различных психиатрических традициях, а также для того, чтобы не подразумевалось, будто при других заболеваниях психологические факторы не имеют значения в их возникновении».

В зарубежной, а в последнее время и в отечественной научной литературе, термин «психосоматические расстройства» активно вытесняется современным понятием «соматоформные расстройства». Согласно МКБ-10, к соматоформным расстройствам (СФР) отнесены следующие подгруппы: соматизированное расстройство; недифференцированное соматоформное расстройство; ипохондрическое расстройство; соматоформная вегетативная дисфункция; хроническое соматоформное болевое расстройство; другие соматоформные расстройства; соматоформное расстройство неуточнённое. Подчёркивается, что патогенетические механизмы формирования СФР связаны с конверсией, трансформацией актуального невротического конфликта в функциональные соматические симптомы при отсутствии органической основы для них. По существу, вся рубрика СФР включает в себя три базисных компонента: истерические расстройства, органические неврозы и вегетососудистая дистония.

В отечественной медицине самым распространённым аналогом соматоформных расстройств является диагноз вегетососудистой дистонии, которым часто злоупотребляют врачи общей практики. В некоторых случаях психосоматические расстройства расцениваются как составная часть длительного психического заболевания (первичной депрессии или тревожного расстройства) или сопутствующее вторичное расстройство.

Ряд исследователей разграничивают психосоматические и соматоформные расстройства по принципу субъективности и объективности выявленных соматических ощущений. Так, субъективные соматические ощущения пациента, не имеющие реальной соматической основы, являются соматоформными расстройствами, а объективно выявляемые сдвиги в сфере витальных функций организма и вегетативной регуляции определяются как «психосоматические нарушения».

Родственность соматоформных и аффективных расстройств (депрессивных, тревожных и др.) является причиной сложностей при дифференциальной диагностике указанных состояний. Широкое распространение среди отечественных психиатров получила концепция соматизированной депрессии, основанная на точке зрения, что психосоматические расстройства есть разновидность маскированной (ларвированной) депрессии (депрессивный «эквивалент»). Это определение не противоречит точке зрения П.К. Анохина о том, что психосоматическое расстройство есть способ «компенсации» патологического изменения биологической матрицы тревоги, проявляющейся психическими, вегетативными и соматическими (органными) нарушениями. Однако такая позиция ведёт порой к гипердиагностике депрессий при недооценке соматоформных расстройств.

Отдельно стоит вопрос о соматопсихической коморбидности, то есть независимом параллельном развитии психосоматического расстройства и психогении. В МКБ-10 этим расстройствам выделена отдельная рубрика F68.0 («преувеличение физических симптомов по психологическим причинам»), при этом подчёркивается, что шифр должен использоваться только при наличии у больного явного привлечения внимания (гистриционного поведения), приводящего к аггравации симптомов. Мотивирующим фактором для больных могут быть неудовлетворённость результатами лечения или обследований, разочарование в связи с недостаточным вниманием, а также возможность получения финансовой компенсации.

## ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ И ТРИХОБЕЗОАР У БОЛЬНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Туктарова С.У., Юлдашев В.Л., Ахмерова И.Ю.

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России

Уфа

*TRICHOTILLOMANIA AND TRICHOBEZOAR IN A PATIENT WITH ANOREXIA NERVOSA. A CASE FROM PRACTICE*

*Tuktarova S.U., Yuldashev V.L., Akhmerova I.Y.*

Цель исследования. Описание клинического случая трихотилломании и трихобезоара у больной нервной анорексией.

Материалы и методы. Случай трихотилломании и трихобезоара у больной нервной анорексией. Собраны анамнестические сведения, проанализированы результаты объективного осмотра, клинического наблюдения, дополнительных исследований и лечения.

Результаты и обсуждение. Пациентка М., 17,7 лет. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась средним ребенком в семье. Беременность у матери протекала с токсикозом. Применялась стимуляция родовой деятельности. В психомоторном развитии не отставала. Детский сад посещала с 3-х лет, адаптировалась тяжело, капризничала, просилась к матери, отказывалась от приема пищи, дома питалась нормально. Родители разошлись, когда пациентке было 2 года. Мать повторно вышла замуж, у ребенка отношения с отчимом не сложились. Девочка всегда тянулась к отчиму, называла «папой», пыталась делиться радостью, успехами в школе, но ответную реакцию не получала. Учиться начала своевременно, успевала средне, закончила 9 классов. Поступила в педагогический колледж, проживала в общежитии, училась без интереса, через год учебу забросила, была отчислена из колледжа. В дальнейшем работала продавцом в магазине. Перенесенные заболевания – корь, гастрит. Менсис с 12 лет. В 15 лет на фоне снижения массы тела наступила аменорея.

В 15 лет при стартовой массе тела 47 кг и росте 152 см на фоне напряженных отношений с родителями снизилось настроение, стала проявлять недовольство массой тела, находила недостатки во внешности, начала ограничивать себя в еде, подсчитывала калории, принимала слабительные препараты, делала очистительные клизмы, изнуряла себя физическими упражнениями. В дальнейшем не могла сдерживать чувство голода, в вечернее время уединялась, потребляла пищу в больших количествах с последующим вызыванием искусственной рвоты. Через некоторое время начала вызывать рвоту после каждого приема пищи, похудела до 34 кг, пропали менсис. Лечилась у педиатра. К психиатру попала на прием в 16 лет, был назначен Ципралекс и Зипрекса, проводилась психокоррекция. Выровнялось настроение, наладилось пищевое поведение, наступила прибавка веса 10 кг, через полгода лечение завершила. В колледже испытывала трудности, пересдавала экзамены, конфликтовала с однокурсниками, вновь снизилось настроение, усилились переживания по поводу внешности, стала ограничивать себя в еде, на диетах не удерживалась, вызывала рвоту. В 17 лет перед рвотами начала вырывать волосы на голове с последующим их поеданием. Через 2 месяца появился запах изо рта, боль в животе, метеоризм, тошнота, увеличение объема и асимметрия живота. Получала лечение перечисленных гастроинтестинальных расстройств анальгетиками и спазмолитиками с временным положительным эффектом. В дальнейшем усилилась интенсивность болевого синдрома, обращалась к гастроэнтерологу, проводилось УЗИ, фиброгастроуденоскопия (ФГДС). Заключение ФГДС: «Трихобезоар желудка. Хронические эрозии желудка». Попытка эндоскопического смещения и дефрагментации трихобезоара оказалась безуспешной. Выполнена верхне-срединная лапаротомия, гастротомия, удаление трихобезоара из волос и слизи в виде «слепка желудка», размером 24x8x5см. Послеоперационный период без осложнений. После операции прекратила учебу, устроилась на работу, сохранялось неустойчивое настроение, девиантное пищевое поведение и трихотилломания, без явлений трихофагии. Обращалась к психотерапевту, на фоне приема антидепрессантов из группы ингибиторов обратного захвата серотонина отмечала повышение аппетита. Лечение прекратила из-за страха прибавки веса. Состояние оставалось прежним: ограничивала себя в еде, теряла вес, беспокоила слабость, неустойчивое настроение, продолжала выдергивать волосы на голове. Была госпитализирована в ГБУЗ РБ РКПБ.

Соматический статус при поступлении: телосложение правильное. Пониженное питание. Кожа сухая, чистая, с пушковыми волосами, тургор и эластичность снижены, подкожно-жировая клетчатка

отсутствует. На коже волосистой части головы в правой теменной области имеется очаг облысения неправильной формы диаметром 12 см, без признаков воспаления и шелушения, в центре очага локализуется овальный участок отросших волос разной длины в диаметре 3 см. Щитовидная железа не увеличена. На голени отеки. Рост 152 см, вес 34 кг, ИМТ 14,72. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД115/60 мм.рт.ст. ЧСС60. Т36,60С. Живот мягкий, безболезненный. Мочеиспускание не нарушено, стул – запоры. Аменорея вторичная.

Общий анализ крови: гемоглобин 92 г/л, эритроциты  $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $3,8 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $215 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 2%, сегментоядерные 63%, эозинофилы 1%, базофилы 1%, лимфоциты 28%, моноциты 5%, скорость оседания эритроцитов 8 мм/час. Биохимический анализ крови: белок 53 г/л, общий билирубин 12,4 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 49,9 Ед/л, аспартатаминотрансфераза 28,3 Ед/л, железо общее 7,9 мкмоль/л, мочевины 2,7 ммоль/л, креатинин 44 мкмоль/л, глюкоза 3,5 ммоль/л. Общий анализ мочи: прозрачная, удельный вес 1018, реакция щелочная, белок и сахар не обнаружены, единичные лейкоциты в поле зрения. Копрограмма в норме. Анализ кала на дисбиоз: лактобактерии не выявлены, количество условно патогенных энтеробактерий рода *Enterobacter aerogenes* – 10<sup>9</sup>. ЭКГ: электрическая ось сердца вертикальная, синусовый ритм, ЧСС 70. Нарушения процессов реполяризации. Заключение терапевта: «Белково-энергетическая недостаточность. Хронический гастродуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс. Дисбиоз кишечника. Анемия». ЭЭГ: негрубые общемозговые изменения ирритативного характера, с преобладанием медленных волн в лобно-височных областях. Неврологический статус: без грубых органических знаков. При психологическом исследовании отмечено легкое снижение памяти, истощаемость внимания; темп мышления средний, структурные нарушения не обнаружены; личностная структура с преобладанием нарушений лабильно-неустойчивого типа.

Психический статус: в поведении упорядочена. Истощена. На голове имеется кожный процесс, который пациентка камуфлирует удлиненными прядями собственных волос теменной области с противоположной стороны. Ориентирована полностью, правильно. Контакт доступен. Сообщила, что в подростковом возрасте снизилось настроение, чувствовала себя «одиноким», «мама ругала за все подряд, была недовольна всем, кричала, обзывала». В этот период стала обращать внимание на внешность, «не нравился живот, щеки», решила похудеть. Начала ограничивать себя в еде, а когда не могла сдержаться – «ела в больших количествах», с последующей эвакуацией пищи путем искусственной рвоты, принимала слабительные препараты. Хотела бы достичь 43 кг веса, но при этом отмечает страх перед едой, «боюсь, что снова живот и щеки поправятся». После приема пищи испытывает душевный и эпигастральный дискомфорт. Тест отношения к приему пищи (англ. Eating Attitudes Test, EAT-26) показал 22 балла, что свидетельствует о высокой степени вероятности наличия нарушения пищевого поведения. Рассказала, как на фоне переживаний начала выдергивать волосы, с последующим их поеданием, «волосы скопились в желудке в виде валенка». После операции на фоне тревоги сохраняется желание выдергивать волосы, но поедать их опасается, хотела бы избавиться от «этой привычки», тяготеет к косметическому дефекту, «неприятно быть лысой». Внимание истощаемое. Мышление в среднем темпе. Суждения незрелые, легковесные. Бредовые идеи, расстройства восприятия на момент осмотра не обнаружены. Настроение снижено, плаксива, обидчива. Наличие суицидальных мыслей отрицает. Интеллектуально-мнестически без грубого снижения.

Динамика состояния. Пациентка первое время в отделении держалась обособленно, настроение было снижено, испытывала страх прибавки массы тела, пищу принимала в ограниченном количестве, отмечалась плаксивость, желание выдергивать волосы, рвоту не вызывала. Осуществлялся мониторинг психоэмоционального состояния и веса больной, гемодинамических и лабораторных показателей. Получала Феварин 150 мг и Оланзапин 7,5 мг в сутки в комбинации с общеукрепляющими и нейрометаболическими препаратами, проводилась когнитивно-поведенческая терапия. Нормализовался сон, купирована тревога, сгладились аффективные колебания, уменьшился контроль объема съедаемой пищи, стала съедать все порции, окрепла, прибавила в весе 6 кг, прекратила выполнять манипуляции с волосами, наладила отношения с матерью. Расширился круг интересов, начала строить реальные планы на будущее. Выписана с диагнозом: «F50.0 Нервная анорексия. F63.3 Трихотилломания». Рекомендовано продолжить лечение в амбулаторных условиях у психиатра по месту жительства. По данным катамнеза, состояние в течение года после выписки стабильное, рецидивов не отмечено.

Выводы. Описанная в клиническом наблюдении сочетанная патология (нервная анорексия, трихотилломания, трихофагия с формированием трихобезоара) представляет профессиональный интерес и нуждается в своевременной диагностике, комплексном подходе и совместном ведении врачами различных специальностей.

# ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИНТОКСИКАЦИЙ В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Филиппова Ю.В., Филиппов В.Л.

ФГУП «Научно-исследовательский институт гигиены, профпатологии и экологии человека» ФМБА

Санкт-Петербург

*THE IMPORTANCE OF PROFINTOXICATIONS IN THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS*

*Filippova Yu.V., Filippov V.L.*

Цель исследования. Показать динамику формирования соотношений психического и соматического у работавших при интоксикациях опасными токсичными химическими веществами в условиях повышенного нервно-психического напряжения.

Материалы и методы. Исследовано 442 человека ранее работавших с опасными токсичными химическими веществами (ОТХВ), в условиях хронического (экзогенного) воздействия и повышенного нервно-психического напряжения (НПН), формирующих интоксикационную психосоматическую патологию. Среди исследованных: мужчин было 67,0%, женщин – 33,0%). Лиц до 29 лет было 12,1%, от 30 до 39 лет – 37,1%, старше 40 лет – 50,8%. Используются клиничко-психопатологический метод и МКБ-10. В существующей МКБ-10 болезни, обусловленные воздействием токсических химических веществ, классифицируются в рубриках Т65 (имеется ввиду острая интоксикация); Т97 - последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин (имеется ввиду хроническая профинтоксикация). Для исследования воздействия ОТХВ на здоровье работавших в динамике был использован медицинский регистр, позволивший провести ретроспективный клиничко-эпидемиологический анализ изменений состояния психического и соматического здоровья. Обработка результатов проводилась с помощью программ StatSoft Statistica v.6.0, SPSS 9.0 (критерий Стьюдента для оценки разности между выборочной и генеральной долями). Достоверными считали различия при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Рассмотрены четыре группы психосоматических расстройств у лиц, перенесших интоксикации ОТХВ (гипертоническая болезнь – ГБ, язвенная болезнь - ЯБ, бронхиальная астма – БА и другие психосоматические расстройства). Среди мужчин большинство страдали ГБ (38,8%) и ЯБ (30,1%), другими психосоматическими расстройствами -25,0%, меньше было БА (6,1%). Среди женщин установлена похожая закономерность: ГБ 45,9%, ЯБ 28,1%, БА и другие психосоматические расстройства распределились одинаково (19,0% и 19,0% соответственно).

Анализ структуры распределения психосоматических расстройства у мужчин по стажу работы во вредных и опасных условиях показал доминирование лиц с ЯБ (36,8%) и ГБ (32,1%). Другие психосоматические расстройства были у 25%, БА – 6,1%. У женщин картина была иной: ГБ – 59,6%, ЯБ – 14,4%, другие психосоматические расстройства распределились одинаково (13,0% и 13,0% соответственно). Среди мужчин и женщин стажевых групп от 10 лет и более было достоверно больше лиц, страдающих всеми психосоматическими расстройствами ( $p < 0,001$ ) в сравнении со стажевыми группами до 4-х лет и 5-9 лет. Среди всех мужчин и женщин со стажем работы с ОТХВ до 4-х лет было меньше лиц с психосоматическими расстройствами ( $p < 0,01$ ). При интоксикациях ОТХВ психосоматические расстройства у мужчин и женщин чаще встречались у лиц, отнесенных к первой (с наиболее вредными условиями труда) и второй группам вредности, а затем к третьей ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ,  $p < 0,05$  соответственно).

Распространенность психосоматических расстройств среди работавших имела четкую тенденцию к росту в зависимости от степени контакта с ОТХВ. Влияние профессиональной деятельности в условиях острой или хронической интоксикации ОТХВ на частоту возникновения психосоматических расстройств подтверждено статистическим методом ( $p < 0,01$ ). Тяжесть клинического течения психосоматических расстройств также была связана с длительностью контакта с ОТХВ ( $p < 0,01$ ). Психосоматические расстройства характеризовались большей клинической выраженностью и распространенностью у лиц, работавших в наиболее вредных и опасных условиях труда, и длительно контактирующих с ОТХВ. Наиболее высокий показатель частоты психосоматических расстройств был обнаружен у лиц, наиболее тесно контактирующих с ОТХВ ( $p < 0,001$ ).

При интоксикациях ОТХВ у работавших прослеживалась определенная динамика развития и формирования психосоматических расстройств. Начальные клинические проявления интоксикационных психосоматических расстройств носили в основном функциональный характер, а в последующем нарастала отчетливая клиника, включая невротоподобные и психоорганические расстройства



различной степени выраженности. Появлялись и прогрессировали изменения личности, мнестические и психосенсорные расстройства

С увеличением стажа работы с ОТХВ и особенностями вредных и опасных условий труда отмечалось расширение спектра и глубины психосоматических расстройств и нарастание тяжести непсихотических психических расстройств (НПР). На фоне развития недостаточности мозгового кровообращения формировалась энцефалопатия. Экзогенно-органические поражения центральной нервной системы (ЦНС) у работавших с ОТХВ проявлялись несколькими клиническими этапами: от донозологических состояний психосоматической дезадаптации до клинически очерченных нозологий и, наконец, органических изменений мозга в виде психоорганического синдрома различной степени выраженности. Рассматривая проблему интоксикаций в психосоматической медицине, необходимо учитывать основные факторы, формирующие психосоматические соотношения, и основные синдромы в рамках пограничной психиатрии. Важно выделять три основных направления формирования психосоматических соотношений при интоксикациях.

Рассматривая интоксикационные психические расстройства у лиц, работавших в экстремальных условиях (интоксикационные, соматопсихические и психосоматические соотношения), важно учитывать с одной стороны, вклад интоксикационного и психогенного в формировании полиморфной соматогенной и психогенной патологии, а с другой – обратное воздействие сформировавшейся соматической патологии на психическое состояние. Выделяя роль факторов условий труда в формировании интоксикационных НПР, необходимо принимать во внимание соматизацию психической патологии преимущественно по биологическим и психопатологическим механизмам.

Среди рассматриваемых факторов основным является интоксикационный, влияющий на психическое и соматическое состояние здоровья работавших во вредных и опасных условиях. При этом важно учитывать, с одной стороны, непосредственное влияние интоксикации на состояние центральной нервной системы (ЦНС), а с другой – на системную регуляцию соматических функций, изменяющих гомеостаз организма человека. Интоксикационные психические расстройства (экзогении) возникали в результате воздействия на ЦНС интоксикации, как органического фактора. При этом, в связи с воздействием на ЦНС тяжелого соматического заболевания, как последствий интоксикации, также очевидна роль органического фактора. В генезе и течении хронических соматических расстройств при интоксикациях основную пусковую роль играют триггерные механизмы ЦНС, а второстепенную психогенные влияния. Учитывая экстремальные условия труда (ОТХВ, высокое НПН и др.) формировался третий – соматический фактор, создающий условия для полиморфизма НПР.

При интоксикациях НПР играют более весомую роль, встраиваясь в нейрогуморальные механизмы системной регуляции функций, вовлекая в процесс центры вегетативной регуляции на нейродинамическом уровне и вызывая заболевания. Психовегетативные расстройства или соматоформные вегетативные дисфункции патогенетические тесно связаны с НПР.

Системный анализ интоксикационных НПР с психосоматическими расстройствами в настоящее время далек от завершения. Об этом свидетельствует анализ диагностических рубрик МКБ-10 раздела воздействия токсических химических веществ, классифицируемых в рубриках Т65 (острая интоксикация) и Т97 (хроническая профинтоксикация) и соматоформных расстройств. Данное обстоятельство показывает их внутреннюю противоречивость и возможность участия различных механизмов симптомообразования в формировании их полиморфной клинической картины.

## **ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ: СУИЦИДЫ В 2016-2020 ГОДАХ**

**Фрейзе В.В., Семенова Н.В.**

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

Санкт-Петербург

*Leningrad Region: Suicides in 2016-2020*

*Freize V.V., Semenova N.V.*

Целью исследования было выявление некоторых тенденций суицидального поведения жителей Ленинградской области, в результате проведения анализа данных о завершённых суицидах среди населения субъекта, попадающих под временной интервал: январь 2016 г. – август 2020 г.

Всего в исследование было включено 1372 случая завершённых суицидов, зафиксированных в Ленинградской области в период с января 2016 г. по август 2020 г. Из них 1127 самоубийств было

совершено мужчинами (82,1%) и 245 – женщинами (17,9%). Возраст суицидентов находился в диапазоне от 10 до 103 лет (значение среднего – 49,44, стандартное отклонение – 18,97).

Самым распространенным способом совершения суицида в исследуемый период в Ленинградской области было повешение (83,5%). Гораздо реже причиной самоубийств становились: падение с высоты (4,4%), применение огнестрельного оружия (4,4%), колото-резаная рана (4,0%), отравление (2,4%), утопление (0,6%), транспортная ЖД-травма (0,5%) и воздействие высокой температуры (0,1%).

Кроме того, в результате анализа была выявлена статистически значимая разница между обстоятельствами совершения самоубийства у мужчин и женщин. Так, мужчины чаще, чем женщины совершали самоубийство, находясь в состоянии алкогольного опьянения разной степени выраженности ( $p=0,0004$ ). Среди мужчин, совершивших суицид в Ленинградской области, у 51,6% в крови был обнаружен этиловый спирт, в то время как среди женщин аналогичный лабораторный анализ дал положительный результат в 34,7% случаев.

В соответствии с критериями определения степени выраженности алкогольной интоксикации, предложенными Прозоровским В.И., Карандаевым И.С. и Рубцовым А.Ф. в 1967, большинство суицидентов (37,2%) из числа тех, у кого в крови был обнаружен этиловый спирт, находились в состоянии алкогольного опьянения средней степени (от 1,5 до 2,4‰). В состоянии легкого опьянения (0,5-1,4‰) находились 34,2%, состояние 13,1% было определено как тяжелое отравление алкоголем, в результате которого, может наступить смерть (3,0-4,9‰). В состоянии сильного опьянения (2,5-2,9‰) находились 10,5%, еще 4,4% - были под незначительным влиянием алкоголя (0,3-0,4‰), а состояние 0,8% было расценено как смертельное отравление алкоголем (>5,0‰).

Представленные данные имеют скорее описательный характер. Для оценки влияния различных факторов на уровень и характер самоубийств в регионе необходимы дальнейшие исследования с более строгим дизайном.

## **АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЯДА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ ВИРУСА COVID-19 В САМАРЕ В 2020 ГОДУ**

**Царев С.А., Щербань А.В., Катин А.А., Царева И.С.**

Самарский областной клинический наркологический диспансер  
Самара

*ESTIMATION THE NUMBER OF MENTAL DISORDERS DURING THE COVID-19 PANDEMIC  
IN SAMARA IN 2020*

*Tsarev S.A., Shcherban A.V., Katin A.A., Tsareva I.S.*

Актуальность. Эпидемиологическая ситуация в 2020 году, связанная с пандемией вируса COVID-19 оказала большое влияние на все сферы жизни, затронув и медицинскую. Отдельного рассмотрения заслуживает влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье граждан. Распространение коронавирусной инфекции можно назвать психотравмирующей ситуацией, складывающейся из нескольких факторов – это страх опасности заражения инфекцией, экономические последствия эпидемии или угроза негативных последствий, изменения привычного уклада жизни, а также усиленное внимание СМИ к вопросу пандемии. В данном случае можно рассмотреть исследования, рассматривающие влияние подобных стрессовых факторов на психическое здоровье населения. К примеру, исследования последствий экономического кризиса в Греции в 2008 г. показали, что 60% опрошенных указывали на признаки ПТСР. Также высокий уровень признаков посттравматического стресса наблюдался после вспышки ТОРС у исследуемых медиков, где одним из наиболее стрессовых факторов для медицинского персонала являлся страх заразить близких, что можно предположить характерным и при пандемии COVID-19. Что же касается недавних исследований, направленных на изучение последствий пандемии коронавируса, то в исследовании N.Yao были получены данные о связи роста психологического дистресса, тревожности и депрессивности с длительностью просмотра новостных сообщений, что говорит о том, что усиленное информационное освещение событий в СМИ при определенном развитии событий может выступать триггером для развития и формирования психопатологических симптомов. Существуют данные исследований, свидетельствующие о росте тревоги и фобий в период начала пандемии. Также исследователи указывают на рост тревожных расстройств, фобические реакции, депрессию, ПТСР в качестве отсроченных социально- психологических последствий эпидемиологических угроз. Таким образом, можно предположить рост числа

психиатрических заболеваний, в особенности рост расстройств, связанных со стрессом (F40-48 по МКБ-10), а также депрессивного расстройства в период пандемии. Целью нашей работы является анализ динамики заболеваемости данных психических расстройств в Самаре в период и сравнения с данными прошлых лет. Способность населения справляться с такой сложной многофакторной стрессовой ситуацией зависит от личностных особенностей, социальных условий, изначального состояния как физического, так и психического здоровья, поэтому одной из планируемых задач исследования является изучение половозрастной структуры, социальных аспектов жизни пациентов, анализ возможных стрессовых факторов, повлиявших на развитие заболевания.

Материалы и методы исследования. В работе использованы материалы официальной статистической отчетности Самарского областного медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ) и Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Самарской области (Самарстат) за 2016 – 2020 годы. Информация из автоматизированной системы «Поликлиника», Самарской областной клинической психиатрической больницы (ГБУЗ «СОКПБ»), а именно динамика обращаемости пациентов к участковым врачам психиатрам, за указанные выше временные промежутки в Самаре, с диагнозами: F32.0 – F32.2 «Депрессивный эпизод различной степени тяжести»; F33.0 – F33.2 «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод различной степени тяжести»; F43.0 – «Острая реакция на стресс»; F43.1 – «Посттравматическое стрессовое расстройство»; F43.2 – «Расстройство приспособительных реакций». Анализ амбулаторных карт пациентов, обратившихся за первичной специализированной медико-санитарной помощью, с вышеуказанными диагнозами, в амбулаторные поликлинические отделения ГБУЗ «СОКПБ», с 2016-2020 годы. Ежегодные статистические отчетные формы №10 «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний связанных с употреблением психоактивных веществ)» №36 «Сведения о контингентах психически больных».

Результаты, обсуждение. В 2020 году был зарегистрирован рост числа обращений пациентов к врачам психиатрам в г. Самара по сравнению со средними значениями количества обращений за период 2016 – 2019 годы. С диагнозом: «Депрессивный эпизод (различной степени тяжести)»: с 19,5 обращений в год (2016 – 2019 г. г.) до 86 обращений в 2020 году (рост в 4,4 раза). С диагнозом: «Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод (различной степени тяжести)»: с 4-х обращений в год (2016 – 2019 г. г.) до 23-х обращений в 2020 году (рост в 5,8 раз). С диагнозом: «Острая реакция на стресс»: с 9-ти обращений в год (2016 – 2019 г. г.) до 19 обращений в 2020 году (рост в 2,1 раза). С диагнозом: «Посттравматическое стрессовое расстройство»: с 8,5 обращений в год (2016 – 2019 г. г.) до 13 обращений в год в 2020 году (рост в 1,5 раза). С диагнозом: «Расстройство приспособительных реакций»: со 127 обращения в год (2016 – 2019 г. г.) до 294 обращения в 2020 году (рост в 2,3 раза).

Таким образом, подтвердилась гипотеза о влиянии пандемии, как психотравмирующего фактора на рост обращаемости пациентов к врачам психиатрам с рядом психических расстройств.

## **ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 И НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИХ РАЗВИТИЯ**

**Цыганков Б.Д., Шелег Д.А., Пустынникова М.Ю., Петухова М.В.**

**ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России  
Москва**

***MENTAL DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC AND  
SOME MECHANISMS OF THEIR INDUCTION***

***Tsygankov B.D., Sheleg D.A., Pustynnikova M.Y., Petukhova M.V.***

Введение: Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) стала всё чаще рассматриваться в контексте ее связи с тревожно-депрессивными и другими психическими расстройствами. К началу 2022 года учеными разных стран были накоплены обширные данные, основанные как на единичных клинических случаях, так и на многоцентровых исследованиях, свидетельствующие о значительной роли пандемии коронавирусной инфекции в обострении существующих психических заболеваний, так и в манифестации новых расстройств.

Цель: Определить взаимосвязи COVID-19 с психическими заболеваниями путём поиска и анализ информации, содержащейся в медицинских базах данных и отчётах ПНД ЦФО.

Материалы и методы: были проанализированы более 90 статей из базы данных MEDLINE, 23 из которых вошли в обзор, а также отчёты психоневрологических диспансеров центрального федерального округа за 2019–2021 года.

Результаты и обсуждение: Инфодемия – масштабное распространение информации, так или иначе связанной с COVID-19, может служить почвой для манифестации или обострения тревожно-депрессивных, обсессивно-фобических, соматизированных и ипохондрических расстройств, панических атак. Непосредственная встреча с COVID-19 может приводить к ухудшению течения или развитию тревожно-депрессивных (до 80,9% опрошенных сообщили об обострении и до 42,4% – о впервые возникшем расстройстве в США и Канаде) и посттравматического стрессового расстройства (до 7% опрошенных сообщили о симптомах расстройства в Китае). Введение карантинных мер оказало негативное влияние на поведенческие расстройства с эксплозивно-агрессивными формами поведения: алкогольную зависимость (рост до 29% в 2020 году по сравнению с 2019 годом в США) и применение насилия в семье (рост до 300% в 2020 году по сравнению с 2019 годом в Канаде и Китае).

COVID-19 потенцирует развитие новых и обострение уже существующих психических расстройств не только за счёт сложившейся вокруг него психо-социальной обстановки, но и непосредственно при заражении. У пациентов, перенесших COVID-19, за период в 6 месяцев после заболевания деменция развивается примерно в 2,3 раза чаще, а тревожно-депрессивные расстройства – в 1,2 раза чаще, чем у пациентов, переболевших гриппом или другой респираторной инфекцией. Кроме того, у пациентов, перенесших COVID-19 без сопутствующей психической патологии до инфицирования, была выявлена в общей сложности повышенная экспрессия 171 гена, характерного для пациентов, страдающих такими психоневрологическими расстройствами, как алкогольная зависимость, аутизм, биполярное расстройство, депрессия, паническое расстройство и шизофрения.

COVID-19 особенно опасен для лиц, страдающих психическими расстройствами. Больные коронавирусной инфекцией и шизофренией демонстрировали до 4,36 раз большую смертность по сравнению с пациентами без психических расстройств в США. По данным отчётов ПНД в ЦФО у больных шизофренией смертность от респираторных заболеваний увеличилась на 226% в 2020 году по сравнению с 2019 годом.

Лечение больных психическим расстройством и COVID-19 сопряжено с риском лекарственных взаимодействий. Применение нейролептиков увеличивает риск респираторных и сердечно-сосудистых событий, риск инфицирования, нарушений коагуляции и развития делирия. Применение антидепрессантов больными COVID-19 может увеличивать риск сердечно-сосудистых событий, нарушений коагуляции и делирия. Риск и серьёзность фармакокинетических и фармакодинамических взаимодействий между лекарствами от COVID-19 и психотропными препаратами следует оценивать с учетом других коморбидных состояний. Необходимо помнить о возможности ингибирования ферментов CYP450 при вирусных и бактериальных инфекциях.

На основании анализа эпидемиологической обстановки в других странах, коллектив кафедры Психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова подготовил и опубликовал в марте 2020 года рекомендации по организации системы психиатрической помощи. В период пандемии необходимо обеспечить максимальную вакцинацию сотрудников психиатрических учреждений. Каждая психиатрическая больница должна располагать резервным коечным фондом для создания карантинных, наблюдательных и инфекционных отделений, достаточным количеством тестов, лекарственных препаратов и средств индивидуальной защиты. На период пандемии необходимо создать санатории для пациентов, которые в связи со своими личностными и поведенческими расстройствами не в состоянии соблюдать санитарно-эпидемиологический режим. Необходимо привлечение технологий телемедицины для консультирования амбулаторных больных с целью минимизации риска инфицирования. Необходимо создание сменного бригадного графика работы медицинского и немедицинского персонала с двухнедельными сменами и допуском к работе после тестирования на COVID-19.

Выводы: Пандемия COVID-19 повлекла за собой всплеск невротических (панические атаки, обсессивно-фобические расстройства, соматизированные и ипохондрические расстройства, тревожно-депрессивные расстройства, посттравматические стрессовые расстройства) и психотических расстройств (острая паранойя, острый параноид, делириозные расстройства, аментивоподобные расстройства, инкогеренция мышления) в том числе из-за влияния инфодемии и активации экспрессии генов, связанных с психическими расстройствами. В результате пандемии увеличилась смертность среди больных, страдающих психическими расстройствами (шизофрения и деменция).

## ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА ПРИ ДЕМЕНЦИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф., Зокиров М.М., Поянов У.Т.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент

*FEATURES OF AFFECTIVE SPECTRUM DISORDERS IN LATE LIFE DEMENTIA*

*Shadmanova L.Sh., Yadgarova N.F., Zokirov M.M., Poyanov U.T.*

Сосудистая деменция (слабоумие), наряду с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, относится к числу главных медико-социальных проблем современного общества. Это обусловлено неуклонным ростом численности старших возрастных групп населения, подверженных наибольшему риску данного заболевания; особой тяжестью медико-социальных последствий (тяжелая инвалидизация пациентов); вынужденным оставлением работы лицами трудоспособного возраста в связи с необходимостью ухода за этими больными. В таких условиях проблема своевременной диагностики и эффективного лечения деменций для отечественной медицины является особо актуальной.

Целью данной работы является выявление клинико – психопатологических показателей депрессивных расстройств у больных с сосудистой деменцией.

Материалы и методы исследования: Настоящее исследование проводилось в ГПНД 2 г. Ташкента. Всего количество обследованных пациентов с деменцией позднего возраста с депрессивными расстройствами различного генеза составило: 22 человека (мужчин – 13 и женщин – 9). Средний возраст исследованных больных  $61,3 \pm 7,6$  лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический. Критериями отбора являлись: 1) депрессивные расстройства у лиц с деменцией позднего возраста; 2) реальная угроза последствий депрессивных расстройств для здоровья, жизни пациентов, необходимость оказания им специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи.

По нозологической принадлежности по Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ–Х) пациенты распределились следующим образом (основная группа):

- пациенты с диагнозом «Сосудистая деменция с острым началом» (F. 01.0) по МКБ –Х (65 пациентов);
- пациенты с диагнозом «Смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция » (F. 01.3) по МКБ –Х (7 обследуемых).

Интеллектуальный дефект при сосудистой деменции – это одновременное (комплексное) расстройство нескольких когнитивных (познавательных) функций, таких как память, внимание, речь, праксис, гнозис или более тонких функций, как, например, способность планировать, принимать решения, контролировать свои действия.

При развитии сосудистой деменции, в связи с дегенеративными процессами в тканях головного мозга, эти способности утрачиваются. Сосудистые поражения головного мозга являются одной из частых причин когнитивных нарушений. Согласно результатам Всероссийского эпидемиологического исследования, распространенность когнитивных нарушений составляет до 25% у пожилых лиц, приходящих на прием к неврологу.

Ослабление памяти при развитии сосудистой деменции имеет свои закономерности. Наряду с вышеописанными феноменами интеллектуально мнестических дисфункций у данной категории пациентов отмечается и спектр достаточно выраженных аффективных нарушений. В частности, речь идет о достаточно выраженных депрессиях психотического регистра.

По синдромальной структуре клинических показателей аффективные нарушения у исследованных больных были распределены следующим образом: тревожно-депрессивный тип (42,8%), апато-анергический тип (39,5%), ипохондрический тип (17,7%).

По степени тяжести депрессивного состояния (по данным клинической шкалы депрессии и тревоги М. Гамильтона), в количественном соотношении у больных с деменцией преобладали тревожно-депрессивные расстройства среднетяжелой степени выраженности (53,3%). В меньшей степени это касалось тяжелой (24,8%) и легкой степени выраженности аффективных расстройств (21,9%).

Выводы: таким образом, при исследовании больных сосудистой деменцией в структуре аффективных расстройств преобладала тревожно-депрессивная симптоматика. А по степени тяжести депрессии показатели среднетяжелого течения заболевания.

## ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Шендеров К.В., Васильева А.И.

ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта»

Калининград

*DEPARTMENT OF INTENSIVE PSYCHIATRIC CARE: FEATURES OF THE CONTINGENT, THE  
EFFECTIVENESS OF COMPLEX THERAPY*

*Shenderov K.V., Vasilieva A.I.*

Если XIX столетие было эрой становления госпитальной психиатрии, то XX век характеризовался созданием внебольничной психиатрии с развитием сети стационарозамещающих форм помощи, важное место среди которых заняли дневные стационары [1].

В начале XXI века в отечественной психиатрии с учетом развития биопсихосоциального подхода [2] и новым требованиям к роли врача [3] при оказании помощи бригадой специалистов, возрастает значимость внебольничной психиатрии, в том числе, дневных стационаров. В РФ в 2019 г. число мест дневных стационаров составляло 21336, возросло с 2017 года на 910 мест, или на 4,4%, относительно 2018 г. – на 160 мест, или на 0,7%. Принятие порядков оказания психиатрической помощи допускает открытие не только дневных стационаров (ДС), но и медико-реабилитационных отделений (МРО), а также отделений интенсивного оказания психиатрической помощи (ОИОПП).

При этом контингент и эффективность относительно новых форм оказания психиатрической помощи нуждается в дополнительном изучении [4, 5].

Цель исследования: определить клинико-социальные особенности контингента, а также оценить эффективность комплексной полипрофессиональной терапии в условиях ОИОПП (на примере больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра).

Материалы и методы: исследование проводилось на базе ОИОПП филиала №1 ГБУЗ г. Москвы «ПКБ №3 им. В.А.Гиляровского ДЗМ».

Всего в ОИОПП (рассчитано на 30 пациенто-мест) за первое полугодие после его открытия (с 20 июня по 31 декабря 2013 года) поступило 164 больных. Наибольшая доля (49,39%) в структуре поступлений в ОИОПП приходилась на группу пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра F20-F29 (73 человека: 37 мужчин и 36 женщин, всего 81 поступление, включая 8 повторных). Данная группа проанализирована с клинико-социальных позиций. На основе полученных данных с учетом сформулированы потребности в основных формах психосоциальных вмешательств.

Осуществлялось комплексное (психофармакотерапия и психосоциальное вмешательство) полипрофессиональное лечение всех пациентов шизофренического спектра, поступавших на терапию в ОИОПП. Проведены анализ полученных результатов и оценка эффективности данного подхода.

Основные критерии для направления в ОИОПП: частота госпитализаций 2 и более раза за последний год, а также обострение симптоматики, требующее активизации терапии при условии отсутствия показаний к обязательной госпитализации в психиатрический стационар (хотя до организации ОИОПП госпитализация обычно осуществлялась).

Поступления больных шизофренического круга в ОИОПП (суммарно 81 за полугодие) были связаны преимущественно с обострением галлюцинаторно-бредовой структуры в 37,04% случаев (30 поступлений); с затяжными, резистентными к предыдущей терапии депрессивными и тревожно-депрессивными расстройствами – в 17,28% поступлений (14 чел.); с аффективно-бредовой симптоматикой – в 13,58% случаев (11 чел.); с неврозоподобными, психопатоподобными явлениями, резистентными к предшествующему лечению – в 11,11% (9 поступлений); в шестислучаях (7,41%) – с выраженными симптомами нейролепсии; дважды поступал больной с бредовой деперсонализацией (2,47%); в остальных девяти поступлениях (11,11%) продуктивная симптоматика определялась большей долей полиморфизма.

Средняя дозировка нейролептиков (в хлорпромазиновом эквиваленте) на момент выписки из отделения для данной группы больных составляла 499,31±331,56. Инъекционные пролонгированные формы нейролептиков использовались в 50,62% поступлений.

В период лечения в ОИОПП проводилась групповая и индивидуальная психосоциальная работа по психообразовательному методике; обучение совладанию с остаточными болезненными проявлениями; тренинг коммуникационных навыков; индивидуальное семейное вмешательство.

Период катанестического наблюдения составлял в среднем 122,93±71,64 дня.

Результаты исследования. Большинство больных являлись инвалидами по психическому расстройству (74%). В отличие от контингента ДС (данные ПНД №14 г. Москвы за 2005 год), пациенты ОИОПП отличались более тяжелым течением заболевания и худшими показателями социального статуса и функционирования. В частности, отмечена большая доля пациентов ОИОПП с непрерывным течением (41,10% общей выборки против 20,0% в ДС,  $p \leq 0,001$ ). Нарушение комплаенса отмечено у 89,04% больных (53,10% в ДС ПНД №14,  $p \leq 0,001$ ).

Пациенты ОИОПП (сравнение с ДС) с большей вероятностью имели дефицит навыков самообслуживания (72,60% и 51,72%,  $p \leq 0,01$ ), а также конфликтные отношения с родственниками (64,38% и 38,62%,  $p \leq 0,001$ ). Состояли в браке лишь 16% пациентов.

Пациенты ОИОПП за предшествующий пятилетний период чаще (в сравнении с контингентом ДС) поступали в психиатрические больницы (ПБ). Так, 5 и более раз за 5 лет поступали в ПБ 45,21% изучаемого контингента ОИОПП (в ДС – 8,27%,  $p \leq 0,001$ ). Совсем не поступали в больницу лишь 10,96% больных ОИОПП против 46,90% дневного стационара ( $p \leq 0,001$ ).

Таким образом, во внебольничных условиях сформировалась особая группа больных с F20-F29, которая до открытия ОИОПП ввиду тяжести заболевания, клинико-социальных особенностей преимущественно получала помощь в условиях ПБ.

Для контингента ОИОПП характерны: дефицит комплаенса (90% больных); неблагоприятное течение расстройства (преобладание непрерывного типа течения, частые госпитализации); особенности микросоциального окружения и межличностного взаимодействия, в частности, конфликтные отношения с близкими; дефицит навыков самообслуживания и независимого проживания; значительные профессиональные потери.

Эффективность комплексного вмешательства

Число госпитализаций в краткосрочном катамнезе (в среднем  $122,93 \pm 71,64$  дня после выписки из ОИОПП) уменьшилось в 3 раза ( $p \leq 0,001$ ), с 44 до 15 госпитализаций на группу. Также в три раза снизилась средняя длительность стационарного лечения до и после вмешательства (с 1424 до 493-х дней на группу).

При этом, если до поступления в ОИОПП больные преимущественно получали терапию в круглосуточном стационаре (среднее число поступлений в больницу на пациента составляло  $0,60 \pm 0,78$  раз против  $0,15 \pm 0,40$  поступлений в ДС,  $p \leq 0,001$ ), то в катамнестический период больные с наибольшей вероятностью лечились в полустационарах подразделениях ( $0,22 \pm 0,53$  – в ПБ против  $0,48 \pm 0,63$  – в условия полустационара,  $p \leq 0,01$ ).

Улучшился комплаенс, в катамнезе уже 70% больных регулярно принимали лечение и посещали врача. Двое больных трудоустроились.

Таким образом, во внебольничных условиях сформировалась особая группа больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра (F20-F29), с неблагоприятным течением расстройства, низким комплаенсом, частыми госпитализациями, высоким уровнем социальных потерь. Применение комплексного полипрофессионального подхода в ОИОПП позволяет улучшить социальное функционирование этих больных, показатели соблюдения режима терапии, сократить число и длительность последующих госпитализаций.

## ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шин З.В.

Городская клиническая психиатрическая больница  
Ташкент

RESEARCH OF SOCIO-COGNITIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Shin Z.V.

Введение. Шизофрения – это хроническое прогрессирующее заболевание с нарушением психических процессов: мышления, восприятия, ощущений и др., что в следствие, приводит к расщеплению личности пациента. В зарубежных исследованиях к термину о нарушении «social cognition» при шизофрении относят нарушения социальных перцепций. Говоря о понимании социального интеллекта необходимо изучать комплексно эмоциональ-мотивационные составляющие. Опираясь на вышеуказанное, можно

сделать вывод о неразрывности и единстве интеллекта и аффекта. Таким образом, для полного изучения социально когнитивных нарушений необходимо подходить комплексно.

Целью исследования, стало исследование влияние социально-когнитивных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией.

Материалы и методы. Для сопоставления нарушений познавательной сферы с данными здоровой популяции была исследована контрольная группа, близкая по возрасту и идентичная по половому составу. В основную группу настоящего исследования были взяты пациенты, больные шизофренией, проходящие амбулаторное лечение в условиях городской клинической психиатрической больницы города Ташкента; всего 84 человека (средний возраст 36 лет). Критериями включения в основную группу являлся установленный диагноз «Шизофрения параноидная» (F20.0 по МКБ-10). В настоящем исследовании использовались следующие методики. 1. Для оценки психопатологической симптоматики использовались анамнестический метод, клинико-психопатологическая оценка больного врачом-психиатром, Шкала NSA. 2. Для нейропсихологической оценки Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS).

Результаты и обсуждения. Анализ данных настоящего исследования показал, что по клиническим шкалам NSA показатели являются высокими, но обычными для больных на этапе становления ремиссии. Полученные данные сравнивались с результатами в группе нормы, но поскольку у психически здоровых лиц значение большинства шкал не вышло за пределы 0 или 0,5, то различия по всем показателям являются значимыми ( $p < 0,05$  по t-критерию Стьюдента. Мы сравнивали представленность в процентах возрастных рангов в нормативной популяции и у больных шизофренией в нашем исследовании. При этом наиболее активный возраст – от 20 до 50 лет – в группе здоровых составляет 60,79%, а у больных в нашем исследовании суммарная представленность этих рангов – 60%. Эти данные дают нам основание использовать нормативные показатели здоровых людей в качестве контрольных. Дополнительный факт – единая территориальная единица нормированной популяции и больных. На данном этапе эксперимента выявлено снижение показателей когнитивных характеристик клинической группы по сравнению со здоровыми испытуемыми. При этом статистически значимым оказалось снижение у больных показателей выполнения шкал: Слухоречевая память – на 13,5% ( $p=0,042165$ ), Моторные навыки – на 22,5% ( $p=0,000728$ ) и «Башня Лондона» – на 25% ( $p=0,020942$ ). Мы считали рациональным прежде всего разделить больных на группы в зависимости от общего уровня выраженности негативной симптоматики. Для этой оценки была использована укороченная версия Шкалы оценки негативных симптомов (NSA), предназначенная для быстрой клинической оценки (Stahl S., 2007). Нами были выделены следующие значения этого показателя и группы больных: 1-я группа – снижение или нерезко выраженное снижение в эмоционально-волевой сфере (значения  $\leq 18-24$ ), 2-я группа – нормальные показатели (значения  $\geq 4-6$ ). Показатели 2 группы были отмечены как входящие в пределы нормы, а показатели 1 группы – как результаты со снижением эмоционально-волевой сферы. Таким образом, количество испытуемых 1-й группы составило 84 пациента, 2-й – 36 человек. Анализ соотношения между показателями испытуемых и каждой шкалой BACS в отдельности показал статистически значимые различия между показателями шкалы NSA ( $U=99,5$  при  $p \leq 0,001$ ) методики краткой оценки когнитивных функций при шизофрении.

Проанализируем выявленные при нейропсихологическом тестировании нарушения, особое внимание уделив тем показателям, значение которых может быть приоритетным для затруднения деятельности социального познания. Наиболее сложными для больных заданиями стали пробы на слухоречевую память, зрительное запоминание, акустический невербальный гнозис, кинетический праксис, вербальное мышление (для этих показателей получен средний по группе балл от 1,2 до 1,8). Особо необходимо подчеркнуть повышение при нейропсихологическом тестировании оценки по параметрам произвольной регуляции нейродинамических параметров деятельности (средне взвешенное значение  $1,37 \pm 0,67$  и  $1,23 \pm 0,43$  балла, соответственно), что с учетом организации самой шкалы свидетельствует о заметном ухудшении указанных характеристик деятельности больных.

На следующем этапе анализа данных был проведен корреляционный анализ (с подсчетом ранговых корреляций по Спирмену) для показателей нейрокогнитивного дефицита, клинического состояния больных, а также нарушений социального интеллекта.

Показатель коррелирует с показателями шкал негативных, позитивных и общепатологических симптомов, а также суммарным баллом по NSA, с уровнем значимости  $p < 0,05$  или  $p < 0,01$ . Показатель понимания рассказов, входящий в более общий показатель, характеризующий мышление больных, оказался также связан не высокой, но значимой корреляционной связью с параметрами клиническими- «Шкалой негативной симптоматики» NSA ( $r = 0,05$  при  $p < 0,05$ ), «Шкалой общепатологической



симптоматик» NSA ( $r = 0,44$  при  $p < 0,05$ ). Эффективность выполнения субтеста 1 ухудшается параллельно со снижением результативности отсроченного произвольного воспроизведения предложений ( $r = 0,46$  при  $p < 0,05$ ), рассказов ( $r = 0,52$  при  $p < 0,01$ ), воспроизведением ритмических структур ( $r = -0,48$  при  $p < 0,01$ ).

Заключение. Таким образом, интерпретируя полученный результат, можно утверждать, что основой эффективного осуществления любой сложной познавательной деятельности, обязательным ее элементом, являются сохранная способность к произвольной организации и регуляции; в терминологии зарубежных исследователей это было бы определено как «исполнительские функции» (executive functions). Если у пациента с шизофренией нарастают дефекты волевой сферы (с превалированием апато-абулических симптомов), высоковероятно разрушение сложной деятельности за счет пресыщаемости, неустойчивой целенаправленности при ее выполнении; и такие нарушения будут затрагивать как социальное, так и несоциальное познания. Данные исследования свидетельствуют пользу предположения о нарастании степени выраженности проявлений нейрокогнитивного дефицита по мере усиления клинического неблагополучия больных. То есть для понимания нарушений деятельности социального познания при шизофрении наиболее важны не любые проявления нейрокогнитивного дефицита, но параметры, связанных с произвольной регуляцией деятельности, с планированием и выполнением мыслительных операций, с возможностью осуществления рефлексивной регуляции любой деятельности.

## Оглавление

<b>ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ</b> .....	<b>2</b>
ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ Бочарова И.А., Злоказова М.В.....	2
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА Васильченко К.Ф., Леонова А.В.....	3
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ Васянина Ю.Ш., Мальфина И.Ю., Горбунова З.Х., Северина О.С., Чернова А.А. ....	4
ОСОБЕННОСТИ СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ Волова Т.Л., Шельгин К.В.....	6
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В СРЕДЕ ПОДРАСТАЮЩЕГО ПОКОЛЕНИЯ С УЧЕТОМ УСЛОВИЙ ВОСПИТАНИЯ Волох Е.В., Копытов А.В., Павлов К.И., Гиндюк А.В. ....	7
ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА Гречаный С.В. ....	9
БУЛЛИНГ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Добряков И.В., Фесенко Ю.А. ....	10
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ, ИМЕЮЩИМ РИСК РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НА ОСНОВЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Злоказова М.В., Семакина Н.В. ....	12
ДОНОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АСОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Копытов А.В., Волох Е.В., Павлов К.И., Гиндюк А.В.....	13
АНАЛИЗ ЭКСПЕРТНОЙ ПРАКТИКИ ПО ВОПРОСАМ ОБ ОПРЕДЕЛЕНИИ МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА РЕБЕНКА Масякин А.В., Харитonenкова Е.Ю.....	15
ИССЛЕДОВАНИЕ АУТОАГРЕССИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У МАЛЬЧИКОВ-ПОДРОСТКОВ Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. ....	16
КЛИНИКО-НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА Пустовая А.В., Челышева Л.В., Шушпанова О.В., Гуткевич Е.В.....	18
КИБЕРБУЛЛИНГ В ПОДРОСТКОВОЙ СРЕДЕ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ, МЕТОДЫ КИБЕРВИКТИМИЗАЦИИ Семенова Н.Б.....	20
БУЛЛИНГ У ПОДРОСТКОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ РОЛИ, СПОСОБЫ ТРАВЛИ Семенова Н.Б. ....	21
НАРУШЕНИЯ ПРАКСИСА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА ШИЗОФРЕНИИ Сергиенко А.А. ...	22
ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К., Бабарахимова С.Б.....	23
КЛИНИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АУТИСТИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ДЕТЕЙ 4-9 ЛЕТ С РАННИМ ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И АУТИСТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ В СТРУКТУРЕ ИНЫХ НАРУШЕНИЙ ДЕТСКОГО РАЗВИТИЯ Фесенко Ю.А., Бычковский Д.А.....	25
ДЕПРЕССИЯ В ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ: СЛОЖНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ, ОГРАНИЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ Шайдукова Л.К.....	27
ОТНОШЕНИЕ ПОДРОСТКОВ К ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И СТЕРЕОТИПЫ Шевалдов М.М., Сидорова М.В., Гаврилина О.В. ....	27
<b>МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ</b> .....	<b>29</b>
СТРАТЕГИЯ ПРЕОДОЛЕНИЯ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ЛЕЧЕБНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Баранская Л.Т., Чечкина Е.В., Серкин Е.О. ....	29
ВЗАИМОСВЯЗЬ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФИЗИЧЕСКИХ УПРАЖНЕНИЙ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ Бойко Е.О., Зайцева О.Г., Ложникова Л.Е., Стрижев В.А. ....	31
ОЦЕНКА ДОСТУПНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Бузин В.Н., Бузина Т.С. ....	32
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Бузина Т.С. ....	34

ВЫРАЖЕННОСТЬ АЛЕКСИТИМИИ КАК ФАКТОР НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ Виндорф С.А. ....	35
СВЯЗЬ СЕМЕЙНЫХ ФАКТОРОВ И СИМПТОМОВ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Воликова С.В., Довженко Т.В., Москачева М.А., Юдеева Т.Ю. ....	36
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С НОРМАЛЬНО ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И С АНЕМИЕЙ В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ COVID-19 Воробьева Е.В., Филатова А.В. ....	38
АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ Гаранина М.М., Пирогов Д.Г. ....	39
ПРОБЛЕМА НАРУШЕНИЯ САМОРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЧНОСТЕЙ С ЗАВИСИМОСТЯМИ В СВЕТЕ ТЕОРИИ СЕМЕЙНЫХ СИСТЕМ МЮРРЕЯ БОУЭНА Гаюрова Ю.А. ....	40
ОСОБЕННОСТИ АНОЗОГНОЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ Грановская Е.А. (1), Бочаров В.В. (1,2), Рыбакова Ю.В. (2), Илюк Р.Д. (2) ....	42
ЖИЗНЕННЫЕ СЦЕНАРИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, СОВЕРШИВШИХ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫЕ ДЕЯНИЯ Гребень Н.Ф., Агеенкова Е.К. ....	43
КРАТКОСРОЧНАЯ ГРУППОВАЯ ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ Громова Н.В., Подоляк М.В., Докукина Т.В. ....	45
ФАКТОРЫ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ С ПРОЯВЛЕНИЕМ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ, У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ Гуськова О.А., Ахметьянов М.А., Ярославская Е.И., Кичерова О.А., Петелина Т.И. ....	46
ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, В УСЛОВИЯХ COVID-19 Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н. ....	47
СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ Зайцева Д.В. ....	49
КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ЗАЧАТЫХ ПУТЕМ ЭКО (МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД) Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В., Зозуля С.А., Даллада Н.В., Симашкова Н.В. ....	51
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ В XX-XXI: МОСКОВСКАЯ ШКОЛА Зверева Н.В., Рощина И.Ф. ....	53
АПРОБАЦИЯ РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ СКРИНИНГОВОЙ ШКАЛЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРЕВОГИ (PERINATAL ANXIETY SCREENING SCALE - PASS-R) Коргожа М.А., Евмененко А.О. ....	54
МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ДРУГИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ Копылова О.В., Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. ....	56
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК НЕМЕДИЦИНСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ И КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА ВОЗДЕЙСТВИЯ Коротина О.В. ....	56
СИНДРОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ Кунафина Е.Р., Гильмиярова М.Н. ....	58
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕРМИНОЛОГИИ, РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ПРОБЛЕМНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННО-КОММУНИКАЦИОННЫХ СЕТЕЙ В РОССИИ Лановая А.М. ....	59
ПРИМЕНЕНИЕ АРТ-ТЕРАПИИ В ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ САМООТНОШЕНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Ларионова Е.А., Васильева Т.М., Савченко Л.А. ....	61
АФФЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С НЕВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ И АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ Мелёхин А.И. ....	63
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В ПСИХОКОРРЕКЦИИ АДДИКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Нартова Т.В., Николаева А.А., Каймакова В.А. ....	66
ЛИЧНОСТНАЯ ИДЕНТИЧНОСТЬ У ЛИЦ С РАННИМИ СИМПТОМАМИ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Пичиков А.А., Баева Ю.А., Попов Ю.В. ....	68
РУМИНАЦИИ КАК МИШЕНЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТУДЕНЧЕСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ Пуговкина О.Д., Обернихина А.Ю. ....	70
ПРИНЦИПЫ НЕНАПРАВЛЕННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОГРАММЕ КОГНИТИВНОЙ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ (CST) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ Рощина И.Ф., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И. ....	71

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ И СОЦИАЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ У БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ Руденко С.Л.	72
МЕТОД КОГНИТИВНОГО ТРЕНИНГА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА Рыжова И.А.	74
СПЕЦИФИКА НАРУШЕНИЙ МНЕСТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПРАВОМ (СУБДОМИНАНТНОМ) ПОЛУШАРИИ Селькин М.Д., Исаева Е.Р., Гуреева И.Л., Гомзякова Н.А., Голиков К.В.	75
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДИКИ «ОПРОСНИК ВНУТРЕННЕЙ МОТИВАЦИИ – ИССЛЕДОВАНИЕ ШИЗОФРЕНИИ» (IMI-SR) ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОЦЕССА ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ Семенова Н.Д.	77
ПСИХОЛОГИЯ АСТЕНИИ Соловьева С. Л.	78
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ Сирота Н.А., Копылова О.В., Ялтонский В.М., Ялтонская А.В.	79
ЗНАЧЕНИЕ ДЕФЕКТА В ДИНАМИКЕ КОГНИТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ ЭСТ Твердохлебова А.М., Бочаров В.В., Масловский С.Ю., Иванов М.В., Козловский С.Л.	80
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ В СПИНЕ Тихонова А.С., Котельникова А.В., Кукшина А.А.	82
ОСОБЕННОСТИ «Я-КОНЦЕПЦИИ», КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И МЕХАНИЗМОВ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У НАРКОЗАВИСИМЫХ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ Ткачева Д.Е., Васильева Т.М., Савченко Л.А.	83
ДИСТРЕСС И ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН В НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Фадеева Е.В. (1), Вышинский К.В. (1), Зелтынь Т.В. (1), Асанкина А.С. (2), Долгушин М.В. (2), Усачева Н.М. (3)	84
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ ПОД АКТИВНЫМ ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДОВ АРТ-ТЕРАПИИ Фролова А.Ю., Васильева Т.М., Петрова Г.В.	86
ПРОСТРАНСТВЕННЫЙ ГНОЗИС И ВОСПРИЯТИЕ РИТМОВ ЛЕВОРУКИМИ ДЕТЬМИ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Шалина О.С., Савчук М.М.	88
ВОСПРИЯТИЕ ВРЕМЕННЫХ ИНТЕРВАЛОВ В РАЗНОЙ МОДАЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ИЗОЛЯЦИИ (НА МОДЕЛЯХ ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И РАБОТЫ В ДЛИТЕЛЬНЫХ ИЗОЛЯЦИОННЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ) Шалина О.С., Скрипник К.Д.	90
ИССЛЕДОВАНИЕ КОПИНГ СТРАТЕГИЙ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Шамирзаева Х.Б., Матвеева А.А.	92
ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА НА ВЕКТОР СЛУХОРЕЧЕВОЙ ЛАТЕРАЛЬНОСТИ ПРИ АФАЗИИ В ЗАДАЧЕ ДИХОТИЧЕСКОГО ПРОСЛУШИВАНИЯ ОДНОСЛОЖНЫХ СЛОВ Шипкова К.М.	93
ВЗАИМОСВЯЗЬ «БРЕМЕНИ СЕМЬИ» И ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ, ОПЕКАЮЩИХ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО КРУГА Шишкова А.М. (1), Бочаров В.В. (1,2), Твердохлебова А.М. (1,2), Брылев М.А. (1)	94
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОПЕРАЦИЮ НА КОСТЯХ ТАЗА Щелкова О.Ю., Исурина Г.Л., Усманова Е.Б., Сушенцов Е.А., Софронов Д.И.	96
РАЗРАБОТКА РУССКОЯЗЫЧНОЙ ВЕРСИИ ОПРОСНИКА «УТОМЛЕНИЕ» ДЛЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Яковлева М.В., Софронов Д.И.	97
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ: XIX ВЕК И СОВРЕМЕННОСТЬ Якунина О.Н., Михайлов В.А.	99
АДДИКТИВНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ У ЛИЦ С НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОГО РЕГИОНА Ян Е.Р., Гуткевич Е.В.	100
<b>НАРКОЛОГИЯ</b>	<b>102</b>
ЗАВИСИМОСТЬ ОТ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ И ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ Абдрахманова А.Е., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.	102
ДИНАМИКА ДЕТЕКЦИИ НАРКОТИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ ЗА 2013 – 2021 ГГ. НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН Асадуллин А.Р., Ефремов И.С., Галеева Е.Х., Николаев И.В.	104

ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРЕВОГИ И НАРУШЕНИЯ СНА В ОТСУТСТВИИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Астапович Е.О., Березина А.А., Рыбакова К.В., Гончаров О.В., Крупицкий Е.М.....	106
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ С СИМПТОМАМИ СДВГ Ахметова Э.А.....	107
ПОДРОСТКОВАЯ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АЛКОГОЛЮ: ОСОБЕННОСТИ И ТЕНДЕНЦИИ В Г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ Бабушкина Е.И., Сиденкова А.П. ....	108
ПРИМЕНЕНИЕ ПАРЦИАЛЬНЫХ НИКОТИНОВЫХ АГОНИСТОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ И ВИЧ Блохина Е.А., Ярославцева Т.С., Ветрова М.В., Бушара Н.М., Палаткин В.Я., Васильева Ж.В., Ченг Д.М., Тиндл Х., Фрайберг М., Крупицкий Е.М.....	110
СОЧЕТАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19 В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2020 Г. Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Вышинский К.В. ....	111
УПОТРЕБЛЕНИЕ НАРКОТИКОВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ В РОССИИ В 2020 Г. ПО ДАННЫМ ОПРОСА ПСИХИАТРОВ-НАРКОЛОГОВ Бобков Е.Н., Киржанова В.В., Савина К.Д., Щербинина Е.А. ....	113
МАСШТАБ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КУРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА И ИЗУЧЕНИЕ ТИПОВ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Богданов С.И.....	114
РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ УСТРОЙСТВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ УДАЛЕННЫЙ СЕТЕВОЙ ДОСТУП, СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА Богданов С.И. ....	116
ПРОБЛЕМА КОМОРБИДНОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Серазетдинова Л.Г., Московцева О.Р.....	117
ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ КАТЕХОЛАМИНОВ В АЛКОГОЛЬНОЙ АДДИКЦИИ: ОПТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ Будыгин Е.А.....	119
ЗНАЧЕНИЕ СНИЖЕНИЯ МАСШТАБА НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ЦЕЛЯХ ПРОФИЛАКТИКИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Бузык О.Ж., Кордубан В.В., Агibalова Т.В.....	121
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ Бузина Т.С., Корень С.В., Должанская Н.А., Зайцева Ю.А., Гаряев Д.В. ....	122
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРИВЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В ВИЧ СЛУЖБУ Бушара Н.М., Блохина Е.А., Ветрова М.В., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я., Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.....	123
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕМИССИЕЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Ветлугина Т.П. (1), Прокопьева В.Д. (1), Никитина В.Б. (1), Лобачева О.А. (1), Мандель А.И. (1), Аржаник М.Б. (2), Кисель Н.И. (1), Бохан Н.А. (1).....	125
ПОИСК БАРЬЕРОВ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ НАЛТРЕКСОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ И СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ Ветрова М.В., Блохина Е.А., Ченг Д.М., Труонг В., Квинн Э.К., Гнатенко Н., Самет Дж., Бушара Н.М., Ярославцева Т.С., Палаткин В.Я., Васильева Ж.В., Тюсова О.В., Лиознов Д.А., Крупицкий Е.М. ....	126
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СУДОРОЖНЫМ СИНДРОМОМ Винникова М.А., Комаров С.Д., Комарова А.П.....	127
СИМПТОМЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ Гречаный С.В., Ильичев А.Б. ....	129
ТРУДОВАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В УСЛОВИЯХ ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЫ Григорьева И.В., Гамова А.В.....	130
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ, КЛИНИЧЕСКИХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЗАВИСИМЫХ ОТ СТИМУЛЯТОРОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ МОТИВАЦИИ К ЛЕЧЕНИЮ Громыко Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Илюк Р.Д. ....	132
БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И ПРЕДИКТОРЫ МОТИВАЦИИ К ИЗМЕНЕНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИОИДОВ Громыко Д.И., Нечаева А.И., Ерофеева Н.А., Киселев А.С., Крупицкий Е.М., Илюк Р.Д.....	134
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИЙ В НАРКОЛОГИИ Должанская Н.А. ....	135
COVID-19 И ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЗАВИСИМОСТИ Егоров А.Ю.....	136

ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА CYP2C19*17 НА РАВНОВЕСНУЮ КОНЦЕНТРАЦИЮ ЭСЦИТАЛОПРАМА У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КОМОРБИДНЫМИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Застрожин М.С., Скрыбин В.Ю., Брюн Е.А., Сычев Д.А. ....	138
ДИНАМИКА ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВОЙ СФЕРЫ ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЛИНАРКОМАНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ НАРКОТИЗАЦИИ Иванова А.В. ....	138
ПРОТОКОЛ РАНДОМИЗИРОВАННОГО ОДИНАРНОГО СЛЕПОГО ПЛАЦЕБО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ИНСУЛЯРНЫХ ОБЛАСТЕЙ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Илюк Р.Д., Громыко Д.И., Ахмерова Л.Р., Горелик А.Л., Ананьева Н.И., Лукина Л.В., Крупицкий Е.М. ....	140
К ВОПРОСУ ВЫБОРА НАДЕЖНОГО И ВАЛИДНОГО ИНСТРУМЕНТА СКРИНИНГА И ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ГЕМБЛИНГА ДЛЯ АДАПТАЦИИ В РФ Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И. ....	142
РАЗРАБОТКА НОВОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ ОЦЕНКИ АНОЗОГНОЗИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЗАРТНЫХ ИГР Илюк Р.Д., Ерофеева Н.А., Громыко Д.И., Нечаева А.И. ....	144
НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ДЕТСКИЙ ОПЫТ СРЕДИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ЕГО СВЯЗЬ С ХАРАКТЕРОМ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ Катан Е.А. ....	145
СИСТЕМА КОМПЛЕКСНЫХ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ Кибитов А.О., Трусова А.В., Чупрова Н.А., Соловьева М.Г., Гвоздецкий А.Н., Гречаный С.В., Понизовский П.А., Ненастьева А.Ю., Егоров А.Ю., Шмуклер А.Б., Крупицкий Е.М. ....	147
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ И КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ Ким Д.П. ....	149
ИЗМЕНЕНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ COVID-19 ПО ДАННЫМ ОПРОСА ЭКСПЕРТОВ-НАРКОЛОГОВ Киржанова В.В., Вышинский К.В. ....	151
К ВОПРОСУ О РЕГИСТРАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Киржанова В.В., Григорова Н.И. ....	153
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН ТУВИНСКОЙ ЭТНИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ Кисель Н.И., Биче-Оол У.К., Белокрылов И.И. ....	155
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ И ХАРАКТЕРИСТИК ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ Климанова С.Г. (1,2), Березина А.А. (1,2), Трусова А.В. (2,1) ....	156
ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РЕЗИДУАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ Клименко Т.В., Аптикеева Р.Ф. ....	157
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ДОМИНИРОВАНИЕМ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПИВА ИЛИ ВОДКИ Клименко Т.В., Орлов А.В. ....	159
ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ИНЪЕКЦИОННЫХ НАРКОТИКОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ Комарова А.П., Агibalова Т.В., Петросян Т.Р., Теплова С.В. ....	160
СИМВОЛИЗАЦИЯ ТРЕЗВОСТИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ Конопатов В.А., Новикова С.П., Бруй А.О. ....	162
СЕЛАНК, ПОТЕНЦИАЛЬНОЕ СРЕДСТВО, КУПИРУЮЩЕЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОПИАТОВ. СРАВНЕНИЕ С АНКСИОЛИТИКАМИ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО РЯДА Константинополький М.А., Чернякова И.В. ....	163
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОСКВЕ И САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ДИНАМИКЕ ЗА 5 ЛЕТ Копоров С.Г., Кошкина Е.А., Смирновская М.С., Кошкин Е.А. ....	164
ВЛИЯНИЕ ВОЗРАСТНОГО ФАКТОРА НА КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН Корольков А.И., Ненастьева А.Ю. ....	167
НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Корчагина Г.А., Гречаная Т.Б. ....	169
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТИВНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЯМИ (СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ) Латышева Т.В., Мысливцева А.В., Малышко Е.В. ....	171
В ПОИСКАХ ПУТЕЙ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ В НАРКОЛОГИИ Кузнецов В.В. ....	172

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ СОЧЕТАННОГО УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Кучерявая В.И., Скороходов М.А., Цыба И.В., Кононенко И.Н., Чудикова А.Е. ....	174
ВЫРАЖЕННОСТЬ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К., Фокин А.С. ....	175
ВЫРАЖЕННОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАВШИХ СИНТЕТИЧЕСКИЕ КАТИНОНЫ Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К., Фокин А.С. ....	176
АССОЦИАЦИЯ СТЕПЕНИ СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ТРЕВОГИ У ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ВЗРОСЛЫХ Меркулова Т.В., Чупрова Н.А., Горещкая Т.А., Денисов В.Е., Арзуманов Ю.Л., Кибитов А.О. ....	177
ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ OPRM1 (RS1799971), OPRK1 (RS997917), OPRD1(RS4654327), SLC6A3 (DAT1-VNTR) НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ ФОРМ НАЛТРЕКСОНА У ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ Мирошкин С.С., Брюн Е.А. ....	179
КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗМЕНЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СОЗНАНИЯ, ИНИЦИИРОВАННЫХ ПСИХОАКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ Михайлов М.А. ....	181
АНАЛИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ НОВЫХ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ Мысливцева А.В., Малышко Е.В., Линник А.А. ....	182
«АЛКОГОЛЬНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ» СРЕДИ РАЗЛИЧНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ГРУПП У БОЛЬНЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ Надеждин А.В., Тетенова Е.Ю., Колгашкин А.Ю., Петухов А.Е., Кошкина Е.А., Брюн Е.А. ....	183
ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СЕЛАНКА И МОРФИНА ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ОСТРОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ БОЛИ IN VIVO Надорова А.В., Чернякова И.В., Колик Л.Г. ....	185
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В ОСОБЕННОСТЯХ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ Нартова Т.В., Николаева А.А., Каймакова В.А. ....	186
СМЕРТНОСТЬ ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ДЕЛИРИЯХ, ЗАВИСИМАЯ ОТ ПОГОДНЫХ УСЛОВИЙ Немцов А.В. ....	188
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ КЛОНИДИНА НА УРОВЕНЬ ИЛ-6 У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ДЕТОКСИКАЦИОННУЮ ТЕРАПИЮ СИНДРОМА ОТМЕНЫ ОПИОИДОВ Палаткин В.Я., Крупицкий Е.М., Блохина Е.А. ....	188
СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА 1846G> А ГЕНА CYP2D6 С ПРОФИЛЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ГАЛОПЕРИДОЛА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ГАЛЛЮЦИНОЗ Пархоменко А.А., Застрожин М.С., Брюн Е.А. ....	190
МОЗГОВОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (BDNF, BRAIN-DERIVED NEUROTROPIC FACTOR) В ДИНАМИКЕ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ Перегуд Д.И., Корольков А.И., Баронец В.Ю., Лобачева А.С., Аркус М.Л., Игумнов С.А., Тербелина Н.Н. ....	191
ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж. ....	191
АССОЦИАЦИЯ РЕЦИДИВА У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЯМИ ОТ АЛКОГОЛЯ И ОПИАТОВ С АНГЕДОНИЕЙ И ПОКАЗАТЕЛЯМИ СНА Рыбакова К.В. (1), Гончаров О.В. (1), Ветрова М.В. (2), Нечаева А.И. (1), Крупицкий Е.М. (1,2)..	193
ПСИХОЗЫ, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАТИНОНОВ: КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ Северцев В.В. (1), Винникова М.А. (1,2).....	194
ПЬЮЩИЕ ВРАЧИ: КАК ЭТО ВЫГЛЯДИТ И ЧТО С ЭТИМ ДЕЛАТЬ? Сиволап Ю.П. ....	196
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ ВАРИАНТОВ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Сидорова Е.Ю., Асадуллин А.Р. ....	197
ПОКАЗАТЕЛИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В МОСКВЕ В 2019-2021 ГГ. Смирнов А.В., Петухов А.Е., Ненастьева А.Ю. ....	199
АЛКОГОЛЕФИЛЬНЫЕ УСТАНОВКИ НАСЕЛЕНИЯ АРКТИЧЕСКИХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ Соловьев А.Г., Дьячков А.А. ....	200
ГОДЫ ПОТЕРЯННОЙ ЖИЗНИ С УЧЕТОМ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТ РАССТРОЙСТВ, ВЫЗВАННЫХ УПОТРЕБЛЕНИЕМ КАННАБИСА В РОССИИ Сошников С.С. ....	201
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИАЦИИ В ПЕРИОДЕ РАННЕЙ РЕМИССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Тулбаева Н.Р., Асадуллин А.Р. ....	202

ГЛОБАЛИЗАЦИЯ МОДЕЛЕЙ ДОЛГОСРОЧНОГО БУДУЩЕГО КАК МИШЕНЬ ПСИХОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ Тучина О.Д., Агибалова Т.В., Шустов Д.И., Пинегин А.Р.....	203
ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОГО ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РАННЕМ АБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ Уткин С.И., Бузик О.Ж., Дюжев Д.В.....	205
АЛКОГОЛЬНАЯ ИЗБЫТОЧНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ДНИ РОЖДЕНИЯ Фаттахов Т.А., Немцов А.В.....	206
ДЕТЕКЦИЯ ЭМОЦИЙ ПО ЛИЦЕВОЙ ЭКСПРЕССИИ КАК ПРЕДИКТОР ХИМИЧЕСКОЙ АДДИКЦИИ Федюкович Е.И., Трусова А.В.....	206
ПОТРЕБЛЕНИЕ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ БОЛЬНЫМИ COVID-19 В ПЕРИОД АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В САМАРЕ Царев С.А., Щербань А.В., Катин А.А., Сиротко И.И.....	207
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ НРРД ПО ДАННЫМ СОБСТВЕННЫХ НАБЛЮДЕНИЙ Шайдеггер Ю.М., Усманова Н.Н., Клименко Т.В.....	209
НОНКОМПАЕНТНАЯ КАУЗАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА «ДЕПРЕССИВНОЙ И АЛКОГОЛЬНОЙ АНОЗОГНОЗИИ» Шайдукова Л.К.....	211
РОЛЬ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ У ПОДРОСТКОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ СИНТЕТИЧЕСКИХ КАННАБИНОИДОВ С СДВГ Шарафиев Р.Р.....	212
КОРРЕКЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Шевцова Ю.Б.....	214
ВЛИЯНИЕ СТРЕССОГЕННЫХ ФАКТОРОВ НА ПСИХИЧЕСКУЮ УСТОЙЧИВОСТЬ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Шереметьева И.И., Плотников А.В., Докенова С.В.....	215
СТРУКТУРА ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ЛИЦАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЮЩИМИ КОММЕРЧЕСКИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ УСЛУГИ Шурова Е.А., Клименко Т.В.....	218
ИННОВАЦИОННЫЕ АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ С НЕЙРОПРОТЕКТИВНОЙ И ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ Шушпанова Т.В. (1), Новожеева Т.П. (1), Шушпанова О.В. (2).....	220
МИШЕНИ ДЕЙСТВИЯ ОРИГИНАЛЬНОГО АНТИКОНВУЛЬСАНТА МЕТА-ХЛОР-БЕНЗГИДРИЛМОЧЕВИНЫ (M-CL-BGM) Шушпанова Т.В. (1), Новожеева Т.П. (1), Шушпанова О.В. (2).....	221
ЭМБРИОГЕНЕЗ НЕЙРОНАЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ (ГЛИОБЛАСТОВ И ГАМКА РЕЦЕПТОРОВ) НЕЙРОИММУННОЙ СИСТЕМЫ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРЕНАТАЛЬНОМ ВЛИЯНИИ АЛКОГОЛЯ Шушпанова Т.В. (1), Солонский А.В. (1), Шумилова С.Н. (1), Шушпанова О.В. (2).....	223
РИСК РАСПРОСТРАНЕНИЯ ВИЧ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ АРВТ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ОПИОИДОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ФАРМАКОТЕРАПИЮ НАЛТРЕКСОНОМ Ярославцева Т.С., Блохина Е.А., Звартау Э.Э., Вербичкая Е.В., Бушара Н.М., Палаткин В.Я., Ветрова М.В., Васильева Ж.В., Крупицкий Е.М.....	224
<b>НЕВРОЛОГИЯ.....</b>	<b>225</b>
ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРВИКАЛЬНОЙ ДИСТОНИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДИСТОНИЧЕСКИМ ТРЕМОРОМ Буряк Ю.В., Захаров Д.В.....	225
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ДИАГНОСТИКЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ ПРАВОГО И ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА Гришина А.А., Тынтерова А.М., Перепелица С.А., Реверчук И.В., Васильева Т.В.....	226
РАДИОЛОГИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННЫЙ СИНДРОМ, РИСКИ РАЗВИТИЯ ДОСТОВЕРНОГО РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Губская К.В.....	227
НОВЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ РОЛАНДИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИИ (ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ) Зайцев Д.Е., Титов Н.А., Зайцев И.Д., Гузева О.В.....	228
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОТЕКАНИЯ СУБЪЕКТИВНОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ НА НАЧАЛЬНЫХ ЭТАПАХ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА Коцюбинская Ю.В., Казаков А.В., Михайлов В.А., Васильев В.В.....	229
КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ Кунафина Е.Р., Брюханова О.Б., Кунафина А.А.....	231
СЕРОЗНЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ, ВЫЗВАННЫЙ ВИРУСОМ ЭПШТЕЙН-БАРРА, У ИММУННОКОМПЕТЕНТНОЙ ПАЦИЕНТКИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ Левина О.А., Михайловский И.А., Реверчук И.В.....	233
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ КОМПЛЕКСНЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ В ПОЗДНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД Михайлова А.А.....	234



АТИПИЧНОЕ СТРОЕНИЕ ЗОНЫ БРОКА У ПАЦИЕНТА С ПЕРВИЧНОЙ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ АФАЗИЕЙ НОНФЛЮЕНТНОЙ ФОРМЫ Михайлов В.А., Васильев В.В., Казаков А.В., Коцюбинская Ю.В.....	236
ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОЗАМИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ Панченко Н.И., Шулешова Н.В.....	238
ОБОНЯТЕЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ТРЕМОРА - ЕСТЬ ЛИ ВЗАИМОСВЯЗЬ? Похабов Д.Д., Абрамов В.Г., Похабов Д.В.....	239
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ В АСПЕКТЕ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА Романов А.С., Шарахова Е.Ф.....	240
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА АКТОВЕГИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.....	241
КЛИНИЧЕСКИЕ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСБЕННОСТИ ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИИ Сивакова Н.А. .....	242
ИССЛЕДОВАНИЕ МАРКЕРОВ НЕЙРОВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Сивакова Н.А. ....	244
КОГНИТИВНЫЕ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ АУТОСОМНО-ДОМИНАНТНОЙ АРТЕРИОПАТИЕЙ С ПОДКОРКОВЫМИ ИНФАРКТАМИ И ЛЕЙКОЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ (ЦАДАСИЛ) Тотолян Н.А., Кириянов Ю.М.....	245
НЕЙРОМОДУЛЯЦИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ Тукало М.И., Докукина Т.В. ....	246
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ПСИХОЗАМИ Хвостова И.И. (1), Докукина Т.В. (1), Ткаченко О.В. (2), Зубовская Е.Т. (2) .....	247
ОСОБЕННОСТИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПСИЕЙ, С СУИЦИДАЛЬНЫМИ НАМЕРЕНИЯМИ Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.....	249
АНТИВИТАЛЬНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В. ....	250
ВИТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМИ ИДЕАЦИЯМИ Шова Н.И., Михайлов В.А., Попов Ю.В.....	251
РАЗЛИЧИЯ В АССОЦИИ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА TRPV1 С ЭПИЗОДИЧЕСКОЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ КАК ПРЕДПОСЫЛКА ИХ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДЕТЕРМИНИРОВАННОСТИ Якубова А.Ш., Давидюк Ю.Н., Гиниатуллин Р.А., Ризванов А.А. ....	252
<b>ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА .....</b>	<b>253</b>
ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ В ГЕНДЕРНОМ АСПЕКТЕ Арзуманов Ю.Л., Должанская Н.А., Игумнов С.А., Шуплякова А.В., Березина И.Ю.....	253
ПОКАЗАТЕЛИ СТВОЛОВОГО АКУСТИЧЕСКОГО ВЫЗВАННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Березина И.Ю., Михайлов А.Ю., Игумнов С.А., Горещкая Т.А., Арзуманов Ю.Л. ....	255
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ZNF804А ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО АССОЦИИРОВАН С НЕГАТИВНЫМИ СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНИИ Голиμβет В.Е., Лежейко Т.В., Колесина Н.Ю.....	257
СЫВОРОТОЧНЫЕ ГИСТОНЫ И ЦИТОКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ХРОНИЧЕСКОГО СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ Ермаков Е.А., Дмитриева Е.М., Смирнова Л.П., Бойко А.С., Камаева Д.А., Меламуд М.М., Бунева В.Н. ....	258
КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АССОЦИИ В ПОСТАБСТИНЕНТНОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ С ИНСОМНИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.....	259
АССОЦИАЦИЯ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ МОЗГА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ С ТЯЖЕСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ И ОТВЕТОМ НА ТЕРАПИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ Зозуля С.А. (1), Шевелев О.А. (2,3), Тихонов Д.В. (1), Симонов А.Н. (1), Каледа В.Г. (1), Ключник Т.П. (1), Петрова М.В. (2,3), Менгисту Э.М. (3) .....	261
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА Кучер Е.О., Петрова Н.Н.....	263
НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЕНОЛАЗА, ОСНОВНОЙ БЕЛОК МИЕЛИНА И ГЛИАЛЬНЫЙ ФИБРИЛЛЯРНЫЙ КИСЛЫЙ БЕЛОК В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Епимахова Е.В., Михалицкая Е.В., Бохан Н.А., Иванова С.А. ....	265

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНА ADRB2 (RS2400707) И НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА НА РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Лежейко Т.В., Плакунова В.В., Алфимова М.В., Голимбет В.Е. ....	266
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С РАЗНОЙ ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Семке А.В. ....	267
ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Никитина В.Б., Лобачева О.А., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Костин А.К., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Лебедева В.Ф. ....	269
ПРИМЕНЕНИЕ АДАПТОГЕНОВ РАСТИТЕЛЬНОГО И ПРИРОДНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ПОВЫШАЮЩИХ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ ОРГАНИЗМА Новожеева Т.П., Сафронов С.М., Боев Р.С., Шушпанова Т.В. ....	271
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ИСХОДЕ ШИЗОФРЕНИИ Обьедков В.Г. (1), Голоенко И.М. (2), Гайдукевич И.В. (3), Голубева Т.С. (4), Докукина Т.В. (4).....	272
БИОХИМИЧЕСКИЕ И ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ МОЗГОВОЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (BDNF); ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЯЖЕСТЬЮ АЛКОГОЛЬНОГО АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА Перегуд Д.И., Тербелина Н.Н., Игумнов С.А., Корольков А.И., Аркус М.Л., Баронец В.Ю., Лобачева А.С. ....	273
МЕТА-АНАЛИЗ СИСТЕМ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ НА ОСНОВЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ Розочкин И.Н., Застрожин М.С., Скрябин В.Ю., Матис О.А., Шарова Е.В., Нестеренко Е.В., Поздняков С.А., Иванченко В.А., Брюн Е.А., Сычев Д.А. ....	274
ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ТКАНИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ ПРЕНАТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛИЗАЦИИ НА РАЗНЫХ СРОКАХ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ Солонский А.В., Шумилова С.Н. ....	275
ИЗУЧЕНИЕ МИКРОБИОМ-ОПОСРЕДОВАННОГО ВЛИЯНИЯ ФЛУОКСЕТИНА НА ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ОТ ДЕПРЕССИИ Цыганков Б.Д., Даниленко В.Н., Юнес Р.А., Шелег Д.А., Масякин А.В. ....	276
АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ GRIN2A И GRIN2B С АНТИПСИХОТИК-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРПРОЛАКТИНЕМИЕЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ Федоренко О.Ю., Полтавская Е.Г., Бойко А.С., Тигунцев В.В., Корнетова Е.Г. ....	278
<b>ПСИХОТЕРАПИЯ</b> .....	<b>279</b>
РОЛЬ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ В ФОРМИРОВАНИИ ПОЛОВЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН Айриянц И.Р., Ягубов М.И. ....	279
КОГНИТИВНАЯ КОПИНГ-ТЕРАПИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Воеводин И.В., Бохан Н.А. ....	280
ИНТЕГРАТИВНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ МУЖСКОЙ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ СФЕРЫ Выходцев С.В., Трегубенко И.А. ....	282
ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ Городнова М.Ю. ....	283
РАСКРЫТИЕ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СКАЗКОТЕРАПИИ Григорьева И.В., Гамова А.В. ....	285
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ КРЕДИТОВАНИЕМ Захарова О.В., Карпов А.М. ....	287
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОНЦЕПЦИЯ В.Н. МЯЩИЦЕВА КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ПСИХОТЕРАПИИ Исурина Г.Л., Карпова Э.Б. ....	288
РАЗВИТИЕ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОНЦЕПЦИИ В.М. БЕХТЕРЕВА И ЕЕ ПРИКЛАДНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДЛЯ САМОЗАЩИТЫ ОТ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ Карпов А.М., Герасимова В.В. ....	290
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ИНВАЛИДАМ И ИХ СЕМЬЯМ Левченко Е.В., Плохих Ю.А. ....	292
ПРИМЕНЕНИЕ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ТРЕНИНГА СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ НА БАЗЕ ОТДЕЛЕНИЯ ПЕРВОГО ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА Палин А.В., Козлов М.Ю. ....	293
ИССЛЕДОВАНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОМОРБИДНОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ И УРОВНЯ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ Радионов Д.С., Караваева Т.А. ....	294
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА Султонова К.Б. ....	296

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ СЕМЕЙНОГО ПРЕДАБОРТНОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Каминская Ю.М., Гамова А.В.....	298
ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Ягубов М.И., Кан И.Ю. ....	299
ВОСПРИЯТИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПАЦИЕНТАМИ С ТИПОМ ЛИЧНОСТИ Д Ялтонский В.М. (1), Сирота Н.А. (1), Ялтонская А.В. (2), Абрисимов И.Н. (1), Копылова О.В. (3), Попов М.Ю. (1) .....	300
<b>ПСИХИАТРИЯ.....</b>	<b>302</b>
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, СТРАДАЮЩИМ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ В РЕГИОНАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ Абдулаева М.А., Мухамедова И.Н., Джаватханова А.Х.....	302
ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СХЕМ, НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ПРОЦЕССА ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ Антохина Р.И., Васильева А.В. ....	304
ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ДЕВОЧЕК- ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ Бабарахимов С.Б., Шайхисламова М.Х. ....	305
ПРЕДИКТОРЫ ПЕРВИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ К ПСИХИАТРУ И ПЕРВИЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 40-65 ЛЕТ Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А., Костин А.К., Сазонова О.В., Мальцев В.С., Карташова И.Г. ....	307
СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ КОМОРБИДНОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д., Смирнова Н.С. ....	309
ОСОБЕННОСТИ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОФРЕНИЕЙ Галкина Е.В., Паненко О.А., Павленко Е.Н.....	310
ОЦЕНКА НЕГАТИВНОГО ДЕТСКОГО ОПЫТА И ЕГО РОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Герасимчук Е.С., Сорокин М.Ю.....	311
ОСОБЕННОСТИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Гольдин Б.Г. (1), Гольдина И.А. (2) .....	313
АБЕРРАНТНАЯ ЭКСПРЕССИЯ ЭНДОГЕННОГО РЕТРОВИРУСА HERV – E L 4 – 1 ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Гольдина И.А. (1), Гольдин Б.Г. (2).....	314
КЛАССИФИКАЦИЯ ФРАГМЕНТИРУЕТ ПОНИМАНИЕ В ПСИХИАТРИИ. В ЭТОМ ЛИ ЦЕЛЬ? Гонжал О.А.....	316
ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19-АССОЦИИРОВАННУЮ ПНЕВМОНИЮ, ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА Гуськова О.А., Николаенко Т.А., Приленский Б.Ю., Ярославская Е.И., Петелина Т.И. ....	317
СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Павлова О.А., Юровская Е.М.....	320
НЕСУИЦИДАЛЬНОЕ САМОПОВРЕЖДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ: МЕТОДЫ НАНЕСЕНИЯ ИХ СВЯЗЬ С СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ Зинчук М.С., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Акжигитов Р.Г. ....	322
ФАКТОРЫ РИСКА СОМАТИЗАЦИИ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Золотарева А.А.....	323
СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РФ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 Ичитовкина Е.Г., Соловьев А.Г., Жернов С.В.....	324
ОСОБЕННОСТИ ТЕМПЕРАМЕНТА И ХАРАКТЕРА В СЕМЬЯХ ПАЦИЕНТОВ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. ....	326
СЕМЕЙНАЯ ОТЯГОЩЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ НАСТРОЕНИЯ МОЖЕТ УМЕНЬШАТЬ ВЫРАЖЕННОСТЬ СВЯЗИ МЕЖДУ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЕТСКИМ ОПЫТОМ И СУИЦИДАЛЬНОСТЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ Кибитов А.А., Касьянов Е.Д., Николишин А.Е., Рукавишников Г.В., Малышко Л.В., Попович У.О., Голимбет В.Е., Незнанов Н.Г., Шмуклер А.Б., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. ....	327
ВОЗМОЖНОСТИ ОНЛАЙН ФЕНОТИПИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИИ В ПОПУЛЯЦИОННЫХ КОГОРТАХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ HADS И DSM-5: РОССИЙСКОЕ ПОЛНОГЕНОМНОЕ АССОЦИАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (GWAS) 4 520 УЧАСТНИКОВ Кибитов А.О., Касьянов Е.Д., Ракитыко А.С., Ермакович Д.В., Кибитов А.А., Рукавишников Г.В., Ильинский В.В., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э. ....	327
ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕРНЕТ ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С ТРЕВОГОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ Кольцова Е.А., Злоказова М.В. ....	329

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ КАК БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ФЕНОМЕН В КЛИНИКЕ АУТОХТОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Коцюбинский А.П., Исаенко Ю.В. ....	330
КУМУЛЯТИВНЫЙ СТРЕССОГЕННЫЙ РИСК ПРОДОЛЖЕНИЯ ЭПИДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ЗДОРОВОЙ ПОПУЛЯЦИИ КРЕМЛЕВА О.В. ....	331
АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ПЕРВИЧНОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ГКУЗ «УОКПБ ИМ. В.А. КОПОСОВА» Кузнеченкова Л.В., Гаврилина О.В. ....	332
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ, КАК ПРЕДИКТОР РАННИХ ПРИЗНАКОВ МЕНТАЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА Кузьмина С.В. ....	334
ЛЕЧЕНИЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ (НА ОПЫТЕ РАБОТЫ С УЧАСТНИКАМИ СОВРЕМЕННЫХ ВОЕННЫХ КОНФЛИКТОВ) Кунафина Е.Р., Гизатуллин Т.Р. ....	336
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ПСИХИАТРА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ Кунафина Е.Р., Нигматуллин И.Д. ....	337
ЦИТОПРОТЕКТОРНЫЙ И АНТИОКСИДАНТНЫЙ ЭФФЕКТЫ ОРГАНИЧЕСКИХ СОЛЕЙ ЛИТИЯ В ОТНОШЕНИИ МОНОНУКЛЕАРОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Лосенков И.С., Плотников Е.В., Епимахова Е.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. ....	339
СЕМЬЯ БОЛЬНОГО ШИЗОФРЕНИЕЙ: ЕЁ Уязвимость и потребность в помощи. Лутова Н.Б., Макаревич О.В. ...	340
ВЛИЯНИЕ НАНОЭМУЛЬСИЙ АСТАКСАНТИНА НА ПОВЕДЕНИЕ МЫШЕЙ 5XFAD Малашенкова И.К. (1,2), Крынский С.А. (1), Огурцов Д.П. (1,2), Лотош Н.Ю. (1), Акулова А.Р. (1), Куликов Е.А. (1), Селищева А.А. (1,3), Дидковский Н.А. (2) ....	342
УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ФАКТОРА BDNF И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ Мальцева И.В., Шереметьева И.И., Котовщикова Е.Ф., Строганов А.Е. ....	344
УДАЛЕННАЯ РАБОТА И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПАНДЕМИЮ COVID-19 Медведева Т.И., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н. ....	345
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ БОЛЬНОУ ЯЗЫК МЕЖДУ ПСИХИАТРИЕЙ И НЕВРОЛОГИЕЙ Менделевич В.Д. ....	346
ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ДЕЙСТВИЕ АНКСИОЛИТИКОВ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ Метлина М.В. (1,2), Дорофеева О.А. (1), Телешова Е.С. (1,2), Репало А.Е. (2) ....	348
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМАМ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ Митихин В.Г., Солохина Т.А. ....	349
ДИНАМИКА МОТИВОВ СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В ПЕРИОД ДО ПАНДЕМИИ И В ПЕРИОД «ВТОРОЙ ВОЛНЫ» ПАНДЕМИИ COVID-19 Мурзакаев А.А., Сизикова Е.А. ....	351
ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. ....	352
ВОЗДЕЙСТВИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ШИЗОФРЕНИИ Мухторов Б.О., Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. ....	354
В.М. БЕХТЕРЕВ: СТРУКТУРА СОЗНАНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЗНАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ, ПСИХИАТРИИ И ОБЩЕЙ МЕДИЦИНЕ Носачев Г.Н., Акопов Г.В., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. ....	355
ОТ РЕФЛЕКСОЛОГИИ В.М. БЕХТЕРЕВА К СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭТОЛОГИИ (ПОВЕДЕНИЮ) Носачев И.Г., Носачев Г.Н., Киселева Ж.В. ....	357
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 Нохуров Б.А., Кириллова А.В., Хозин А.А., Лапшин А.О., Курбакова С.Ю. ....	359
ДИНАМИКА ПОДХОДОВ К ДИАГНОСТИКЕ ШИЗОФРЕНИИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 1990-2021 ГГ., КОМПЛЕКСНЫХ И НЕ КОМПЛЕКСНЫХ Осколкова С.Н. ....	361
НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫМИ ДЕЯНИЯМИ Парпиев Ш.И., Абдуллаева В.К. ....	362
РЕАКЦИЯ АДАПТАЦИИ: НОРМА ИЛИ ПАТОЛОГИЯ? Пашковский В.Э. ....	363
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 У НАСЕЛЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ Плотников А.В., Лещенко Л.В., Плотников А.В. ....	364

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКИХ ДОЗ КВЕТИАПИНА В ОТНОШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ ИМПУЛЬСИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В РЕМИССИИ Потанин С.С., Морозова М.А., Бурминский Д.С., Бениашвили А.Г., Рупчев Г.Е., Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э., Тарумов Д.А., Труфанов А.Г., Маркин К.В., Бейбалаева Т.З., Каток А.А. ....	366
КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА Поянов У.Т., Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф., Ражабов М.Н., Восиков Б.А. ....	367
СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ COVID-19 В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ. КЛИНИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ Прокопович Г.А., Пашковский В.Э., Сивашова М.С. ....	369
ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПЕНСИОНЕРОВ-КОМБАТАНТОВ МВД С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ Рассоха А.А., Злоказова М.В. ....	370
АНАЛИЗ КОНТИНГЕНТА И ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИИ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ТИПА Родионов А.С. ....	371
ВЛИЯНИЕ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК НА ВЫРАЖЕННОСТЬ БАЗИСНЫХ СИМПТОМОВ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Рощина О.В. ....	372
ВЛИЯНИЕ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ: ДАННЫЕ ОН-ЛАЙН ОПРОСА Рукавишников Г.В., Вербицкая Е.В., Вековищева О.Ю., Бобровский А.В., Кибитов А.О., Мазо Г.Э. ....	373
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПОСТПСИХОТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В КОНТЕКСТЕ ФЕНОМЕНА ДУШЕВНОЙ БОЛИ Савицкая В.В., Обьедков В.Г. ....	374
КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИНИМАЛЬНОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. ....	375
ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ МСИ Сиденкова А.П., Мельник А.А., Труфаненко Р.А., Шиморина Ю.И., Диденко М.А. ....	377
СТРУКТУРА МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С МЯГКИМ КОГНИТИВНЫМ СНИЖЕНИЕМ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ Сиденкова А.П., Сердюк О.В., Бабушкина Е.И., Хилюк Д.А., Мельник А.А. ....	377
САМОПОВРЕЖДЕНИЯ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ И АДДИКТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ Спадерова Н.Н., Родяшин Е.В. ....	378
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ И ДЕФИНИЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ Тарханов В.С., Паршина К.В. ....	380
ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ И ТРИХОБЕЗОАР У БОЛЬНОЙ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ Туктарова С.У., Юлдашев В.Л., Ахмерова И.Ю. ....	382
ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИНОКСИКАЦИЙ В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ Филиппова Ю.В., Филиппов В.Л. ....	384
ЛЕНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ: СУИЦИДЫ В 2016-2020 ГОДАХ Фрейзе В.В., Семенова Н.В. ....	385
АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РЯДА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ ВИРУСА COVID-19 В САМАРЕ В 2020 ГОДУ Царев С.А., Щербань А.В., Катин А.А., Царева И.С. ....	386
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19 И НЕКОТОРЫЕ МЕХАНИЗМЫ ИХ РАЗВИТИЯ Цыганков Б.Д., Шелег Д.А., Пустынникова М.Ю., Петухова М.В. ....	387
ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА ПРИ ДЕМЕНЦИИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА Шадманова Л.Ш., Ядгарова Н.Ф., Зокиров М.М., Поянов У.Т. ....	389
ОТДЕЛЕНИЕ ИНТЕНСИВНОГО ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ: ОСОБЕННОСТИ КОНТИНГЕНТА, ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ Шендеров К.В., Васильева А.И. ....	390
ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ Шин З.В. ....	391

**ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ  
«ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ: ВЕК XIX – ВЕК XXI»**

посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России  
и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева

12-13 мая 2022 года, Санкт-Петербург

**ТЕЗИСЫ**

[Электронное издание]

Под общ. ред. Н.Г. Незнанова

**ISBN 978-5-94651-091-2**

*Прием тезисов осуществлен силами  
ОО «Российское общество психиатров»*

*Технический редактор: Фрейзе В.В.  
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3  
E-mail: vvfreize@gmail.com*

*Сохранены авторские стилистика и пунктуация.*

© НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2022  
© Коллектив авторов, 2022