

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ П МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА П.В. МОРОЗОВА ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

Москва

14-15 ноября 2022 года



УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ П МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА П.В. МОРОЗОВА ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

Москва

14-15 ноября 2022 года

Москва 2022

Составитель Вдовина И. В.

Рецензенты:

- Р. В. Ахапкин заместитель директора по научной работе МНИИП филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., доцент;
- А. Н. Бархатова руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», д.м.н.

Тезисы докладов II Международной конференции молодых ученых памяти профессора П. В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» / сост. И. В. Вдовина; Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации; II Международная конференция молодых ученых памяти профессора П. В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» (14-15 ноября 2022 года; г. Москва). – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2022. – 99 с. ISBN 978-5-6046703-4-7

Аннотация

Данный сборник включает в себя тезисы докладов молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных заведений Российской Федерации на научно-практической конференции, состоявшейся 14-15 ноября 2022 года в г. Москве. Материалы конференции освещают современные проблемы в области психиатрии, психотерапии и др. Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов, аспирантов по специальности «психиатрия и наркология», ординаторов и слушателей дополнительного профессионального образования по специальностям «психиатрия», «психотерапия».

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 01.12.2022 № 7)

616.89 56.14 56.14

ISBN 978-5-6046703-4-7

© Авторы, 2022

© Вдовина И.В., составление, 2022

© ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2022

Оглавление

Абганиева Э.И., Пермякова О.А. Влияние коронавирусной инфекции на психическое состояние пациентов
Борчининов А.Е., Воронова Е.И., Вдовина И.В. Роль системного воспаления в развитии психопатологической симптоматики
при COVID-199
Васильева Э.Н. Актуальные проблемы взаимодействия врачей-психиатров и терапевтов в диагностике и лечении соматоформных расстройств: обзор литературы11
Власова Е.В., Махновская Л.В. Опыт психотерапии пациентки, страдающей эпилепсией
Гагина Ю.Р. Связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями у медицинских работников скорой помощи и поликлиники
Градинарь А.П., Яшихина А.А. Отношение врачей непсихиатрического профиля к пациентам с психическими расстройствами: феномен социальной дистанции
Дик К.П., Сиденкова А.П. Ольфакторная дисфункция в диагностике додементных нарушений
Долина А.А., Соболевская П.А., Чурилов Л.П., Петрова Н.Н. Иммунологические и клинические характеристики депрессивных эпизодов при биполярном аффективном и рекуррентном депрессивном расстройствах: предварительные результаты и расчет размера выборки
Зычков Г.В. Анализ связи степени выраженности болевого синдрома и когнитивных нарушений у пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом
<i>Ильина Е.В., Дороженок И.Ю.</i> Интерпретативный бред (психопатологические проявления, реализующиеся в клиническом пространстве шизофрении)
Кадырова А.Р., Левченко Е.В., Останков С.Б. Исследование значения духовности и религии при деменции Альцгеймеровского типа
Ковалева А.Р., Левченко Е.В., Останков С.Б. Компоненты личностной тревожности в структуре алекситимии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью
Козинченко Н.Н. Комплаентность больных шизофренией и факторы, на нее влияющие
Козлов М.Ю. Сравнительное исследование черт темной триады и нарушенного типа привязанности у пациентов с пограничным личностным расстройством и депрессией
Колпаков Е.А, Воронова Е.И., Вдовина И.В Психические нарушения в остром периоде COVID-1935
Кочергина М.С. Вдовина И.В. Телепсихиатрия и другие передовые технологии в период пандемии COVID-19 (обзор иностранных источников)
Макина А.С., Воронова Е.И., Вдовина И.В. Риски нейродегенеративных заболеваний после инфекции COVID-19. Методы нейровизуализации в ранней диагностике болезни Альшгеймера

Маркин К.В. Изменение функциональной коннективности трех основных нейросетей головного мозга у пациентов с биполярным аффективным расстройством I типа
Марченко А.А., Лобачев А.В., Хабаров И.Ю., Володарская А.А. Информативность когнитивных вызванных потенциалов для военно-врачебного освидетельствования военнослужащих с психическими расстройствами
<i>Маршанская М.А., Лобанова В.М.</i> Синдром моральной ипохондрии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра
<i>Махкамова Н.С.</i> Клинические факторы, способствующие развитию расстройств пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом
Мелёхин А.И. Проблемно-ориентированный (тип "D") личностный тип у женщин и функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта
<i>Мельниченко В.В.</i> Изучение субъективной аутентичности и параметров жизнестойкости у лиц, пострадавших в результате военных действий
<i>Мунирова А.А.; Борисова П.О.</i> Фазные негативные расстройства при аффективной патологии
Назаренко С.И., Михнева Р.А., Боев И. В. Дифференциальная диагностика условно-здоровых лиц от больных шизофренией
Назаренко С. И., Михнева Р. А., Боев И. В. Дифференциальная диагностика здоровых лиц от больных шизоаффективным психозом (ШАП)
Назаренко С.И., Михнева Р.А., Боев И.В. Психофизиолого-математическая дифференциальная диагностика условно здоровых лиц и больных с аффектдоминантной формой шизоаффективного психоза (ШАП)
Окроадзе О.Ю., Жаркинбекова Н.А. Танцевальная терапия как эффективный психотерапевтический метод борьбы с субклинической депрессией
Пастух И.А, Протопопова М.А. Влияние когнитивно-поведенческой психотерапии на эмоциональное состояние пациентов с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами
Пискарев М.В., Лобанова В.М. К вопросу о периодической кататонии (аффективно-кататонические состояния)
Прохоров А.С., Голыгина С.Е., Сахаров А.В. Показатели некоторых провоспалительных хемокинов при первом эпизоде параноидной шизофрении
Прощенко И.В., Корякова Е.А., Потемкина Γ .В. Особенности психопатологической симптоматики, развивающейся у лиц юношеского возраста после
перенесенного COVID-1971
Пугачева М.Е., Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М. Клинические особенности впервые выявленных острых кратковременных психотических расстройств шизофренического спектра (катамнестическое исследование)
Пучков Н.А., Маркин К.В., Тарумов Д.А. Некоторые аспекты микроструктурной патологии головного мозга при шизофрении
Пысенок И.Д., Марченко А.А, Лобачев А.В. Экспериментальная парадигма «BART»: инструмент диагностики расстройств шизофренического спектра

Садкова О.А., Шамирян Л.Г., Юзбашян П.Г., Хайкина И.А., Романов Д.В, Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом I типа и пациентов с болезнью	
Грейвса	78
Санников А.Н., Заика В.Г. Оценка эмоционального состояния пациентов на гемодиализе	80
Сковородников Д.В., Марченко А.А, Лобачев А.В. Экспериментальная парадигма «Стоп- Сигнал»: инструмент диагностики расстройств шизофренического спектра	82
Стаканов П.А., Якимец А.В. К проблеме ипохондрической паранойи	84
Формалева К.И., Вдовина И.В. Эпидемиология и клиника психических расстройств у больных COVID-19	86
Хахонина А.Е. Психическое здоровье выпускников школы: связанные со стрессом расстройства	88
Хоммятов М.Р. Вдовина И.В. Особенности реабилитации пациентов с психическими расстройствами с учетом правовых основ на примере трудотерапии	90
Худина Ю.С., Заика В.Г. Взаимосвязь аффективного реагирования и делинквентного поведения при органическом расстройстве личности	92
<i>Хуторянская Ю.В.</i> Основные мотивы несуицидного самоповреждающего поведения у детей, подростков и лиц молодого возраста	94
<i>Шакун Е.Ю., Шайдеггер Ю.М.</i> Описание клинического случая наркомании, сочетанной с патологическим влечением к азартным играм	
Щелчкова А.А., Мозгачева Е.С., Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б., Богданова Т.М., Блино В.В. Эффективность и безопасность Вортиоксетина в терапии депрессивных расстройств пациентов кардиологического профиля	з у

Влияние коронавирусной инфекции на психическое состояние пациентов

Абганиева Э.И.¹, Пермякова О.А.²

¹ клинический ординатор, ² доцент кафедры, к.м.н. Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсами ИДПО ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет», Уфа, Россия

E-mail: permyakova_olga@mail.ru

Актуальной проблемой для населения, всей системы здравоохранения является развитие психопатологических симптомов, связанных с инфекцией SARS-CO-2, и их сохранение в течение длительного периода. По данным опубликованных исследований, посвященных изучению постковидного синдрома, усталость, бессонница, тревога, депрессия и когнитивные нарушения являются наиболее распространенными симптомами, наблюдаемыми после перенесенного COVID-19 [1,2,3].

Цель работы: Выявить жалобы и определить наличие депрессии, тревоги, и инсомнии у пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию и обратившихся на прием к участковому терапевту.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе поликлиники №3 ГБУЗ РБ ГКБ№8 г. Уфы в период с 01.02.2022 по 31.03.2022 года. В группу были включены пациенты, обратившиеся к участковому терапевту в связи с плохим самочувствием после перенесенной коронавирусной инфекции. Из исследования исключались лица с коронавирусной инфекцией в анамнезе и сопутствующими хроническими заболеваниями. В исследование вошли 30 пациентов (21 женщина и 9 мужчин), возраст от 40 до 69 лет, средний возраст - 54,23 года.

Использовали метод клинического интервьюирования и анкетирования больных с формализованной исследовательской экспериментальнокарты, психологический с применением шкалы самооценки Спилбергера - Ханина (Ханин Ю.Л., 1976) для определения ситуационной тревожности (СТ), шкалу самооценки депрессии Цунга, адаптированную Т.И. Балашовой (1981), шкалу тяжести инсомнии [4]. Уровень тревожности оценивался согласно диапазону границ: более 45 баллов – высокий; 31 - 45 баллов – средний; до 30 баллов – низкий уровень тревожности. Уровень депрессии оценивали следующим образом: менее 50 баллов – состояние без депрессии; 50 - 59 баллов легкая депрессия; 60 - 69 баллов – субдепрессивное состояние; 70 баллов и более – истинное депрессивное состояние. Тяжесть инсомнии оценивали в диапазоне границ: 0-7 баллов - норма; 8-14 баллов - легкие нарушения сна; 15-21 балл - умеренные нарушения сна; 22-28 баллов -выраженные нарушения сна.

Проведенное исследование показало, что самой распространенной была жалоба на повышенную утомляемость - у 27 пациентов, т.е. в 90% случаев, 25 человек (83,3%) беспокоила головная боль, 19 (63,3%) снижение памяти, 19 (63,3%) нарушения сна. Признаки тревожного расстройства выявили у 4 пациентов (13,3%): у 2 пациентов высокий уровень ситуационной тревожности и у 2 средний, у остальных уровень тревожности был низким. Исследование уровня депрессии по шкале Цунга выявило субдепрессивное состояние у 3 пациентов. Остальные пациенты признаков депрессии не обнаружили.

Анализ тяжести инсомнии показал отсутствие нарушений сна только у 4 (13,3%) пациентов, у 10 (33,3%) обнаружены легкие нарушения сна, 14 (46,7%) имеют умеренные нарушения сна и 2 (6,7%) - выраженные нарушения сна.

Заключение и выводы: Обобщая полученные данные, можно сделать вывод, что пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, длительное время после болезни отмечают плохое самочувствие и высказывают множество жалоб, преимущественно на утомляемость, нарушения сна и снижение памяти. Выявляются признаки тревожного и

депрессивного расстройства, по поводу которого пациенты нуждаются в обследовании, лечении и реабилитации у врача психиатра или психотерапевта. Жалобы на снижение памяти требуют уточнения уровня когнитивного дефицита и, по показаниям, назначения адекватной терапии.

- 1. Гусев Е.И, Мартынов М.Ю., Бойко А.Н. Новая коронавирусная инфекция и поражение нервной системы; механизмы неврологических расстройств, клинические проявления, организация неврологической помощи // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2020, 120(6).
- 2. Камчатнов П.Р., Соловьева Э.Ю., Хасанова Д.Р., Фатеева В.В. Астенические и когнитивные нарушения у пациентов, перенесших COVID-19 // РМЖ. Медицинское обозрение. 2021, 5(10).
- 3. Хорева, М.А. Постковидный синдром новая реальность. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С Корсакова. 2021, 121(10).
- 4. Morin CM, Belleville G, Belanger L, Ivers H: The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. Sleep 2011, 34(5).

Роль системного воспаления в развитии психопатологической симптоматики при COVID-19

Борчининов А.Е.¹, Воронова Е.И.², Вдовина И.В.³

¹Ординатор кафедры психиатрии ²доцент кафедры психиатрии, к.м.н. ³начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н, доцент Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации E-mail: aleksejborcininov@gmail.com

Пандемия, вызванная новым коронавирусом, ассоциированным с тяжелым острым респираторным синдромом (SARS-CoV-2), стала глобальной катастрофой человечества и вызвала бурный интерес учёных по всему миру к проведению большого числа научных исследований, направленных на изучение патогенеза, клинику, осложнений данного заболевания, а также разработку методов его профилактики и лечения [1]. Особую актуальность приобрело изучение отдалённых последствий поражения ЦНС и, в связи с этим развитие психоневрологической симптоматики у пациентов, перенесших СОVID-19.

В работе представлены данные литературы, посвященной изучению роли иммунологических механизмов системного воспаления в повреждении ЦНС и частоты проявления психопатологических расстройств у соматических пациентов.

В ходе анализа источников литературы было выявлено, что новый коронавирус обладает нейротропностью, и может способствовать активации различных звеньев иммунной системы, что провоцирует развитие цитокинового шторма у пациентов с COVID-19 [2,5]. Более того, было выявлено повреждение гематоэнцефалического барьера (ГЭБ), опосредованный активацией системы цитокинов, главным образом интерлейкина-1, интерлейкина-16, фактора роста некроза опухоли (TNF-alpha). При этом выраженный воспалительный ответ и проникновение компонентов крови периферических иммунных клеток в мозг способствовали нейровоспалению [4]. В клинике психопатологические симптомы, включая симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тревогу и депрессию, у пациентов с SARS-CoV-1 были зарегистрированы во время эпидемии атипичной пневмонии, а также через 1 мес, 1 год, 30 мес и более после заболевания [3]. В итальянском исследовании в когорте из 402 человек через 1 месяц после госпитализации по поводу COVID-19 в 56% случаев выявлялось минимум одно психическое расстройство (посттравматическое стрессовое расстройство, депрессия, тревожность, обсессивно-компульсивная симптоматика) [5]. В китайском исследовании через 6 месяцев после перенесенного COVID-19 беспокойство, депрессия и нарушения сна присутствовали примерно у четверти пациентов [6].

Таким образом, SARS-CoV-2 способен воздействовать на ЦНС, используя различные механизмы: он способен воздействовать на клетки головного мозга как напрямую, проникая через ГЭБ, так и опосредованно, через механизм развития системной воспалительной реакции, что приводит к формированию различных психопатологических проявлений.

Литература

1. Долгополов И.С., Менткевич Г.Л., Рыков М.Ю., Чичановская Л.В. Неврологические нарушения у пациентов с long COVID синдромом и методы клеточной терапии для их

- коррекции: обзор литературы. Сеченовский вестник. 2021; 12(3): 56–67. https://doi.org/10.47093/2218-7332.2021.12.3.56-67
- 2. Канорский С.Г. Постковидный синдром: распространенность и патогенез органных поражений, направления коррекции. Систематический обзор. Кубанский научный медицинский вестник. 2021;28(6):90-116. https://doi.org/10.25207/1608-6228-2021-28-6-90-116
- 3. Пизова Н.В., Пизов А.В. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции DOI: 10.24411/2071-5315-2020-12197
- 4. Шмуклер А.Б.Психоневрологические расстройства у пациентов с новой коронавирусной инфекцией как мультидисциплинарная проблема социальная и клиническая психиатрия 2021, т. 31 № 1
- 5. Heneka M.T., Golenbock D., Latz E., Morgan D., Brown R. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease. Alzheimers Res. Ther. 2020; 12(1): 69. DOI: 10.1186/s13195-020-00640-3
- 6. Huang C., Huang L., Wang Y., Li X., Ren L., Gu X., Kang L., Guo L., Liu M., Zhou X., Luo J., Huang Z., Tu S., Zhao Y., Chen L., Xu D., Li Y., Li C., Peng L., Li Y., Xie W., Cui D., Shang L., Fan G., Xu J., Wang G., Wang Y., Zhong J., Wang C., Wang J., Zhang D., Cao B. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. Lancet. 2021; 397(10270): 220–232. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32656-8

Актуальные проблемы взаимодействия врачей-психиатров и терапевтов в диагностике и лечении соматоформных расстройств: обзор литературы

Васильева Э.Н.

ординатор, кафедра неврологии и психиатрии с клиникой ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России Санкт-Петербург, Россия E-mail: evlali@list.ru

Соматоформные расстройства (СФР) — одно из видов психических расстройств, сопровождающихся телесными дисфункциями и вызывающее ряд организационных и клинических проблем у врачей-интернистов [1].

Для оценки основных проблем, связанных с диагностикой соматоформных расстройств в поликлиническом звене, проведен литературный обзор публикаций, где исследователи выдвигали гипотезы относительно решения этой проблемы и выявляли трудности, которые мешают эффективной диагностике и терапии.

Проанализировано 20 основных источников зарубежной литературы, взятых из электронной базы MEDLINE. В результате анализа выявлено, что в первичном звене доля пациентов составляет 20-30%, и 91% из них наблюдаются в первую очередь у врачей первичного звена, согласно данным немецкого фонда ОМС [2]. Частота встречаемости может быть и выше — только 3-33% опрошенных терапевта знают о диагнозе [3]. Вероятно, часть пациентов с СФР «спрятана» и под другими кодами МКБ-10.

Работать с соматизированными пациентами трудно: только у 50% можно добиться улучшения состояния, а курс лечения занимает от 6 до 15 месяцев [4]. Чтобы добиться подобных результатов, врачи-терапевты первичного звена должны уметь распознавать диагноз и оказывать соответствующую помощь, однако им не хватает навыков в этом. Специалисты нуждаются в обучении и поддержке психиатров.

Существует проблема распознавания диагноза и поиска надежных и достоверных диагностических шкал. Для использования в первичном звене ряд авторов рекомендует лишь 2 опросника — «Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации» (4ДДТС) и «Опросник здоровья пациента» (PHQ-15) [5]. Врачам-терапевтам следует оценивать жалобы у соматизированных пациентов с их помощью. Мета-анализ 10 РКИ показывает, что консультации психиатра в первичном звене улучшают общее клиническое состояние пациентов с СФР [6]. Некоторые источники указывают на необходимость создания мультидисциплинарной психосоматической бригады.

Что касается лечения, то наиболее актуальной проблемой является выстраивание терапевтического альянса (доверительных отношений) между врачом-терапевтом и пациентом. Ряд авторов предлагает обучать врачей-интернистов навыкам короткого психотерапевтического консультирования, используя технику реатрибуции.

Вывод. Несмотря на то, что соматоформное расстройство относится к классу психических расстройств, чаще всего таких пациентов можно встретить в первичном звене. Меньшинство терапевтов осведомлены о диагнозе и тактике ведения пациентов. Для этого рекомендуют повышать осведомленность врачей-интернистов о соматизированных расстройствах. Перспективно рассматривать применение специализированных опросников для оценки риска возникновения СФР в общетерапевтической практике. Следует рассмотреть возможность психиатрического консультирования в поликлиниках, а также создание мультидисциплинарных бригад. Изучается возможность давать краткие психотерапевтические интервенции, обучая им работников первичного звена.

- 1.International Classification of Diseases (ICD). [Электронный ресурс]: https://icd.who.int/browse10/2019/en (дата обращения: 07.10.2022).
- 2. Haller H. et al. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence //Deutsches Ärzteblatt International. -2015. Vol. 112. No. 16. P. 279.
- 3. Budtz-Lilly A. et al. Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care? //BMC family practice. -2015. Vol. 16. N o. 1. P. 1-10.
- 4. olde Hartman T. C. et al. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review //Journal of psychosomatic research. -2009. V. 66. No. 5. P. 363-377.
- 5. Sitnikova K. et al. Systematic review of measurement properties of questionnaires measuring somatization in primary care patients //Journal of psychosomatic research. 2017. Vol. 103. P. 42-62.
- 6. van der Feltz-Cornelis C. M. et al. Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials //Journal of psychosomatic research. − 2010. − Vol. 68. − №. 6. − P. 521-533.

Опыт психотерапии пациентки, страдающей эпилепсией

Bласова $E.B.^1$, Mахновская $\Pi.B.^2$

¹Ординатор 2-го года, ²Доцент, канд. мед. Наук Кафедра психотерапии и сексологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации Москва, Россия

E-mail: 1. dr.vlasova.e@gmail.com, 2. lvmah@yandex.ru

В докладе представлен клинический случай с анализом психотерапевтической работы клинического ординатора 2-го года в рамках производственной практики с пациенткой А. 34 лет, которая с 23 лет наблюдается у эпилептолога с диагнозом «Фокальная криптогенная эпилепсия». В настоящее время А. принимает тегретол 800 мг/сут.

В марте 2022г. пациентка обратилась за консультацией с жалобами на чувство напряжения («как будто пружина внутри сжимается»), на чувство «внутренней» агрессии и гнева, на назойливый самоанализ («хочу понять, кто я на самом деле», «в душе только иллюзия себя, не знаю, кто я есть») и анализ взаимоотношений с родственниками, в которых ощущает себя «зависимой, беспомощной, жертвой».

Особенности семейного анамнеза: бабушка по линии матери страдала эпилепсией; мать «контролирующая, холодная», в позднем возрасте перенесла депрессивный эпизод с «приступами необоснованного ужаса», суицидальными переживаниями; отец «подавляющий, не эмпатичный». В семье были частые скандалы. Родители развелись, когда А. было 18 лет.

Детство и юность А. отличались психологически сложными отношениями с матерью. С одной стороны мать жестоко обращалась с ней, била в приступах гнева, с другой стороны А. всегда чувствовала «внутреннюю зависимость от мнения матери» с невозможностью принятия решений без ее одобрения. В подростковом возрасте А. почувствовала себя «неуклюжим подростком, гадким утенком». Стала слушать «агрессивную» музыку, примкнула к панковскому движению. После окончания 11 классов школы около полугода проучилась в университете на факультете психологии, но затем учебу бросила. Вступила в связь с молодым человеком, употребляющим наркотики и алкоголь. «Мечтала о семье, детях», но ожидаемого ею предложения вступить в брак не последовало, и тогда А. с целью «привлечь к себе внимание», выпила «горсть таблеток и рюмку водки», попала в отделении реанимации. Не смотря на то, что молодой человек совершил кражу, А. хотела расписаться с ним в тюрьме, ездила на свидания с ним. Все это было «похоже на романтику».

В 23 года после употребления рюмки коньяка развился приступ агрессии, который сама А. не помнит. Через месяц после этого случился первый эпилептический припадок со сложной психической аурой (чувство тревоги, измененное восприятие пространства, звуков, собственного тела, «включаются голоса, как будто бы из радио»), потерей сознания, тоническими судорогами (длился примерно 1 минуту). Приходила в себя в чрезмерно тревожном состоянии, плакала, затем наступал длительный сон.

Подобные припадки повторились 8-10 раз. После назначения финлепсина ретарда 600 мг/сут состояние улучшилось и приступы прекратились. Окончила медицинский колледж, работала фельдшером бригады СМП. В 28 лет вышла замуж, в 29 лет родила дочь. На фоне самостоятельного снижения дозы до 200 мг/сут финлепсина (примерно в 27 лет) вскоре возобновились припадки. После назначения тегретола 400 мг/сут. приступы прекратились.

Настоящее ухудшение с декабря 2021 г. на фоне переутомления на работе. Внезапно развилось состояние с чувством измененного восприятия окружающего и собственного

тела, сопровождаемое аффектом страха и выраженной тахикардией. Подобные приступы стали учащаться. Обратилась к психотерапевту, был назначен алпразолам коротким курсом и сероквель 25 мг/сут. Вскоре эти приступы исчезли, но вышли на первый план внезапные вспышки гнева и злобной раздражительности (била посуду, могла ударить). После увеличения дозы тегретола до 800 мг/сут, дисфорические эквиваленты исчезли.

Наблюдая за пациенткой в течение 10 месяцев (проводится индивидуальная психотерапия с периодичностью сессий 1 раз в неделю), мы обнаруживаем у нее, свойственный эпилептикам, мозаичный склад личности (изменения личности) [1]. Эпилептоидный, психастенический, истерический радикалы в их утрированной Происходит выраженности пронизывают друг друга. «срастание авторитарнодисфорического мучительно-психастеноподобного» Эпилептоидные [2]. проявляются у А., например, в сверхценной убежденности в том, что ей позволительно говорить окружающим, как надо вести себя или в том, что ей нужно говорить собеседнику все, что думает и считает справедливым. Это сочетается с психастеноподобной беспомощностью, неуверенностью в себе, страхом ответственности. Сомневается, как ей лучше поступить. Истероподобные черты у А. нередко носят компенсаторный характер: важно услышать от врача, что она «особенная пациентка», что с ней «интересно заниматься». Дефензивность проявляется порою как утрированная любезность с оттенком слащавости. Все эти черты проникнуты инфантилизмом, незрелостью суждений, чрезмерной восторженностью.

Первой задачей психотерапии было установление рабочего доверительного контакта с пациенткой, направленного на преодоление «суженности <...> сознательной психической сферы», «сенсорного голодания» [3]. У пациентки со временем стал возникать «образ» «понимающий и поддерживающий». Беседы проходили в духе уважительного отношения к личности пациентки, к ее потребности детально проговаривать свои переживания. Ей была дана возможность подробно высказываться поначалу в форме обстоятельного «разветвляющегося» монолога. Постепенно в ходе терапии удалось выстраивать целенаправленный, структурированный «лечебный диалог», который всегда выдерживался в «ровном, сочувственном» тоне [3]. Беседы строились в духе «информационно-конструктивного метода» [3], направленного на: 1) «исследованиеузнавание» (выражение пациентки) проявлений болезни, неразрывно связанных с ценностными творческими особенностями собственной личности (принятие себя такой, какая она есть) [2]; 2) изучение своего характера через разнообразное творчество с постепенным формированием способов творческой самопомощи, например, посредством рисунка, чтения художественной («сопереживание персонажам, как будто это со мною происходит», - выражение пациентки) и специально подобранной психотерапевтической литературы (например, автобиографической прозы С.Т. Аксакова, «О характерах людей» М.Е Бурно) [2], письменного изложения своих претензий, обид, возмущений; 3) обучение способам саморегуляции через формирование «ритмической гармонии в образе жизни» [3] без переутомлений, недосыпаний, чрезмерных волнений и т.п.; 4) обучение общепринятым правилам поведения с акцентом на выгодности их соблюдения.

- 1. Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Красного, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова; отв. ред. Ю.А. Александровский. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 319-334.
- 2. Клинические разборы в психиатрической практике / под ред. проф. А.Г. Гофмана. М.: МЕДпресс-информ, 2009. С. 603-632.
- 3. Смирнов В.Е., Психотерапия при эпилепсии: учебное пособие / В.Е. Смирнов; ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования». М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. 104 с.

Связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями у медицинских работников скорой помощи и поликлиники

Гагина Ю.Р.

Врач

ГБУЗ «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» министерства здравоохранения Краснодарского края Краснодар, Россия E-mail: yulya.gorda94@mail.ru

Шель исследования

Определить уровень тревожности как состояния у медицинских работников скорой помощи, поликлиники и провести связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями.

Объект исследования

100 человек: 50 из которых сотрудники БСМП ПСМП №10, а вторые 50 -сотрудники МБУ «Каневская поликлиника №1».

Теоретические аспекты исследования

Тревожность — индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность и переживается в виде эмоций неопределенности, слабости бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности решиться. Она может проявляться в бегстве, «уходе» от ситуации, от потребности преодолеть проблему.

Тревожность состоит из двух компонентов: осознание физиологических ощущений (сердцебиение, потливость, пустота в желудке, стеснение в груди, подергивание коленей, дрожание голоса), осознание человеком того, что он нервничает или боится.

На физиологическом уровне реакция тревожности проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, увеличении артериального давления, возрастании единой возбудимости, понижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают негативную психологическую окраску.

Согласно теории тревожности, предложенной сторонниками концепции социального научения, существует два основных ее вида: личностная и ситуационная тревожность. Личностная тревожность представляет собой черту личности, которая формируется и закрепляется в раннем детстве.

Реактивная (ситуативная) тревожность – состояние субъекта в данный момент времени, которая характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Очень высокая тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Низкая тревожность, наоборот, характеризует состояние как депрессивное, ареактивное, с низким уровнем мотиваний.

Результаты и выводы исследования

Уровень ситуационной тревожности выше у работников поликлиники; чем выше тревожность, тем выше процент хронических соматических заболеваний; на скорой помощи работает больший процент здоровых людей (24% против 20%); при очень высокой тревожности в 86% случаев отмечалась сердечно-сосудистая и гастроэнтерологическая патология; у медицинских работников поликлиники наблюдается синдром эмоционального

выгорания. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональное истощение, чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой; деперсонализация— циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда; редукция профессиональных достижений, возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

- 1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. 1999.
- 2. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика //Медицинская помощь. -2003. №. 2. C. 25-29.
 - 3. Ананьев Б.А. Введение в психологию здоровья. 1999.

Отношение врачей непсихиатрического профиля к пациентам с психическими расстройствами: феномен социальной дистанции

Γ радинарь $A.\Pi.^1$, Яшихина $A.A.^2$

¹ординатор, ²ведущий специалист

¹кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии

²Международный научно-образовательный центр нейропсихиатрии

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства

здравоохранения Российской Федерации

Самара, Россия E-mail: Anna-Gradinar@mail.ru

Актуальность. Стигматизация пациентов с психическими расстройствами является одним из важнейших факторов, затрудняющих социальную адаптацию. Известно, что социальная дистанция в отношении пациентов с различной нозологической принадлежностью неодинакова и зависит преимущественно от болезненных проявлений (депрессия\психоз) [1]. Мало изучен феномен социального дистанцирования со стороны врачей непсихиатрического профиля, создающий дополнительные трудности для своевременного и качественного оказания медицинской помощи [2].

Целью данного исследования является изучение социальной дистанции (СД) между врачами непсихиатрического профиля и пациентами с различными психическими расстройствами.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие врачи – 141 человек, из которых 20 человек врачи-психиатры (n=20; средний возраст $-36,2\pm4,2$ лет) и 121 человек врачи непсихиатрического профиля (n=121; средний возраст – 25,9±2,2 лет). В группу врачей непсихиатрического профиля вошли врачи следующих специальностей: терапия (n=29; 20,6%), хирургия (n=19; 13,5%), акушерство-гинекология (n=26; 18,4%), неврология (n=11; 7,8%), педиатрия (n=6; 4,3%) и врачи других специальностей (включая урологию, офтальмологию и дерматологию) (n=30; 21,3%). Для оценки СД использовалась модифицированная шкала социальной дистанции Э. Богардуса (ШСДБ). Оценивалась СД к группам пациентов с алкоголизмом, биполярно-аффективным расстройством, депрессией, олигофренией, расстройством эпилепсией, личности, Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения ІВМ SPSS-27 (IBM Corp. 2021, лицензия для Самарского государственного медицинского университета) с применением непараметрического U-критерия Манна-Уитни между независимыми группами (врачи психиатрического и непсихиатрического профилей). За достоверность различий принималось значение Р≤0,05.

Результаты исследования показали, что врачей психиатрического непсихиатрического профиля сохранялись общие тенденции, которые позволили распределить группы пациентов в соответствии с СД: наименьшая СД в отношении пациентов с депрессией (M=3,65, SD=1,50 и M=3,44, SD=1,69 соответственно, U=1092, p=0,480) и наибольшая в отношении пациентов с наркоманией (M=5,25, SD=1,74 и M=6,19, SD=1,37 соответственно, U=826, p=0,008). Среди врачей непсихиатрического профиля наибольшая СД была выявлена у акушеров-гинекологов – M=6,27 (SD=1,40; U=170; p=0.026), терапевтов — M=6.62 (SD=0.90; U=157; p=0.003) и педиатров — M=7.00 (SD=0.01; U=24; p=0,017) по отношению к группе пациентов с наркоманией, в то время как неврологи демонстрировали более низкую СД по отношению к пациентам с депрессией – М=2,27 (SD=1,68; U=58; p=0,029) - и эпилепсией - M=2,82 (SD=1,47; U=53; p=0,016).

Выводы. Врачи как психиатрического, так и непсихиатрического профиля показали наиболее высокий уровень социальной дистанции по отношению к пациентам с наркоманией и наименее высокий – по отношению к пациентам с депрессией и эпилепсией.

Стигматизация со стороны врачей может затруднять оказание медицинской помощи отдельным категориям пациентов, что требует дальнейшего исследования. Более высокий уровень социальной дистанции по отношению к пациентам с наркоманией может быть следствием большей стигматизации таких пациентов и недостатка сострадания к ним. И наоборот, низкий уровень социальной дистанции по отношению к депрессии и сопутствующее эмоциональное принятие со стороны врачей может мешать своевременной диагностике и лечению на ранних стадиях.

- 1. Tsai C.-H., Kao Y.-C., Lien Y.-J. The Relationship between Individual-Level and Context-Level Factors and Social Distancing from Patients with Depression in Taiwan: A Multilevel Analysis of National Surveys // Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020. 17. 7109. doi.org/10.3390/ijerph17197109
- 2. Yashikhina A., Romanov D., Strelnik S., Gradinar A., Markina E., Kuvshinova N., Smirnova D. Non-Psychiatrist Healthcare Professionals' Attitudes Toward Patients with Mental Disorders: Lower Scores in Social Distance as a Fragile Facet of Public Stigma Against Depression // Psychiatr Danub. 2022. 34(Suppl 8).238-245.

Ольфакторная дисфункция в диагностике додементных нарушений

Дик К.П. ¹, Сиденкова А.П. ²

ординатор¹, кафедра Психиатрии, психотерапии и наркологии, заведующий кафедрой Психиатрии, психотерапии и наркологии, д.м.н., доцент ² ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Екатеринбург, Россия E—mail: darkoer@yandex.ru ¹ sidenkovs@mail.ru ²

Распространенность когнитивных нарушений, не достигающих степени деменции, в европейской популяции составляет 15-20% [1]. В течение года додементные расстройства конвертируют в деменцию в 11-13% [2]. Постепенное развитие нейродегенеративных заболеваний с длительным бессимптомным и малосимптомным периодом обусловливает потенциальную возможность обнаружения этих расстройств на додементном этапе, что актуализирует поиск доступных малоинвазивных способов их раннего выявления. путей новых диагностики опирается известные звенья нейродегенеративных заболеваний [3]. При старении, а также у людей с болезнью Альцгеймера (БА) в нейроцитах происходит гломерулярная дегенерация со значительной экспрессией белка-предшественника β-амилоида (Аβ), β-секретазы и комплекса γ-секретазы. На животных моделях нейродегенеративных расстройств обнаружена аберрантная сборка тау-белка в нерастворимые агрегаты с дальнейшей синаптической дисфункцией и гибелью нервных клеток [4]. Отдельные исследователи указывают на накопление агрегатов тау-белка (например, в нейронах темпоральной коры и обонятельной луковицы) в клетках обонятельного анализатора в течение жизни с большей интенсивностью в пожилом возрасте [5].

Ольфакторная дисфункция, особенно нарушение обонятельной идентификации, считается потенциальным ранним признаком нейродегенеративных расстройств. Процесс развития обонятельного анализатора объясняет его включение в регуляцию познавательных процессов и поведения. Источником образования всех частей органа обоняния является нервная трубка, симметричные локальные утолщения эктодермы — обонятельные плакоды и мезенхима. [6]. Дисфункция обоняния коррелирует с изменениями в грушевидных и островковых кортикальных слоях, медиальной префронтальной коры, гиппокампа, парагиппокампальной извилине, прилежащем ядре, медиальной и дорсолатеральной префронтальной кортикальной области [7]. Размер обонятельной луковицы уменьшается с возрастом, что отражает генерализованную атрофию, потерю нейрональных элементов и увеличение астроглии, вторичной по отношению к повреждению обонятельного эпителия. Клубочки являются первым синаптическим реле на обонятельном пути и играют основную роль в восприятии запаха. Обонятельные нервные окончания могут подвергаться возрастным дистрофическим и дегенеративным изменениям, связанным с усилением мечения амилоидогенных белков и влияющим на нейротрансмиссию и интеграцию в первом обонятельном синаптическом реле, Ав нарушает сетевую активность обонятельной луковицы in vitro и может вызывать нарушение обоняния [8]. Дегенеративный процесс при характеризующийся распространением патогенных белков. гиперфосфорилированного тау-белка, начинается в энторинальной коре и распространяется на структуры височной доли. Маркеры патологии БА (нейрофибриллярные клубки) выявляются в обонятельной луковице и трактах на этапе додементного когнитивного снижения, что приводит к неспособности сохранять и восстанавливать воспоминания о запахе и правильно идентифицировать запахи. Холинергический дефицит, возникающий в результате развития нескольких механизмов, включая повреждение базального ядра (ключевого холинергического ядра, которое проецируется на вовлеченные в обоняние области мозга), также участвуют в потере обоняния при БА [9].

Таким образом, обонятельные нарушения могут рассматриваться как клинические маркеры и предикторы додементных нарушений и могут помочь идентифицировать лиц с повышенным риском развития нейродегенеративных заболеваний. Исследование обонятельной функции является быстрым, малоинвазивным и доступным методом диагностики додементных когнитивных расстройств.

- 1. Екушева Е.В. Когнитивные нарушения актуальная междисциплинарная проблема. // РМЖ. 2018. №12(I). С. 32-37.
- 2. Campbell NL, Unverzagt F, LaMantia MA, Khan BA, Boustani MA. Risk factors for the progression of mild cognitive impairment to dementia. Clin Geriatr Med. 2013 Nov;29(4):873-93. doi: 10.1016/j.cger.2013.07.009. PMID: 24094301; PMCID: PMC5915285.
- 3. В.В. Базарный, А.П. Сиденкова, А.В. Резайкин, В.С. Мякотных, Т.А. Боровкова, Е.О. Селькина, Л.Г. Полушина, А.Ю. Максимова, Е.А. Ванькова. Возможность использования результатов исследования ротовой жидкости и буккального эпителия в диагностике болезни альцгеймера//успехи геронтологии. 2021. Т. 34. № 4. С. 550-557
- 4. Guo T, Noble W, Hanger DP. Roles of tau protein in health and disease. Acta Neuropathol. 2017 May;133(5):665-704. doi: 10.1007/s00401-017-1707-9. Epub 2017 Apr 6. PMID: 28386764; PMCID: PMC5390006.
- 5. Rosebud O. Roberts, Teresa J. H., Walter K. Kremers Association between olfactory dysfunction and amnestic mild cognitive impairment and Alzheimer disease dementia // JAMA Neurol. 2016. №73(1). C. 93-101.
- 6. Морозова С.В., Савватеева Д.М. Обонятельные расстройства у пациентов с нейродегенеративными и психическими заболеваниями. // РМЖ. 2014. №9. С. 673.
- 7. Насыров В.А., Тухватшин Р.Р., Талайбеков М.Т., Бедельбаев С.А. Состояние обонятельной системы у пожилого населения. // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. -2019. -№ 11 C. 75-78.
- 8. Yap AC, Mahendran R, Kua EH, Zhou W, Wang Y. Olfactory dysfunction is associated with mild cognitive impairment in community-dwelling older adults. Front Aging Neurosci. 2022 Aug 8;14:930686. doi: 10.3389/fnagi.2022.930686. PMID: 36004001; PMCID: PMC9393534.
- 9. Zhang J. Olfactory Loss-On the Road to Potential Diagnosis Criteria of Alzheimer Disease. JAMA Neurol. 2016 Jun 1;73(6):761-2. doi: 10.1001/jamaneurol.2016.0326. PMID: 27043005.

Иммунологические и клинические характеристики депрессивных эпизодов при биполярном аффективном и рекуррентном депрессивном расстройствах: предварительные результаты и расчет размера выборки

Долина А.А.¹, Соболевская П.А.², Чурилов Л.П.³, Петрова Н.Н.⁴

¹ ординатор кафедры психиатрии и наркологии;
² научный сотрудник;
³ к.м.н., доцент, заведующий кафедрой патологии;
⁴ д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии.
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет»,

Санкт-Петербург, Россия

E-mail: anastasiiadolina@mail.ru

На сегодняшний день появляется все больше доказательств роли нейровоспаления и иммунных нарушений в развитии и течении расстройств аффективного спектра [1]. диагностика Дифференциальная депрессивного эпизода В рамках биполярного аффективного расстройства (БАР) и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) затруднена, что связано с отсроченным развитием гипо-/маниакальных и смешанных эпизодов. Вместе с тем, согласно результатам зарубежных исследований, между депрессивными эпизодами в рамках БАР и РДР имеются как клинические (более ранний манифест, наследственная отягощенность и др.), так и биологические различия [2]. Предполагается, что одними из таких механизмов могут быть воспаление и дисрегуляции иммунной системы.

Целью данного исследования было проведение разведывательного анализа связи уровня IL-6 с клиническими и психометрическими характеристиками у пациентов с БАР и РДР и группы здорового контроля, а также расчет размера выборки для будущего исследования на пилотных данных. Данное исследование являлось кросс-секционным. В качестве участников включались лица мужского и женского пола европейского происхождения от 18 лет до 45 с диагнозами БАР (n=7) и РДР (n=3) с текущим депрессивным эпизодом, а также лица без психических расстройств в качестве группы сравнения (n=10). Критериями невключения было наличие сопутствующего психического расстройства, соответствующего критериям МКБ-10 в рубриках F00-09 и F20-29; аутоиммунных, а также острых и хронических инфекционных заболеваний, индекса массы тела более 30 кг/м². Использовались Шкала Монтгомери-Асберг для оценки депрессии, Колумбийская шкала оценки тяжести суицида. Клинической базой исследования являлась СПб ГБУЗ "Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко", лабораторная часть проводилась в Лаборатории мозаики аутоиммунитета СПбГУ. Концентрация IL-6 в сыворотке периферической венозной крови определялась методом иммуноферментного анализа. Для анализа малых групп (small sample statistics) для количественных переменных использовался критерий Манна-Уитни. Корреляционный анализ проводился с помощью критерия Спирмена.

При сравнении пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых участников обнаружено, что пациенты с расстройствами аффективного спектра имели более высокие уровни IL-6 в сравнении с участниками без психических расстройств (2 [1.1 - 2.2] vs. 0.8 [0.5 - 1.2]; W = 19.5, p-value = 0.02303). IL-6 имел значимые средние положительные корреляции с уровнем депрессии по MADRS (ρ = 0.6157344, p-value = 0.00384), а также с уровнем суицидальных мыслей (ρ = 0.5476583, p-value = 0.01243) и суицидальным риском на протяжении всей жизни (ρ = 0.5093314, p-value = 0.0218). Для расчёта размера выборки для будущего исследования использовались показатели уровней IL-6 в группах пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых контролей. Размер эффекта в нашем

исследовании составил Cohen's d = 1.262922 95%ДИ [0.23 - 2.29]. Учитывая большой разброс 95%ДИ, размер эффекта был установлен на уровне d = 0.8 (нижняя граница большого эффекта). Приемлемой считалась мощность теста, равная или превышающая 90%. Таким образом, для двухвыборочного t-теста размер выборки, необходимый для достижения данных критериев, должен составлять n=34 в каждую группу сравнения. Учитывая, что нельзя исключить использование непараметрических статистических критериев в будущем, то полученный размер выборки для t-теста следует увеличить на 15% до n=39 человек в каждую группу. Для категориальных переменных размер выборки рассчитывался по критерию Хи-квадрат Пирсона со следующими условиями: размер эффекта (ES)=0.3, степени свободы (dF) = 1, уровень значимости (p-value) = 0,05. В итоге для достижения порогового значения статистической мощности в 80% во всю выборку достаточно включить n=87 человек. Исходя из этого, для проведения исследования по изучению иммунологических биомаркеров РДР и БАР необходимо включить 127 человек - 44 пациента с РДР, 44 пациента с БАР (всего n = 88) и 39 участников без психических расстройств.

Таким образом, уровни провоспалительного цитокина IL-6 связаны с выраженностью депрессии и суицидальным риском. Полученные данные позволили произвести расчет размера выборки для проведения будущего исследования воспалительных биомаркеров РДР и БАР. Дальнейшее изучение нарушений регуляции иммунной системы при расстройствах аффективного спектра позволит уточнить механизмы их развития и открыть потенциальные возможности для аугментации терапии.

- 1. Eyre H., Baune B. T. Neuroplastic changes in depression: a role for the immune system //Psychoneuroendocrinology. 2012. T. 37. № 9. C. 1397-1416.
- 2. McIntyre R. S. et al. Bipolar disorders //The Lancet. 2020. T. 396. №. 10265. C.1841-1856.

Анализ связи степени выраженности болевого синдрома и когнитивных нарушений у пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом

Зычков Г.В.

Субординатор психиатр-нарколог
Кафедра психиатрии и наркологии
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Беларусь
E-mail: glebximbio.zychkov@gmail.com

Как известно, хронический болевой синдром оказывает негативное влияние на нормальное функционирование когнитивных процессов, что неоднократно подтверждалось рядом исследований с использованием методов нейропсихологического тестирования и нейровизуализации [1, 2]. Более того, некоторые авторы рассматривают сочетанное влияние болевого синдрома, депрессии и когнитивных нарушений как категорию «длительно инвалидизирующих состояний», которые значительно снижают качество жизни пациентов и создают ряд трудностей для подбора соответствующей терапии [5].

В исследование включены 63 пациента (средний возраст — 62,06±1,6 года) с «дискогенной радикулопатией» и болевым синдромом длительностью более трёх недель.

В качестве методик исследования использовалась «Визуальная аналоговая шкала оценки боли» (ВАШ) и «Краткая шкала оценки психического статуса» (англ. Mini-mental State Examination, MMSE)». Полученные данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0. Для оценки связи выраженности болевого синдрома с когнитивными нарушениями, применяли χ^2 Пирсона и таблицы сопряжённости. Различия считались достоверными при значении p<0,05.

При анализе результатов проведённого исследования, процентная выраженность нарушений когнитивных функций у пациентов с хронической болью распределилась следующим образом: отсутствие когнитивных нарушений — 22,2% (n=14), лёгкое когнитивное снижение — 12,7% (n=8), умеренное когнитивное снижение — 52,4% (n=33), лёгкая деменция — 7,9% (n=5), умеренная деменция — 4,8% (n=3). В свою очередь, при показателе «умеренная» боль (22,2%; n=14) преобладало отсутствие когнитивных нарушений (9,5%; n=28), при «сильной» боли (65,0%; n=41) преобладало умеренное снижение когнитивных функций (44,4%; n=28), а при показателе «нестерпимая» боль (12,7%; n=8) — лёгкая степень деменции (4,8%; n=3). Согласно полученным данным среди исследуемой группы преобладают пациенты, испытывающие «сильную» боль с показателем умеренного снижения когнитивных функций.

Кроме того, в нашем исследовании была получена статистически значимая связь между показателями «сильная боль» и умеренными когнитивными нарушениями (χ^2 =32,18, df=8, p=0,0001), что также было отмечено в исследовании Е. Whitlock и соавт., которые указывают на то, что длительность и выраженность болевого синдрома имеет положительную корреляцию со скоростью развития и степенью тяжести когнитивной недостаточности. Более того факт наличия хронического болевого синдрома, длящегося более пяти лет (особенно у лиц после 67 лет) увеличивает риск развития полноценной деменции в среднем на 7,7% [4].

При проведении оценки изменений в когнитивной сфере преобладали нарушения памяти, внимания, исполнительной функции и регуляторных функций (гибкости мышления, скорости обработки информации). Полученные данные соответствовали результатам других исследований, направленных на оценку функционирования познавательных процессов у пациентов с хроническим болевым синдромом, что может свидетельствовать о существующих закономерностях протекания данных нарушений [2, 3, 4].

Проведённое исследование в должной степени отражает наличие взаимосвязи между хронической болью и нарушениями когнитивных функций. Кроме того, согласованность с результатами тождественных научных изысканий подчёркивает масштабность и медикосоциальное значение данной проблемы.

- 1. Екушева, Е.В. Когнитивные нарушения у пациентов с хроническим болевым синдромом / Е.В. Екушева // Медицинское обозрение. 2020. №9. С. 573–577.
- 2. Когнитивные нарушения у пациентов с хронической болью в спине: возможные подходы к терапии / Д.В. Осипова [и др.] // Фарматека. 2019. №13. С. 40–46.
- 3. Когнитивные расстройства, ассоциированные с хронической болью / Н.Н. Коберская // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. − 2017. − №3. − С. 4–9.
- 4. Association Between Persistent Pain and Memory Decline and Dementia in a Longitudinal Cohort of Elders / E. Whitlock [et al.] // JAMA Internal Medicine. −2017. − №8. − P. 1146–153.
- 5. Humo M., Lu H., Yalcin I. The molecular neurobiology of chronic pain-induced depression // Cell and Tissue Research. -2019. $-\frac{N}{2}$ 10. $-\frac{P}{2}$. 21–43.

Интерпретативный бред (психопатологические проявления, реализующиеся в клиническом пространстве шизофрении)

Ильина Е. В. ¹, Дороженок И. Ю. ²

¹ординатор кафедры Психиатрии и психосоматики
²доцент кафедры Психиатрии и психосоматики, кандидат медицинских наук ИКМ им. Н.В.Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет)

Москва, Россия E-mail: ekaterinailina.v@gmail.com

Цель: Исследование интерпретативного бредового психоза, выступающего в психопатологическом пространстве шизофрении.

Задачи: Определение механизмов формирования, типологических вариантов интерпретативного бреда, аффиляции к дименсиональным психопатологическим структурам параноидной шизофрении.

Актуальность: В современных классификациях интерпретативный бред представлен как «бредовое расстройство»: в МКБ-11 обозначается шифром 6A24 [1], в DSM-5 – F22 (297.1) [2]. Распространенность бредового расстройства составляет 0,2% в популяции [3].

Выборка и методы: Критерии включения в исследование: больные шизофренией (F20 в МКБ-10) с клинической картиной, определяющейся интерпретативным бредом, в возрасте от 18 до 65 лет. Критерии исключения: нарушения органического генеза, тяжелые соматических заболевания и расстройства, связанных с употреблением психоактивных веществ. Проведено исследование 21 пациента в возрасте от 23 до 58 лет (ср. возраст 30,5 лет). Социодемографические и клинические характеристики указаны в табл.1 и табл. 2 соответственно. Выполнено комплексное клиническое обследование, включающее анализ анамнеза, изучение иммунологических параметров, патопсихологическое (оценка общих психических процессов; включая исследование интеллекта с использованием теста интеллекта Векслера) и психометрическое исследование с использованием шкал — ВАВЅ (шкала убеждений Брауна), Саlgary (шкала депрессии у больных шизофренией), PANSЅ (шкала оценки позитивных и негативных синдромов) на базе ГБУЗ ПКБ №1 ДЗМ им. Н. А. Алексеева (гл. врач — д.м.н., проф. Костюк Г.П.) и ФГБНУ НЦПЗ (директор — д.м.н., проф. Клюшник Т.П.).

Таблица 1. Социодемографические характеристики

Средний			Уровень образования,			Трудоустроенность, %				
возраст,			%							
лет										
40,2±7,1	В	Разведены	Не	Cp.	B.	B.	≥ 2	Работают	На	Безработные
	браке		состояли	спец.	H.		В.		пенсии	
			в браке							
	28,6	42,8	28,6	23,7	28,6	38,1	9,5	19	9,5	76,2

Ср. спец. – среднее специальное; В. – высшее; В. Н. – высшее неоконченное

Таблица 2. Клинические характеристики

Средний возраст начала	Средняя	Порядок		Наличие	группы
заболевания, лет	длительность	госпитализации, %		инвалидности	ı, %
	заболевания, лет				
29,5±6,6	10,7	По каналу	Плановый	2 группа	Нет
		СМП			
		90,5	9,5	23,8	76,2

СМП – скорая медицинская помощь

Результаты: Выделено 3* типа течения интерпретативного бреда:

- 1. Периодически повторяющиеся экзацербации (n=7) (ситуационно-провоцированные или аутохтонные) со стереотипным содержанием бреда, представленного идеями преследования, ущерба, особого значения и др. В качестве триггера могут выступать психогенные факторы (появление нового сотрудника на работе или соседей, семейные конфликты).
- 2. С постепенно развивающейся бредовой концепцией (n=5). Сопровождается расширением интерпретативной системы, вовлекающей коллег, членов семьи и других окружающих, и усложнением симптоматики.
- 3. Со стереотипными обострениями и периодическими транзиторными явлениями психического автоматизма (ПА) (n=8). Появление транзиторных вспышек ПА отмечено как в дебюте заболевания, так и в структуре более поздних экзацербаций. Проявляясь в рамках первого эпизода, ПА затем уступали развитию интерпретативного бреда высокой степени систематизации и в дальнейшем выступали в качестве воспоминания, включающегося в бредовую систему и интерпретируемого больным в качестве «подтверждения» концепции. Транзиторные явления ПА могут быть психогенно-провоцированы (смертью родственника, сменой места жительства и др.).

Проведенное патопсихологическое исследование свидетельствует о ведущей роли когнитивных расстройств в структуре изменения психического профиля. На первый план выступает общее обеднение умственной продуктивности больных (IQ по т. Векслера – 81,3±6,4) — ригидность и торпидность психомоторного темпа, снижение уровня абстрактного мышления, нарушения операционального компонента мышления по типу формализма и псевдоконкретности, утрата способности к смыслообразованию и анализу с формированием явлений паралогичности.

*Также наблюдался один случай периодической паранойи, описанной G.Borges.

- 1. Schultze-Lutter F, Meisenzahl E, Michel C. Psychotische Störungen in der ICD-11: Die Revisionen [Psychotic disorders in ICD-11: the revisions]. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2021 Nov;49(6):453-462. German. doi: 10.1024/1422-4917/a000777. Epub 2020 Dec 8. PMID: 33287579
- 2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington (US): American Psychiatric Association 2013 [DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596]
- 3. González-Rodríguez A, Seeman MV. Differences between delusional disorder and schizophrenia: A mini narrative review. World J Psychiatry. 2022 May 19;12(5):683-692. doi: 10.5498/wjp.v12.i5.683. PMID: 35663297; PMCID: PMC9150033.

Исследование значения духовности и религии при деменции Альцгеймеровского типа

Кадырова А. Р.¹, Левченко Е. В.², Останков С. Б.³

¹Клинический ординатор, кафедра психиатрии ФГБУ ДПО «Курский государственный медицинский университет». Курск, Россия

²К.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «Курский государственный медицинский университет». Курск, Россия

³К.м.н., заместитель главного врача по медчасти ОБУЗ ККПБ «Курская клиническая психиатрическая больница». Курск, Россия E-mail: alyaloony@gmail.com

Деменции позднего возраста, в том числе Болезнь Альцгеймера (БА) лишают людей, живущих с этим заболеванием, их независимости и самоуважения. Тяжесть медикосоциальных проблем, связанных с БА, в последние годы является одной из актуальных проблем геронтопсихиатрии. Понимание того, как пожилые люди справляются с этим, является важным шагом в повышении их адаптивных способностей и, в конечном счете, улучшении качества их жизни. Духовноориентированный подход – нарастающая тенденция современной психотерапии. Отмечается растущее общественное и научное осознание важности духовности и религии в вопросах психического здоровья. Для улучшения помощи и повышения качества жизни людей с деменцией и членов их семей, осуществляющих уход за ними, необходим широкий подход к этой проблеме с точки зрения общественного здравоохранения [1].

Цель исследования: найти доказательства того, что духовность и религия могут улучшить адаптивные способности и качество жизни людей с болезнью Альцгеймера и помочь замедлить прогрессирование заболевания.

Материалы и методы исследования: медицинская документация в женском гериатрическом отделении курской клинической психиатрической больницы. Из 64 пациенток выявлено 16 с установленным диагнозом БА, 12 из них сопоставимы по давности заболевания степени тяжести БА и проводимой медикаментозной терапии. Проведена беседа с родными и близкими пациенток, им был предложен опросник QDRS (шкала быстрой оценки деменции) [2].

Все пациентки в исследовании были разделены на три группы: 1) пациентки, у которых духовность прочно вошла в жизненный уклад (41,6%); 2) пациентки, обращавшиеся к религии и духовности от случая к случаю (33,3%); 3) никогда не обращавшиеся к религии (25,1%).

Полученные данные вынесены в табл.3.

Материалы статистически обработаны с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» При сравнении полученных данных использовался t-критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% (p<0,05).

Результаты и их обсуждение. По шкале быстрой оценки деменции (QDRS) в первой группе достоверно отмечено замедление прогрессирования расстройств внимания, общения, функций самообслуживания по сравнению с группами 2 и 3. Выявлена стабилизация когнитивного статуса и поведенческих реакций.

Табл. 3. Динамика суммарных оценок когнитивного статуса двигательных и эмоциональных дисфункций (по шкале QDRS) при разных типах отношения к религии духовности

	Д	(уховность и религи	RI
Шкала QDRS	Прочно в	От случая к	Редко или
	жизненном укладе	случаю	никогда
общий балл	11,1±7,7	12,3±2,2	12,3±6,3
ориентация	1,1±3,3	1,3±3,18	1,6±
память	1,2±2,8	1,3±3,11	1,6±1,9
пользование	1,2±2.6	1,4±2.88	1,4±1.89
туалетом			
речь, общение	1,1±3,99	1,2±4,16	1,4±5,01*
настроение	0,9±1,86	1,3±2,66*	1,3±4,33
внимание	1,1±2,12	1,2±3,23	1,3±2,6

Примечание: * - различия достоверны (p<0,05) между суммарной разницей баллов ответа между группами

Полученные результаты подчеркивают преимущества духовности и религии для здоровья. Духовность и религия, по-видимому, замедляют снижение когнитивных способностей. Присутствие духовности или веры в повседневной жизни позволяет людям принять свою болезнь, поддерживать отношения, сохранять надежду и находить смысл в своей жизни, тем самым улучшая её качество. Наблюдаемые преимущества следует рассматривать с осторожностью и включать в тщательные экспериментальные исследования в будущем.

- 1. Джаннули В, Джаннулис К. Взгляд на Медузу: деменция Альцгеймера через призму духовности и религии. Здоровье Психол Рез. 2020 Май 27;8(1):8833. doi: 10.4081/hpr.2020.8833. PMID: 32529092; PMCID: PMC7270639.
- 2. Левин О.С., Васенина Е.Е., Сонин А.Г. и др. Возможность использования шкалы быстрой оценки деменции в клинической практике: результаты многоцентрового проспективного исследования // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. 118(10). С. 40-47.

Компоненты личностной тревожности в структуре алекситимии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью

Ковалева А.Р.¹, Левченко Е.В.², Останков С.Б.³

¹студент кафедры психиатрии лечебного факультета ФГБУ ДПО «Курский государственный медицинский университет». Курск, Россия

²к.м.н., доцент кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «Курский государственный медицинский университет». Курск, Россия

³к.м.н., зам. главного врача по медчасти ОБУЗ ККПБ «Курская клиническая психиатрическая больница». Курск, Россия

E-mail: iriska0630@gmail.com

В эпоху перемен в Российской федерации широкое распространение получили различные формы зависимостей, которые возникают при попытке человека избежать трудностей И проблем путем бегства реальности. Изучение жизненных OT патопсихологических характеристик лиц, страдающих различными формами аддикций, является весьма актуальным, поскольку их возникновение ассоциировано с особенностями индивидуума. В современной литературе недостаточно знаний об алекситимии как психологическом феномене и психосоциальных аспектах её взаимосвязи с аддикциями. Алекситимия один из малоизученных предикторов алкогольной и наркотической зависимости. Высокие показатели алекситимии – частый признак зависимой личности, как в силу преморбидных личностных особенностей потенциальных аддиктов, так и в результате Феноменологически возникающего дефицита. алекситимия многогранна. Необходим системный подход к изучению степени ее выраженности, структуры, механизмов и условий формирования.

Такие характеристики, как личностная тревожность, агрессия и эмпатийные затруднения позволяют выделить их в отдельную психологическую категорию, обозначенную в качестве алекситимического пространства.

Известно, что личностная тревожность — не самостоятельный психологический феномен, а комбинация ряда отдельных эмоциональных состояний.

Цель исследования. Выявить компоненты личностной тревожности в структуре алекситимии у пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью для определения дальнейшей индивидуальной и наиболее эффективной тактики лечения.

Материалы и методы исследования. Нами были обследованы 13 пациентов мужского пола, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью (средний возраст 38±3,4года, давность заболевания свыше 5 лет), с помощью структурированного самоопросника «Торонтская алекситмическая шкала (TAS)» G.J. Taylor и соавт. Для определения уровней и разработанный структуры личностной тревожности использован Курском университете медицинском психометрический государственном дифференцированной оценки личностной тревожности (ТДОЛТ). В составе личностной тревожности выделяют 4 субшкалы, измеряемых вопросами суммарного опросника: 1-я – нервно-психическая возбудимость, 2-я – застенчивость, 3-я – соматовегетативная нестабильность, 4-я – низкая самооценка. В целом, ТДОЛТ позволяет оценить как общий уровень личностной тревожности, так и соотношение в ее структуре компонентов, т.е. позволяет выявить индивидуальные профили личностной тревожности [1,2].

Полученные результаты подвергались математическому анализу: посчитана средняя арифметическая, рассчитана достоверность различий с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных нами исследований были получены следующие результаты: у 8 пациентов (61,5%) наблюдается высокий уровень алекситимии (более 70 баллов); у 4 пациентов (30,8%) наблюдается пограничный уровень алекситимии (от 69 до 59 баллов); у 1 пациента (7,7%) наблюдался низкий уровень

алекситимии (менее 59 баллов). Уровень тревожности у исследуемых повышался в прямой корреляции с увеличением выраженности алекситимии. В наибольшей степени оказались нервно-психической возбудимости, повышены показатели соматовегетативной нестабильности и низкой самооценки. Таким образом, изучение структуры феномена возможно является перспективным направлением при алекситимии наркологическими пациентами. Существующие программы профилактики зависимостей лишь частично затрагивают коррекцию алекситимии. Необходимо дальнейшее изучение проблемы и разработка комплексных психотерапевтических программ, конкретный и действенный характер.

- 1. Plotnikov V.V., Severyanova L.A., Plotnikov, D.V. Differential Assessment of Personal Anxiety Test (TDOLT). Guidelines. Kursk: KSMU Ministry of Health and Social Development of Russia; 2012. (in Russian).
- 2. Особенности соотношения личностной тревожности и психической ригидности в структуре алекситимии / А. И. Зданович, Д. В. Плотников, И. А. Бельских, Е. В. Левченко // Вестник Уральской медицинской академической науки. − 2021. − Т. 18. − № 2. − С. 117-131.

Комплаентность больных шизофренией и факторы, на нее влияющие

Козинченко Н.Н.

аспирант,

кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии $\Phi \Gamma AOV BO$ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Белгород, Россия E—mail: ruzhenkova@yandex.ru

Актуальность. Одна из главных проблем пациентов психиатрической клиники — несоблюдение режима лечения с последующими частыми обострениями и социальной дезадаптацией (Швец К.Н., Хамская И.С., 2018; Maan CG, Hussain M, Heramani N, Lenin RK., 2016).

Материал и методы исследования. Обследовано 157 пациентов с диагнозом «Шизофрения» в возрасте 23–52 (38,5±8,1) года: 44,6% лиц мужского и 55,4% женского пола. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический

Результаты. Изучение клинической картины шизофрении показало, что во всех случаях это была параноидная форма: в 59,2% случаях с непрерывно-прогредиентным типом течения и в остальных 40,8% — приступообразно прогредиентным: у лиц мужского пола соответственно 60% и 40%, а у лиц женского пола 58,6% и 41,4% случаев. В подавляющем большинстве случаев — 85,4% психическое состояние пациентов при поступлении в психиатрический стационар характеризовалось преобладанием острой психопатологической симптоматики — преимущественно аффективно-бредовой и галлюцинаторно-бредовой.

Изучение комплаентности пациентов при помощи теста DAI-10 показало, что некомплаентными чаще (χ^2 =8,685 p=0,004 OR=2,8 95% CI=1,4-5,8) были лица мужского пола – 54,3%, чем женского – 31%. Полностью комплаентными оказались только 11,4% мужчин и 20,7% – женщин. Под влиянием родственников соглашались на прием лекарств почти половина пациентов женского и только треть – мужского пола.

Верификация комплаентности пациентов при помощи теста CRS показала, что фактически отсутствует комплаентность в 31,2% случаев, комплаентность под контролем—42% и в 26% случаев — безоговорочная комплаентность.

Сравнительный анализ числа пациентов с безоговорочной комплаентностью, выявленных при помощи теста DAI-10 выявил всего 26 (16,6%) человек, а по оценке врачей -42 (26,8%) человека, или в 1,6 раза больше (χ^2 =4,224 p=0,04 OR=1,8 95%CI=1,0-3,3). Вероятность (шанс) переоценки комплаентности клиническим методом врачом-психиатром в 1,8 раза выше, чем при использовании опросников. В последнем случае пациент не знает, что оценивается и более откровенен, чем при клиническом интервью. Таким образом, врачи-психиатры в определенной степени переоценивают комплаентность пациентов, — другими словами, завышают ее. Это связано с тем, что на вербальном уровне пациенты соглашаются на прием лекарств «как назначено врачом», а фактически, как будет показано далее, прием лекарств прекращают в течение недели после выписки из стационара.

Корреляционный анализ комплаентности, выявленной по шкале DAI-10 со шкалой CRS показал слабую прямую корреляционную зависимость (r=0,339 p=0,00001). Изучение соотношения комплаентности по тесту CRS и критики к болезни показало, что имеется прямая слабая и средняя корреляционная зависимость комплаентности от критики к болезни. Причем данная зависимость в некоторой степени у лиц женского пола выше, чем у мужчин. Данный факт необходимо учитывать при решении вопроса о выписке пациента из стационара.

Изучение психометрических характеристик пациентов при выписке показало следующее. Госпитальная шкала тревоги и депрессии выявила, что в совокупности 39,5% пациентов выписывались из стационара с тревогой, причем 15,9% — клинического уровня. Аналогичные данные получены и в отношении депрессии. Шкала безнадежности Бека показала, что все пациенты выписывались из стационара с безнадежностью различной степени выраженности: 41,4% с легкой и 58,6% — с умеренной.

Корреляционный анализ комплаентности со шкалой безнадежности Бека выявил слабую обратную корреляционную зависимость (r = -0.225 p=0.005). Выявлена слабая прямая корреляционная зависимость степени выраженности безнадежности с выраженностью тревоги (r = 0.376 p=0.000) и депрессии (r = 0.403 p=0.000) по шкале HADS. Выявлена слабая обратная корреляционная зависимость между депрессией и комплаентностью (r = -0.213 p=0.042).

Заключение. Фактически все пациенты, выписанные из стационара с симптомами депрессии и различной степени выраженности чувства безнадежности, в определенной степени будут некомплаентными. Определенная убежденность в том, что после выписки пациент будет принимать поддерживающее лечение может быть только в том случае, когда будет иметь место критика к заболеванию. Более того, критику при выписке целесообразно оценивать не по одному параметру, а с применением теста ШОПР (шкала отношения к психическому расстройству).

- 1. Швец К.Н., Хамская И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. №5 (2). С. 72-85.
- 2. Factors affecting non-compliance among psychiatric patients in the regional institute of medical sciences / Maan C.G., Hussain M., Heramani N., Lenin R.K. // Imphal. In Indian Journal of Psychiatry. 2016. № 58 (5). P. 104.

Сравнительное исследование черт темной триады и нарушенного типа привязанности у пациентов с пограничным личностным расстройством и депрессией

Козлов М.Ю.

Аспирант

ФГБУ УВО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации».

Медицинский психолог

ГБУЗ ПКБ №4 ДЗМ, Центр психолого-психотерапевтической помощи. Москва, Россия

E-mail: <u>420i33@mail.ru</u>

Исследования последних лет показывают, что сепарационный дистресс, особенно в экстремальных формах, например, в виде реактивного расстройства привязанности, связанный с неблагоприятным детским опытом, может не только повлиять на развитие внутренних рабочих моделей (типов привязанности) [1], но и затронуть структуры и функции мозга [2; 3] и даже изменить экспрессию определенных генов [4]. В данном исследовании сравниваем две группы пациентов, страдающих психическими расстройствами, развитии которых общепризнано значительное психосоциальных факторов, в особенности, влияния детской психической травмы, а именно пограничного личностного расстройства (ПРЛ) [6] и депрессии [7]. Помимо изучения непосредственно типов привязанности, нас интересовали медиаторные факторы, поскольку влияние психической травмы обширно, какие-то из личностных, поведенческих и когнитивных факторов оказывают большее влияние на развитие болезни, чем остальные. Одним из предположительных интегративных показателей, на наш взгляд, могут являться черты «темной триады», а именно: «макиавеллизм», «психопатия» и «нарциссизм».

В исследовании приняли участие 63 испытуемых, 34 с диагнозом депрессивного расстройства (F 32.0, F 32.1) (55.4% выборки) и 29 с диагнозом пограничного расстройства личности (F 60.3) (44.6% выборки). В выборку вошли 46 (71.9% выборки) испытуемых женского и 18 (28.1% выборки) мужского пола, средний возраст 24 года. Основной контингент представляли пациенты клиник пограничной и аффективной патологии ПКБ №4 им П.Б.Ганнушкина.

В нашем исследовании нашла подтверждение связь между ненадежным типом привязанности и чертами «темной триады» у пациентов с пограничным личностным расстройством, а именно положительная корреляция тревожного типа и черт «психопатии», отрицательная с «нарциссизмом», что хорошо согласуется с уже известными данными, и было показано в недавней статье, изучавшей тревожную привязанность и самокритику у пациентов с ПРЛ [7]. В исследовании не было выявлено различий по преобладающим типам привязанности и уровням психологического благополучия между обеими выборками, что может указывать на значительное перекрытие обеих когорт, трудности дифференциальной диагностики между двумя расстройствами и возможной схожестью механизмов развития. Противоречивые данные были получены на группе пациентов с депрессией, не показавшей значимых корреляций между ненадежными типами привязанности и чертами «темной триады». В недавнем мультиуровневом исследовании была показана умеренная взаимосвязь (размер эффекта) между депрессией и ненадежными типами привязанности (r=.31), однако авторы предупреждают, что результаты сильно зависят от страны, дизайна исследования, пола, измерительных инструментов.

Проблемой представляется и гендерная диспропорция респондентов, вошедших в исследование, в целом соответствующая эпидемиологии обоих расстройств, а именно: преобладание женщин в группе риска развития депрессии, составляющее почти 2/1 и пограничного расстройства 3/1. Дальнейшие исследования, при преодолении выявленных ограничений, позволят пролить свет на связь темной триады, нарушенного типа привязанности и депрессии.

- 1. Breidenstine A.S., Bailey L.O., Zeanah C.H. et al. Attachment and Trauma in Early Childhood: A Review // Journal of Child & Adolescent Trauma. 2011. V. 4. № 4. P. 274–290.
- 2. Schore A.N. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health // Infant Mental Health Journal. $-2001. V.\ 22. N 1. P.\ 7-66.$
- 3. Vrtička P., Vuilleumier P. Neuroscience of human social interactions and adult attachment style // Frontiers in Human Neuroscience. 2012. V. 17. № 6. P. 221.
- 4. Bosmans G., Young J. F., Hankin B. L. NR3C1 methylation as a moderator of the effects of maternal support and stress on insecure attachment development // Developmental Psychology. -2018. V. 54. N 1. P. 29-38.
- 5. Buchheim A., Diamond D. Attachment and Borderline Personality Disorder // Psychiatric Clinics of North America. -2018. V. 41. No. 4. P. 651-668.
- 6. Куфтяк Е.В., Слюсарев А.С., Козлов М.Ю., Иваницкая Е.Д. Небезопасная привязанность и депрессия у взрослых // Психологический журнал -2021. Том 42. № 5 С. 17-23
- 7. Sato M., Fonagy P., Luyten P. Rejection Sensitivity and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Anxiety, Need to Belong, and Self-Criticism // Journal of Personality Disorders. -2019.-V.34.-N 2.-P.273-288.

Психические нарушения в остром периоде COVID-19

Колпаков Е.А.¹, Воронова Е.И.², Вдовина И.В.³

¹Ординатор кафедры психиатрии
²доцент кафедры психиатрии, к.м.н.
³начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н., доцент

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации Москва, Россия E-mail: e.kolpakov0055@yandex.ru

По данным научной литературы в структуре психиатрических расстройств у пациентов с острой формой коронавирусной инфекции легкой и средней степени тяжести преобладают расстройства тревожно-фобического спектра, депрессивные расстройства, соматизированные расстройства.[1] При тяжелом течении заболевания, на фоне интоксикационного синдрома, возможно развитие симптоматики психотического регистра: острого бреда, слуховых и зрительных галлюцинаций, состояний помрачнения сознания.[2]

Были проанализированы данные медицинской документации пациентов, госпитализированных в ЦКБ УДП РФ в период с апреля 2020 по июль 2022 года с диагнозом: U07.1 — Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов) (п — 3936). По итогам анализа, была сформирована выборка пациентов (п-188), имевших в периоде госпитализации задокументированные жалобы, осмотры профильных специалистов (психиатров, психотерапевтов, клинических психологов). Оценка психоневрологической симптоматики проводилась на основе данных медицинской документации. Средний возраст пациентов в группе исследования составил 75,5 лет. Средняя длительность госпитализации — 14 дней. 100% пациентов могут быть отнесены к тяжелому и крайне тяжелому течению COVID-19 [3]. 30 % пациентов проходили лечение в условиях ОРИТ. Распространенность психических нарушений составила 4,8%. Интерпретировав результаты, можно разделить структуру психоневрологической симптоматики у пациентов с острой формой коронавирусной инфекции на следующие категории:

- Тревожно-фобическая симптоматика: у 18% пациентов (n-34) наблюдались состояния, которые проявлялись тревожно-ипохондрическими интрузивными мыслями, страхом смерти, нарушениями сна по типу трудностей засыпания и проч.
- Депрессивная симптоматика: у 13% пациентов (n-24) наблюдались выраженные депрессивные состояния, протекающие в рамках реактивных и эндореактивных депрессий
- Психотическая симптоматика: у 12,2% пациентов (n-23) была обнаружена развернутая картина соматогенного делирия с дезориентацией в пространстве, собственной личности, дезорганизацией мыслительных процессов, неразборчивой речью, психомоторным возбуждением, галлюцинаторной симптоматикой.
- Соматоформная симптоматика: наблюдалась у 14,4% пациентов (n-27), преимущественно в виде болезненных ощущений различной локализации в грудной клетке, в области сердца, в голове, в конечностях.

• Расстройства сна: наблюдались у 45,2% пациентов (n-85), возникали как в рамках тревожно-фобического и депрессивного симптомокомплекса, так и в качестве адаптационной инсомнии.

У пациентов из групп тревожно-фобической, депрессивной, и психотической симптоматики были оценены лабораторные показатели воспаления в периферической крови на момент поступления. По полученным данным обнаруживается не только статистически значимое различие в уровнях СРБ, ПКТ, ИЛ-6, Д-димеров, ферритина в исследуемых группах, но и взаимосвязь с тяжестью течения основного заболевания. Так, пациенты из группы психотической симптоматики имели наибольшую частоту возникновения осложнений основного заболевания (ПОН, ОРДС, септический шок).

Настоящее исследование, основанное на анализе доступных клинических данных, подтверждает гетерогенность структуры психопатологических нарушений в группе пациентов, госпитализированных с острой формой коронавирусной инфекции, а также обнаруживает взаимосвязь между выраженностью психоневрологической симптоматики, течением основного заболевания и данными лабораторной диагностики.

- 1. Deng J., Zhou F., Hou W. et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis // Ann N Y Acad Sci. 2021. Vol. 1486 (1). –Pp. 90–111. DOI: 10.1111/nyas.14506
- 2. Brown E., Gray R., Lo Monaco S. et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research // Schizophr Res. 2020. Vol. 222. Pp. 79–87. DOI: 10.1016/j.schres.2020.05.005
- 3. Временные методические рекомендации "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 16 (18.08.2022)" (утв. Минздравом России).

Телепсихиатрия и другие передовые технологии в период пандемии COVID-19 (обзор иностранных источников)

Кочергина М.С.¹, Вдовина И.В.²

¹Ординатор кафедры психиатрии
²Начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Е-mail: mashakochergina.98@gmail.com

В конце 2019 года в Китае был выделен новый коронавирус (COVID-19), который, в связи с его высокой контагиозностью, привел к глобальной пандемии, влючая введение социального дистанцирования во многих странах мира. Самоизоляция, играя важную роль в возникновении тревожных и депрессивных симптомов [1] и ухудшая состояние пациентов с установленными психическими расстройствами [2], также стала ключевым препятствием на пути к получению психиатрической помощи для населения. Таким образом, пандемия вызвала острую потребность во внедрении инновационных технологий в сферу охраны психического здоровья.

В ходе анализа литературы выявились очевидные преимущества использования телепсихиатрических методик. Многие пациенты отмечают удовлетворенность дистанционным получением психиатрической помощи в связи с уменьшением затрат и времени на дорогу и ожидание приема специалиста; часть пациентов чувствуют себя более «защищенными» в виртуальном пространстве, вследствие чего были более открытыми и честными по отношению к специалистам [3]. Исследования S.G. Simpson et al. показали, что терапевтический комплаенс между врачом и пациентом в психотерапевтических сессиях в формате видеоконференций достигается в той же мере по сравнению с очными консультациями [4].

У организации психиатрической помощи в дистанционном формате имеются определенные недостатки. Для некоторых групп пациентов использование телемедицинских технологий представляется затруднительным; к ним относят пациентов с острыми психотическими симптомами, лиц с высоким суицидальным риском, а также лиц с нарушениями слуха, зрения и расстройствами интеллекта [5]. Технические аспекты, такие как невозможность подключения, внезапные отключения от эфира, низкокачественное воспроизведение аудио и видео негативно влияют на телепсихиатрическую сессию [5]. Несмотря на доступность Интернета, литературные источники [6] описывают явление «digital divide» и показывают, что пожилые люди и лица в затруднительной социально-экономической ситуации не используют ресурс Интернета, и, соответственно, не в состоянии воспользоваться возможностями телепсихиатрии.

Большим ограничением телемедицинской практики в целом является проблема конфиденциальности. Клиницисты и пациенты высказывают свои опасения по поводу доступа посторонних лиц к персональным данным [5]. В связи с этим организациям, обслуживающим телемедицинские серверы, необходимо адаптировать платформы под соответствующие нормативно-правовые акты о конфиденциальности.

Несмотря на то, что дистанционные технологии оказания медицинской помощи прошли большой путь развития, их ожидает еще множество изменений, и в будущем телепсихиатрия сможет полностью реализовать свой потенциал возможностей.

- González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav Immun. 2020 Jul;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040. Epub 2020 May 13. PMID: 32405150; PMCID: PMC7219372.
- 2. Spencer-Laitt D, Eustis EH, Barlow DH, Farchione TJ. The Impact of COVID-19 Related Social Distancing on Mental Health Outcomes: A Transdiagnostic Account. Int J Environ Res Public Health. 2022 May 28;19(11):6596. doi: 10.3390/ijerph19116596. PMID: 35682179; PMCID: PMC9180779.
- 3. Richardson LK, Frueh BC, Grubaugh AL, Egede L, Elhai JD. Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. Clin Psychol (New York). 2009 Sep 1;16(3):323-338. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x. PMID: 20161010; PMCID: PMC2758653.
- 4. Simpson SG, Reid CL. Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. Aust J Rural Health. 2014 Dec;22(6):280-99. doi: 10.1111/ajr.12149. PMID: 25495622.
- 5. Cowan KE, McKean AJ, Gentry MT, Hilty DM. Barriers to Use of Telepsychiatry: Clinicians as Gatekeepers. Mayo Clin Proc. 2019 Dec;94(12):2510-2523. doi: 10.1016/j.mayocp.2019.04.018. PMID: 31806104.
- 6. Choi NG, Dinitto DM. The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth literacy, and attitudes toward computer/Internet use. J Med Internet Res. 2013 May 2;15(5):e93. doi: 10.2196/jmir.2645. PMID: 23639979; PMCID: PMC3650931.

Характеристика аттенуированных симптомов шизофрении

Кузнецова А.Р.

Ординатор

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» Медицинский факультет, кафедра психиатрии и наркологии Санкт-Петербург, Россия E-mail: anisiya74@gmail.com

Разработка методов профилактики, раннего распознавания и начала лечения, персонализированных подходов к терапии и адаптации такого тяжелого заболевания как шизофрения — перспективные цели современного здравоохранения [1]. Ранними маркерами шизофрении могут служить ее ослабленные (аттенуированные) симптомы. Эти симптомы достаточны для клинического распознавания, но недостаточны для постановки диагноза шизофрении. Они могут появиться задолго до манифестации заболевания и представляют собой психопатологические феномены из группы позитивных, негативных симптомов и симптомов дезорганизации. Эти симптомы можно разбить на группы аффективных и когнитивных [2]. Однако по другим данным изолированные аттенуированные психотические симптомы (АПС) могут встречаться при других психических заболеваниях и не имеют самостоятельного предиктивного значения [3]. На данный момент сформированы представления о группе высокого клинического риска развития психоза, характеризующейся наличием АПС [4].

Материал исследования: обследован 21 пациент (7 мужч. и 14 женщ.). В основную группу вошли пациенты с диагнозом шизофрении. Критерии включения: возраст от 18 до 35 лет; диагноз МКБ-10 F20.0-20.9 Шизофрения; первый эпизод. В группу сравнения вошли пациенты с клиническим риском развития шизофрении. Критерии включения: возраст пациента 18-25 лет; диагнозы МКБ-10 F21 (Шизотипическое расстройство) или F32.1 (Депрессивный эпизод средней степени тяжести).

Методы исследования: клинико-катамнестический метод; архивный метод; клинико-шкальный метод (PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale — шкала позитивной и негативной симптоматики; SOPS — The Scale of Prodromal Symptoms — шкала продромальной симптоматики; PSP — Personal and Social Performance scale — шкала личного и социального функционирования; CAINS — Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms — интервью клинической оценки негативных симптомов; BACS — Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia — краткая оценка когнитивных функций при шизофрении); статистический метод: программа Microsoft Office Excel 2010.

Результаты: в группе пациентов с шизофренией АПС чаще всего представляли собой персекуторные идеи (50% пациентов), идеи отношения (40%), идеи особого значения и воздействия (по 30%). В группе сравнения 18,2% имеют персекуторные идеи, а 27,3% — идеи отношения. Выявлено, что АПС чаще встречаются и больше выражены у лиц мужского пола. Семейное насилие и опыт травли в детских коллективах способствует большей выраженности гипобулии — одного из базисных симптомов. Степень выраженности АПС прямо коррелирует с тяжестью позитивных и негативных симптомов у пациентов с шизофренией. Наличие АПС ассоциировано с ухудшением функционирования пациентов с шизофренией и лиц, имеющих риск развития шизофрении.

Выводы: Наличие АПС ухудшает прогноз психического расстройства, как клинически, так и по показателю социального функционирования пациентов.

- 1. WHO. Mental Health Action Plan 2013–2020. Geneva: World Health Organization, 2013.
- 2. Patel, K. R. Schizophrenia: overview and treatment options / K. R. Patel, J. Cherian, K. Gohil, D. Atkinson // P T. 2014. № 39 (9). P. 638–645. PMID: 25210417; PMCID: PMC4159061.
- 3. van Os, J. A critique of the "ultra-high risk" and "transition" paradigm / J. van Os, S. Guloksuz // World Psychiatry. 2017. № 16 (2). P. 200–206.
- 4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5TM. American Psychiatric Association. Washington, DC, 2013. 947 p.

Риски нейродегенеративных заболеваний после инфекции COVID-19. Методы нейровизуализации в ранней диагностике болезни Альцгеймера.

Макина А. С.¹, Воронова Е.И.², Вдовина И.В.³

¹Ординатор кафедры психиатрии
²доцент кафедры психиатрии, к.м.н.
³начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации Москва, Россия
Е-mail: alvmakina@gmail.com

Научные лидеры разных стран еще в начале пандемии COVID-19 предсказывали повышение числа заболеваемости деменцией после перенесенной инфекции. Растущее количество свидетельств воздействия SARS-CoV-2 на ЦНС, данные об общности патогенеза БА и COVID-19 поднимают ключевые вопросы о выявлении факторов, определяющих риски последующего снижения когнитивных функций, развития болезни Альцгеймера и других видов деменций [2,4].

На фоне инфекции COVID-19 ожидаемо выросло число пациентов с когнитивными нарушениями в целом, и болезнью Альцгеймера в частности [5]. В ретроспективном исследовании Wang QQ et al. (2020) проанализировано более 61 млн. электронных медицинских карт (EHR) и показано, что пациенты с деменцией подвергаются значительно большему риску заражения COVID-19, а также риску 6-месячной госпитализации и смертности, по сравнению с пациентами без деменции [8]. В проспективном исследовании Lu et al. (2020) было выявлено возможное нарушение микроструктурной и функциональной целостности мозга на стадиях восстановления после COVID-19 [7]. О возможной взаимосвязи риска развития БА и COVID-19 свидетельствуют также результаты исследования G. Douaud и соавт. (2022), выполненное с помощью британского биобанка мозга, где было показано, что у пациентов с перенесенным COVID-19 в большей степени уменьшался объем серого вещества в орбитофронтальной коре и парагиппокампальной извилине, в областях, функционально связанных с первичной обонятельной корой, а также регистрировалось более выраженное уменьшение общего объема головного мозга [6]. В ретроспективном когортном исследовании L. Wang et al. (2022) на основе электронных медицинских карт (TriNetX) было проанализировано более 6 млн. пожилых человек в возрасте >65 лет. Было показано, что пожилые люди, инфицированные COVID-19, демонстрируют на 50-80% более высокий риск впервые возникшей болезни Альцгеймера в течение года по сравнению с контрольной группой, при этом самый высокий риск болезни Альцгеймера у людей в возрасте ≥85 лет и у женщин [9]. В связи с этим, закономерно с каждым годом растет интерес к максимально ранней диагностике старческой деменции. Изменения, обнаруживающиеся с помощью ПЭТ и фМРТ, появляются раньше макроструктурных, выявляемых методами КТ/МРТ. Используя ПЭТ с выявлением βамилоида (АВ) и тау – белка можно провести раннюю и дифференциальную диагностику болезни Альцгеймера [3]. Функциональная МРТ (фМРТ) сейчас активно используется в психиатрии как один из основных методов исследования мозговых структур и их патологий, позволяя оценить изменения вещества головного мозга при БА на микроструктурном и функциональном уровнях [1].

Таким образом, понимание долгосрочных последствий COVID-19 на когнитивные функции имеет важное значение для мониторинга снижения когнитивных функций у пожилых людей. Необходимо продолжить изучение влияния COVID—19 на нейродегенеративные заболевания, проверку данных на основе других ресурсов, долгосрочное наблюдение, понимание механизмов и изучение других типов деменции. Применение современных методов нейровизуализации у пациентов с когнитивными нарушениями позволяет выявлять изменения на ранних стадиях развития патологического процесса, проводить дифференциальную диагностику, а также дает возможность уточнить степень выраженности и распространенность поражения в коре и подкорковых структурах с целью определения прогноза и тактики проводимого лечения.

- 1. Беляев А., Пек Кюнг К., Бреннан Н., Холодный А. Применение функциональной Магнитно-резонансной томографии в клинике// Russian electronic journal of radiology /www.rejr.ru/. 2014. Т. 4 №1. С. 14-23
- Боголепова А. Н. COVID-19 и болезнь Альцгеймера // Нервные болезни. 2021. №2. С. 8-11
- 3. Власенко А.Г., Минтон М.А. Прижизненная оценка накопления β-амилоида в головном мозге человека // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2009. Т.3. №2.
- 4. Захаров В.В. Постковидный синдром глазами невролога / В. В. Захаров // Поведенческая неврология. 2021. № 2. С. 14-22.
- 5. Мосолов С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV82 // Современная терапия психических расстройств. 2021. № 3. С. 2–23.
- 6. Douaud, G., Lee, S., Alfaro-Almagro, F. et al. SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank // Nature. 2022. Vol. 604. P. 697-707.
- 7. Lu Y., Li X., Geng D. et al. Cerebral micro-structural changes in COVID-19 patients an MRI-based 3-month follow-up study // EClinicalMedicine. 2020. Vol. 25. P.100484.
- 8. Wang QQ, Davis PB, Gurney ME, Xu R. COVID-19 and dementia: Analyses of risk, disparity, and outcomes from electronic health records in the US // Alzheimer's Dement. 2021; 17 P.1297–1306.
- 9. Wang, Lindsey et al. Association of COVID-19 with New-Onset Alzheimer's Disease // Journal of Alzheimer's Disease. 2022. Vol. 89 P. 411 414.

Изменение функциональной коннективности трех основных нейросетей головного мозга у пациентов с биполярным аффективным расстройством I типа

Маркин К.В.

ординатор, кафедра психиатрии
Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение
высшего образования «Военно-медицинская академия
имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: vmeda.work@ya.ru

Введение: биполярное расстройство все чаще связывают с изменением функциональной коннективности нейросетей головного мозга. Имеются данные, в соответствии с которыми нарушения функциональной коннективности у пациентов с биполярным расстройством наблюдаются в трех основных сетях мозга — сети исполнительного контроля, салиентной сети и сети пассивного режима работы мозга. Однако причинно-следственная связь между этими тремя сетями при биполярном расстройстве остается неизвестной. Также неясно, влияет ли актуальное состояние пациента на момент сканирования на изменения в данных нейросетях.

Методы и материалы: данные фМРТ в состоянии покоя были получены от 36 пациентов с биполярным расстройством I типа и 51 здорового человека. Анализ независимых компонент был использован для исследования различий функциональной коннективности трех сетей мозга между всеми пациентами с биполярным расстройством и контрольной группой, а также между пациентами, находящимися в эутимическом состоянии и депрессивном состоянии. Оценка актуального состояния проводилась с помощью батареи тестов: шкала мании Янга (YMRS), шкала Гамильтона для оценки депрессии (HAMD-28).

Результаты: по сравнению со здоровыми контрольными группами у всех пациентов с биполярным расстройством наблюдалось изменение функциональной коннективности внутри и между сетью исполнительного контроля и салиентной сетью, а также между этими двумя сетями и сетью пассивного режима работы мозга. У пациентов, находящихся в депрессивном состоянии, в сравнении с пациентами в эутимическом состоянии, наблюдалось повышение функциональной коннективности в сети исполнительного контроля в регионах, связанных с активирующим эффектом, наряду с пониженными тормозным влиянием салиентной сети на сеть исполнительного контроля и сеть пассивного режима работы мозга.

Заключение: полученные результаты подтвердили, что у пациентов с биполярным расстройством измененная функциональная коннективность обнаруживается внутри и между тремя основными сетями мозга. Кроме того, различный аффективный фон пациентов с биполярным расстройством может быть отражен в измененных паттернах эффективной коннективности. Измененная эффективная коннективность может стать важным диагностическим показателем биполярного расстройства и инструментом дифференциальной диагностики депрессивной фазы заболевания, что может существенно улучшить подбор терапии и стратегии лечения.

Литература

1. Cattarinussi, G., Bellani, M., Maggioni, E., Sambataro, F., Brambilla, P., & Delvecchio, G. (2022). Resting-state functional connectivity and spontaneous brain activity in early-onset bipolar disorder: A review of functional Magnetic Resonance Imaging studies. *Journal of Affective Disorders*, 311, 463–471. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.05.055

- 2. Vargas, C., López-Jaramillo, C., & Vieta, E. (2013). A systematic literature review of resting state network—Functional MRI in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(3), 727–735. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.083
- 3. Yoon, S., Kim, T. D., Kim, J., & Lyoo, I. K. (2021). Altered functional activity in bipolar disorder: A comprehensive review from a large-scale network perspective. *Brain and Behavior*, 11(1), e01953. https://doi.org/10.1002/brb3.1953

Информативность когнитивных вызванных потенциалов для военноврачебного освидетельствования военнослужащих с психическими расстройствами

Марченко $A.A.^{1}$, Лобачев $A.B.^{2}$, Хабаров И.Ю. 3 , Володарская $A.A.^{4}$

¹ д.м.н., профессор, ²д.м.н., доцент, ³ к.м.н., преподаватель, ⁴ ординатор кафедры психиатрии федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail: andrew.marchenko@mail.ru, doctor.lobachev@gmail.com, dr.khabaroff@mail.ru, everythingiam@mail.ru

В настоящее время проведение ВВЭ в Вооруженных силах МО РФ регламентировано Положением о ВВЭ, утвержденным Постановлением Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 и введенным в действие Приказом Министра обороны РФ от 20 октября 2014 г. № 770 [1, 2]. Уже сейчас между диагностическими критериями психических расстройств (ПР) в МКБ 10-го пересмотра и критериями вынесения экспертных решений Положения о ВВЭ нет полного соответствия по количественной (уровневой) оценке выраженности большей части ПР. Имеющиеся (не по всем ПР) временные (прогностические) параметры диагностических критериев МКБ 10-го пересмотра в Расписании болезней не нашли своего отражения, при этом, в формулировках заключений ВВЭ в статьях Расписания болезней имеются такие термины как «стойкий», «кратковременный», «затянувшийся», «длительный», которые подвержены субъективной трактовке в ходе ВВЭ.

Между тем, непрерывное развитие информационных технологий позволяет включать в процесс клинических исследований не только традиционные методы диагностики, но и использовать новые методы объективизации и нейровизуализации, в том числе и электрофизиологические методики.

В качестве одного из перспективных дополнительных методов количественной оценки психопатологических проявлений нами рассматривается метод когнитивных вызванных потенциалов (КВП), позволяющий получить нейрофизиологические параметры, характеризующие процессы, связанные с произвольным вниманием, процессами опознания и принятия решения [3].

Для оценки диагностической информативности КВП при ВВЭ были изучены данные более 40 научных исследований за последние 10 лет в области изучения вызванных потенциалов у пациентов с ПР, при повреждении различных структур головного мозга и их функциональных нарушениях, обобщены результаты применения данного метода в исследовании познавательных способностей, интегративных функций. Можно сделать вывод, что оценка параметров, связанных с изменениями различных компонентов комплекса КВП, может позволить повысить объективность диагностических и прогностических заключений в отношении военнослужащих с ПР.

Анализ исследований показал, что существуют достоверные различия значимости КВП при разных ПР, таких как: расстройства шизофренического спектра, аффективные расстройства, аддиктивная патология.

Следует отметить, что существуют и определенные проблемы, связанные с практической реализацией диагностических методов с использованием ВП. В частности, обследование лиц с ПР с применением метода когнитивных ВП невозможно без клинико-психопатологического метода. Также, нередко, для повышения требуется использование прогностической точности, других дополнительных нейрофизиологических методик, что обусловливает невозможность самостоятельного и обособленного применения метода когнитивных ВП. Основным препятствием (экономическим) для большего распространения данного метода в медицинских учреждениях является необходимость дополнительного оборудования, а также обучение специалистов для проведения качественных исследований и оценки полученных результатов. Другой актуальной проблемой является большая вариативность числовых данных, получаемых разными исследователями, а также сложность в стандартизации диагностических параметров для определения четких нормативных значений. Кроме того, изменения параметров когнитивных ВП, характерных для определенных групп психических расстройств, на сегодняшний день остаются до конца не изученными, что требует дальнейших исследований в этой области.

Несмотря на имеющиеся сложности в использовании методики когнитивных ВП, следует отметить, что ее внедрение может помочь определить граничные значения и критерии диагностики, оценки эффективности проводимого лечения и прогноза психических расстройств. В рамках дименсионального диагностического подхода наряду с использованием методов объективизации и нейровизуализации это позволит также уточнить критерии экспертных заключений при проведении ВВЭ у военнослужащих с психическими расстройствами.

- 1. Постановление Правительства РФ от 04.07.2013 г. № 565 (ред. от 29.06.2022 г.) «Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе».
- 2. Приказ Министра обороны РФ от 20 октября 2014 г. № 770 «О мерах по реализации в Вооруженных Силах Российской Федерации правовых актов по вопросам проведения военно-врачебной экспертизы».
- 3. Павлов К. И., Мухин В. Н., Сырцев А. В. Когнитивные вызванные потенциалы в изучении психических процессов и военно-профессиональной адаптации / К. И. Павлов, В. Н. Мухин, А. В. Сырцев [и др.] // Медицинский академический журнал. − 2018. − Т. 18. № 1. C. 34-44.

Синдром моральной ипохондрии при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра

Маршанская М.А.¹, Лобанова В.М.²

¹клинический ординатор, ² старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук ^{1, 2} Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ

Министерства науки и высшего образования Российской Федерации Москва, Россия

E-mail: mariamarshh@mail.ru

E-mail: lobanovanika@gmail.com

Введение. Ипохондрия как клиническое образование, не ограничивающееся исключительно областью соматоформных проявлений, и включающее феномены диссоциации психической сферы, была впервые описана J. Falret [1] в границах конструкта моральной ипохондрии еще в XIX веке. В дальнейшем эта концепция получила развитие в целом ряде исследований XX века: «ипохондрия утраты собственных функций» W. Jahrreiss [2], «деперсонализационно-ипохондрический синдром» G. A. Ladee [3] и др. С начала XXI века интерес к исследованию феномена моральной ипохондрии возрос [4], что находит отражение в разработке концептов «нейрокогнитивной ипохондрии» К. Воопе [5] и «тревоги о психическом здоровье» Р. Salkovskis [6]. Тем не менее, несмотря на достигнутые результаты, ряд вопросов, касающихся психопатологических характеристик синдрома моральной ипохондрии, клиническом пространстве шизофрении реализующегося В шизофренического спектра, до настоящего момента остаются малоизученными.

Объекты. 20 пациентов с установленным диагнозом шизофрении и расстройств шизофренического спектра (F20, F21 по МКБ-10), в клинической картине которых преобладают ипохондрические состояния, соответствующие критериям, используемым в классификациях W. Jahrreis, G.A. Ladee, K. Boone для выделения особых форм «ипохондрии утраты собственных функций», «деперсонализационно-ипохондрического синдрома» и «нейрокогнитивной ипохондрии».

Методы. Психопатологический, психометрический (Шкала оценки негативной симптоматики – SANS, Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии – HADS, Шкала диссоциативного опыта – DES, опросник тревоги о психическом здоровье - MHAI), статистический.

Результаты. По результатам проведенного пилотного исследования были выявлены два варианта синдрома моральной ипохондрии:

- 1) Синдром моральной ипохондрии с явлениями дефектной деперсонализации (К. Haug [7]). Формируется на базе двух психопатологических доменов: а) изменения личности по типу дефектной деперсонализации с явлениями эмоциональной холодности, аффективной бедности, утраты витального контакта с реальностью (ангедония-асоциальность SANS $-3,3\pm0,2$; апатия-абулия SANS $-2,5\pm0,3$); б) постпроцессуальная ипохондрия развития, объектом которой становятся сформировавшиеся негативные изменения (R MHAI/SANS: 0,865).
- 2) Синдром моральной ипохондрии с явлениями психической анестезии («психопатическое отчуждение»/ «отчуждение эмоционального участия» по К. Leonhard [8]). Формируется за счет соучастия двух психопатологических синдромов: а) изменения личности по типу сенситивного ипохондрического развития личности в сторону нарастания черт тревожной мнительности, обостренной рефлексии и самонаблюдения («спазм рефлексии» по G.A. Ladee [3]). б) диссоциативные (круга anaestesia psychica dolorosa) и аффективные (дистимические, депрессивные симптомокомплексы),

выступающие в качестве объекта ипохондрической фиксации (R DES/MHAI: 0,675; R HADS/MHAI -0,765).

- 1. Falret J. Societe medico-psychologique. Paris, 1866; 410–413
- 2. Jahrreis W. Das hypochondrishe Denken. Arch Psychiatr Nervenkr 1930; 92: 686–823
- 3. Ladee G. Hypochondrical syndromes. Amsterdam, 1966
- 4. Commons, Della et al. A Preliminary Investigation into Worry about Mental Health: Development of the Mental Health Anxiety Inventory. Behavioural and cognitive psychotherapy vol. 44,3 (2016): 347-60
- 5. Boone K.B. Commentary on Cogniform disorder and cogniform condition: Proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms, Archives of Clinical Neuropsychology, 2007; 22: 675–680
- 6. Salkovskis P.M. et al. "The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis." Psychological medicine vol. 32,5 (2002): 843-53
- 7. Haug K. Depersonalisation und Verwandte Erscheinungen. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeb. von O. Bumke). Ergaenzungsband. Erster Teil. Berlin Heidelberg GMBH: Springer Verlag, 1939. S. 134-204
- 8. Drei Formen von Entfremdung im Psychotischen und Psychopathischen, Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift f. d. ges. Neurologie. 1959. 200, 66-84.

Клинические факторы, способствующие развитию расстройств пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом

Махкамова Н. С.

Врач-психиатр
Городская клиническая психиатрическая больница,
Ташкент, Узбекистан
Е-mail: aelita-mia@mail.ru

Актуальность. Рост аддиктивного поведения в подростковой среде вызван рядом причин. Одну из групп аддиктивного поведения составляют нарушения пищевого поведения подростков: нервная анорексия и булимия [1]. Проблема расстройств пищевого поведения в подростковом возрасте приобретает всемирные масштабы, поскольку приводит к нарушению здоровья, летальному исходу, что вызывает необходимость её всестороннего изучения и поиск современных, эффективных методов работы в этом направлении, что является целью исследования [2].

Цель исследования: изучить факторы, способствующие развитию расстройств пищевого поведения у подростков с сахарным диабетом.

Результаты и обсуждения. Объект исследования – 102 подростка больных сахарным диабетом 1 типа с расстройствами пищевого поведения (F50) в возрасте от 10 до 19 лет, находящихся на стационарном или амбулаторном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии им. Академика Ё.Х. Туракулова. Было выделено 2 группы пациентов: І группа —больные с РПП с СД 1 типа (n=34 человека), II группа — больные с РПП с СД 2 типа (n=32 человека). Достоверность отличий определялась по U-критерию Манна-Уитни, корреляционные связи по критерию корреляции рангов Спирмена. Результаты считались достоверными при р <0.05. Среди больных I группы 87% пациентов имели нарушения пищевого поведения. Структура нарушений пищевого поведения в І группе пациентов: ограничительный тип ПП (58% пациентов), экстернальное ПП (49% пациентов), эмоциогенный тип ПП (37,5% пациентов). У пациентов II группы преобладал эмоциогенный тип ПП — 39%, ограничительный и экстернальный типы ПП составили 18% и 27% соответственно. Пищевое поведение у пациентов I и II групп имеет достоверные отличия по ограничительному и экстернальному типам (p=0,031 и p=0,046 соответственно). По частоте эмоциогенного ПП достоверных отличий между группами не выявлено (р=0,39). В І группе обнаружены прямые корреляционные связи средней силы между ограничительным ПП (р=0,437 при р=0,016), частотой самостоятельного измерения уровня глюкозы (ρ =0,65 при p=0,002) и уровнем глюкозы натощак и после еды (ρ =0,63 при р=0,003 и р=0,613 при р=0,0018 соответственно) и обратная корреляционная связь с психическим компонентом здоровья (ρ = -0.522 при p=0.002).

Заключение. При сочетании РПП и СД коррекция пищевого поведения становится важной, но трудновыполнимой задачей. Нарушения пищевого поведения связаны с соматоэндокринными и психоэмоциональными расстройствами, что требует наблюдения эндокринолога, а также гастроэнтеролога и психотерапевта при ведении этой группы пациентов.

- 1. Безисюк, Е.В. Современные представления о нервной анорексии / Е.В. Безисюк, Е.Е. Филин // Медицинская помощь. -2010.
- 2. Marilov V.V. The role of psychotherapy in the complex treatment of patients with anorexia nervosa. M.: Academy, 2010.

Проблемно-ориентированный (тип "D") личностный тип у женщин и функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта

Мелёхин А. И.

клинический психолог высшей квалификационной категории, кандидат психологических наук, доцент, Москва, Россия E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Актуальность исследования. Такое набирающее с каждым годом распространение функциональное желудочно-кишечное расстройство как синдром раздраженного кишечника (СРК), имеет широкий спектр инвалидизирующих проявлений. Этиология по сей день неясна, и синдром классифицируется как «функциональный» из-за отсутствия каких-либо органических причин и больше рассматривается в плоскости оси микробиота-энтеральная (кишечная) нервная система - центральная нервная система (brain-gut-microbiome axis) как нарушение взаимодействия между данными системами (disorders of gut-brain interaction) [1]. Появляется все больше данных о том, что на возникновение и поддержание СРК влияют определенная группа психосоциальных стрессоров. Высокие показатели сопутствующей психиатрической патологии у пациентов с СРК указывают на то, что аффективные симптомы могут быть специфической и неотъемлемой частью, а не специфическим синдромом, связанным с данным хроническим кишечным заболеванием. Клинические случаи расстройств настроения и тревожного спектра хорошо изучены у пациентов с СРК с использованием современных диагностических процедур и привели к рекомендациям о том, как наилучшим образом выявлять и интегрировать их лечение для достижения наиболее высокого результата, однако это не сняло проблему рефрактерного течения и склонность пациентов реагировать на те или иные ситуации желудочно-кишечной специфической тревогой. Однако по сей день в отечественной клинической психологии и психотерапии структура личностной организации была потеряна при распознавании СРК. Личность, как почти постоянная характеристика, представляет интерес, влияя на продолжительность боли, тяжесть и функциональные нарушения при различных заболеваниях, но очень мало известно, что наблюдается при СРК. Было обнаружено, что (нейротизм, дисфункциональная личностные характеристики добросовестность, к соматизации аффекта, ипохондрические фиксации, алекситимия, склонность негативная аффективность) пациента играют определенную роль в течении и выздоровлении от данного заболевания, приверженности лечению [3].

Нашими зарубежными коллегами показано, что от 40 до 68% пациентов с СРК имеют *проблемно-ориентированный (страдающий) личностный тип* (type D personality) [3;4], который характеризуется негативной аффективностью и социальной интроверсией (торможением).

При отрицательной аффективности пациент склонен испытывать все более негативные эмоции, такие как тревога, депрессия и враждебность. При социальном торможении пациент не желает выражать эмоции из-за страха быть отвергнутым и уровня самооценки. Эти пациенты испытывают высокий эмоционального стресса, чувства безнадежности, подавляют свои чувства, склонны к большему количеству физических симптомов (реагируют соматизацией на стрессы), хуже реагируют на гастроэнтерологическое лечение, имеют короткую ремиссию, склонны к развитию рефрактерного течения СРК. Этот тип личности распространен у 20% населения в целом [4]. Согласно существующим исследованиям, этот тип личности за счет наличия выраженных когнитивно-поведенческих искажений (дихотомическое обобщение, мышление, гадание, чрезмерное чтение мыслей, игнорирование положительных аспектов, навешивание ярлыков, несправедливое сравнение) предсказывает плохое физическое здоровье и считается фактором риска психических расстройств, особенно депрессии.

Цель исследования: провести пилотное исследование с целью изучения взаимосвязи между личностными типом «D» и желудочно-кишечными симптомами у пациентов с диагностируемым синдромом раздраженного кишечника

Участники исследования: 200 пациентов женского пола, средний возраст составлял 35 лет в диапазоне от 18 до 51 года, Работали — 77%, находились в отношениях — 74%. Средняя длительность заболевания 33,1±40,9 месяцев, что говорит о рефрактерном СРК. Пациенты обращались к врачу-гастроэнтерологу и у них был диагностирован по МКБ 10 - синдром раздраженного кишечника (К58) и Римским IV критериям СРК. Пациенты были исключены из исследования, если у них было органическое желудочно-кишечное расстройство, серьезное заболевание, снижающее продолжительность жизни, серьезное когнитивное или психическое расстройство или прием психофармакотерапии.

Методики исследования: шкала оценки желудочно-кишечной специфической тревоги (Gastrointestinal Symptom Rating Scale, GSRS) и проблемно-ориентированного личностного типа (type D Scale-14, DS-14).

Результаты исследования. Предварительно было показано, что средний общий балл по шкале GSRS у пациентов составил $51,9\pm12,3$ балла, что указывает на выраженную желудочно-кишечную специфическую тревогу, склонность реагировать на различные жизненные события болевыми проявлениями, диареей, рефлюксными проявлениями. 71,3% пациентов с СРК имели тип личности D с более выраженным преобладанием негативной аффективности (гнев, раздражительность, враждебность, депрессивность). Статистически значимо были выше проявления диареи (p=0,01) и рефлюксных проявлений (p=0,001), абдоминальных болей (p=0,001) у пациентов с личностным типом D. Применение множественного регрессионного анализа показало, что в целом желудочно-кишечная специфическая тревога (общий балл по GSRS) и специфические проявления (диарея, боль, за исключением подшкалы рефлюкса) были значимыми предикторами личностного типа D, объясняющие 37% общей дисперсии (β = 0,391; p<0,001).

Выводы. Личностный тип «D» можно рассматривать в качестве важной психологической детерминанты индивидуальных различий в клиническом течении СРК. Негативная аффективность как одно из измерений личностного типа «D» может оказывать неблагоприятное влияние на качество жизни пациента с СРК. Следовательно, необходимо дополнительное внимание при построении тактики лечения у пациентов с СРК с типом личности «D», а также при проведении когнитивно-поведенческой терапии.

- 1. Мелёхин А. И. Специфика эмоциональной дисрегуляции у женщин с различными типами синдрома раздражённого кишечника // Неврологический вестник. 2022. № 1. С. 31–45.
- 2. Мелёхин А. И. Роль желудочно-кишечной специфической тревоги и алекситимии как предикторов выраженности синдрома раздражённого кишечника у женщин // Неврологический вестник. 2021. Т. 53, № 1. С. 34–41.
- 3. Muscatello M, Bruno A, Mento C. Personality traits and emotional patterns in irritable bowel syndrome. // World J Gastroenterol. 2016;22(28):6402-6415.
- 4. Sararoudi R, Afshar H, Adibi P F. Type D personality and quality of life in patients with irritable bowel syndrome. // J Res Med Sci. 2011 Aug;16(8):985-92.

Изучение субъективной аутентичности и параметров жизнестойкости у лиц, пострадавших в результате военных действий

Мельниченко В.В.

Ассистент

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии кандидат медицинских наук Донецк, Россия E-mail: original7771@mail.ru

Первое систематическое обсуждение взаимосвязи между физическим и психологическим стрессом, вызванным непосредственным воздействием военной ситуации на широкие массы людей, восходит к Первой мировой войне. Боевые приемы, которые там применялись, представляли собой новые типы боевого стресса, которые не существовали во время предыдущих войн.

В мировой истории посттравматическая психопатология была известна под разными названиями после череды войн: «солдатское сердце» времен Гражданской войны, «контузия» времен Первой мировой войны, «боевая усталость» времен Второй мировой войны, отсроченный стресс времен войны во Вьетнаме, «афганский синдром».

В современном понимании синдром посттравматического стрессового расстройства представляет собой смесь навязчивых воспоминаний о травматическом событии, избегания напоминаний о нем, эмоционального оцепенения и чрезмерного возбуждения. Хотя предполагается, что вызывающий стресс фактор находится «за пределами диапазона нормального человеческого опыта» и концептуализируется с опасными для жизни боевыми действиями в качестве модели, концепт посттравматических стрессовых состояний постоянно расширяется [1]. Мы предположили, что базовые структуры личности – аутентичность и жизнестойкость – существенно изменяются под действием боевого травматического опыта и его последствий в виде посттравматических стрессовых реакций/состояний.

Рабочая гипотеза настоящего исследования предполагает, что аутентичность в различных жизненных сценариях порождает психологическую адаптацию, тогда как неаутентичность имеет пагубные личные и межличностные последствия, особенно у лиц с выраженными посттравматическими стрессовыми состояниями. В исследовании приняло участие 44 респондента в возрасте от 21 до 60 лет, которые были разделены на 2 группы: группа 1 – респонденты женского пола в составе медицинского персонала больницы в количестве 18 человек (40,9%); группа 2 – респонденты мужского пола с дезадаптивными посттравматическими стрессовыми состояниями в рамках рубрики «Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами» МКБ-10 (Z55-Z65) - 26 чел. (59,1%). Для измерения аутентичности была использована русскоязычная версия аутентичности» А. Вуда в адаптации С.К. Нартовой-Бочавер [2]. Поиск связей аутентичности с основными параметрами жизнестойкости осуществлялся с помощью анализа показателей «Теста жизнестойкости» (S.Maddi).

При интерпретации данных было обнаружено, что субъективно на достаточном уровне оценивали свою аутентичность 100% испытуемых 1-ой группы, из которых у 10 (55,6%) не отмечалось самоотчуждение и 14 (77,8%) отрицали влияние внешнего источника на их жизнедеятельность. Во 2 группе только 10 (38,5%) воспринимали себя подлинно аутентичными, 12 (46,2%) принимали на себя внешнее влияние, что у 17 (65,4%) способствовало самоотчуждению. Было обнаружено статистически значимое различие показателя «Аутентичная жизнь» в зависимости от пола: для женщин

внутренняя стабильность «Я» и соотнесение себя с физической половой идентификацией составляют важную часть «истинного» существования. Умение ценить свое участие в повседневной деятельность воспринималось 2-й группой респондентов как недостаточное (17 чел.- 60,7%). Такая же тенденция наблюдалась и в отношении «Контроля» и «Принятия риска» – по 12 чел. (46,2%) соответственно. В зависимости от половой принадлежности были установлены статистически достоверные различия. Мужчины более заинтересованы в оптимальной жизнестойкости, которая продиктована реальными негативными переживаниями непосредственного соприкосновения с ситуациями военного времени, а также настоящим психическим статусом на уровне реактивной и невротической тревоги.

Было показано, что в условиях существования и эскалации военного конфликта умение справляться со стрессовыми ситуациями, т.е. быть жизнестойким, брать на себя ответственность за процесс и накопление опыта – недостаточно, так не удовлетворяется аутентичного существования человека В травматическом посттравматическом периоде. Посттравматические стрессовые состояния в контексте функционирования характеризуются неаутентичного личности как состояния, способствующие неудачному ее выздоровлению. Для поддержания достаточной аутентичности требуется новая поисковая активность или дополнительная актуализация смысловых конструктов по самоопределению, самоотношению, направленных на сохранение подлинной человеческой жизни, восстановление целостности личности и ее способности к самореализации.

- 1. Selye H. Stress and psychiatry. Am J Psychiatry. 1956, Vol. 113, pp. 423–427.
- 2. Бардадымов В.А. Аутентичность личности подростков на разных стадиях аддиктивного поведения: Автореф. дис. ... канд. пси-хол. наук. М.: 2012.

Фазные негативные расстройства при аффективной патологии

Mунирова $A.A.^1$; Борисова $\Pi.O.^2$

¹клинический ординатор, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) ² научный сотрудник, ФГБНУ Научный центр психического здоровья Москва, Россия adelya5398@gmail.com, bori.pauline@gmail.com

Цель настоящего исследования — изучение и анализ собственной казуистики «фазных» эмоционально-волевых нарушений (структура, динамика), формирующихся в рамках биполярных и шизоаффективных расстройств.

Результаты. Возможность формирования эмоционально-волевого дефицита при длительном течении маниакально-депрессивного психоза (в особенности, при тенденции к континуальной смене фаз) отмечалась многими авторами [1, 2, 3, 4]. О. Binswanger (1907) выделяет у больных маниакально-депрессивным помешательством феномен раздражительности и безволия, несдержанности, неустойчивости аффекта. А.Г.Галачьян (1929) в исходах многократных приступов маниакально-депрессивного психоза наблюдал т.н. «отживание психики» (нарастающая пассивность, ослабление внутренних побуждений к деятельности, снижение энергии), «потерю выразительности и яркости психики».

Е.Ктаерelin [5] допускает возможность формирования негативных симптомов при биполярном аффективном расстройстве, преимущественно волевого дефицита - характеризует состояние пациентов по миновании депрессивного эпизода как малоактивное, требующее неустанного побуждения извне. У части пациентов вслед за маниакальными эпизодами выступали отчетливые эмоциональные изменения — безразличие к близким, эгоизм, расстройства влечений.

В качестве очередного этапа, означающего значительный прогресс в изучении негативных дименсий может рассматриваться исследование J. F. Greden и R. Tandon [6] посвященное «фазно» манифестирующим негативным расстройствам. По наблюдениям авторов, «фазные» расстройства ассоциированы с хорошим прогнозом, поддаются лекарственным интервенциям и нивелируются в периоды ремиссии. Транзиторные («фазные») негативные симптомы авторами противопоставляются «дефицитарным». Последние отличаются стойкостью и персистируют на всем протяжении заболевания. В приведенной монографии психопатологическая структура обозначенных вариантов негативных симптомов четко не дифференцируется, однако допускается возможность ассоциации уплощения аффекта (blunted affect) и алогии (alogia) со сниженным уровнем преморбидного функционирования. Транзиторные негативные нарушения вероятно представлены дименсиями ангедония-асоциальность (anhedonia-asociality) и апатия-абулия (avolition-apathy).

Анализ данных собственной ограниченной казуистики позволяет предположить гетерогенность структуры «фазных» эмоциональных и волевых нарушений, варьирующих в зависимости от полярности аффекта, однако не подверженных полному обратному развитию при становлении интермиссий.

Так, маниакальные состояния сопровождает дизрегуляция эмоциональной сферы (blunted affect) с формированием проявлений дефицитарной эйфории: расстройствами влечений (промискуитет, прием ПАВ), (В.А. Гиляровский, 1954), проявлениями регрессивной синтонности (Barahona Fernandes H.J., 1949), двигательной расторможенности. Профессиональная деятельность приобретает характер первичной аутистической активности (E.Minkowsky, 1927; Мухорина А.К., 2018) с переоценкой

трудовых возможностей, внезапной сменой рода деятельности при крайнем пренебрежении семейными обязанностями.

Депрессивным эпизодам свойственно преобладание «фазных» нарушений полярного типа: в противовес регрессивной синтонности при мании, отмечается депрессивная аутизация с признаками стойкой социальной изоляции. Маниакальную эйфорию сменяет ангедония, формируется апатия, абулия и двигательная заторможенность, вплоть до выраженной адинамии.

Выводы. Основываясь на данных, ограниченных числом наблюдений, можно предположить (в порядке рабочей гипотезы) гетерогенность в структуре негативных изменений при биполярной и шизоаффективной патологии по ведущим доменам (blunted affect/avolition) в зависимости от полюса (мания/депрессия), которые, развиваясь в структуре фаз, частично сохраняются и в периоды интермиссий.

- 1. Krafft-Ebing R. V. Moral insanity //The textbook of insanity based upon clinical observations. -1879.
- 2. Binswanger O., Siemerling E. Lehrbuch der psychiatrie //Lehrbuch der psychiatrie. 1907
- 3. Галачьян, А. Г. О неблагоприятном исходе при маниакально-депрессивном психозе / А. Г. Галачьян // Труды психиатрической клиники (Девичье поле). М. 1929. В. 3. с. 240-259.
- 4. Хвиливицкий Т. Я. Учение о маниакально-депрессивном психозе и клиника его атипичных форм //Автореф. дисс. докт. мед. наук. 1958.
- 5. Kraepelin E. Manic-depressive insanity and paranoia. E. & S. Livingstone, 1921.
- 6. Greden J. F., Tandon R. E. Negative schizophrenic symptoms: Pathophysiology and clinical implications. American Psychiatric Association, 1991.

Дифференциальная диагностика условно-здоровых лиц от больных шизофренией

Назаренко С. И.¹, Михнева Р. А.², Боев И. В.³

¹Аспирант, ²Аспирант, ³Заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Россия. Ставрополь

E-mail: i.boev@bk.ru, mihneva-rimma2013@yandex.ru

Проблема дифференциальной диагностики здоровых лиц от больных, страдающих психическими заболеваниями, представляет собой «вечную» проблему психиатрии. Шизофрения и норма - психолого-психиатрическая проблема и для психофармакотерапии, и для психиатрических экспертиз [1].

Цель исследования: осуществление сравнительной психофизиологической диагностики между условно здоровыми лицами и больными шизофренией.

Материал и методики. Психофизиологическая диагностика на основании показателей вызванной электропроводности кожи в биологически-активных зонах (БАЗ) кожи лба, ладоней и стоп, полученных при обследовании с помощью аппаратнопрограммного комплекса «АМСАТ-Коверт», может явиться таким объективным методом, который позволит дискриминировать сравниваемые группы [2,3]. Было обследовано 30 условно здоровых лиц (1 группа) и 30 больных с верифицированным диагнозом шизофрения параноидная форма приступообразно-прогредиентное течение (2 группа) в возрасте 20-40 лет, все мужчины. Психофизиологические результаты были подвергнуты непараметрическому анализу – дискриминантному.

Полученные результаты. К 1 группе были отнесены все значения психофизиологических показателей выше 10% со знаком «+». Взаимосочетание маркеров дискриминации условно-здоровых лиц с конкретным удельным весом определяет возможность их разграничения: FO 2=11,75%; PIK 8=19,62%; INT 8=22,62%; FO 20=29,05%; INT 12=33,21%; PIK 7=40,30%; INT 14=42,09%; FO 5=42,61%; FO 7=45,43%; INT 22=77,77%.

Ко 2 группе были отнесены значения выше 10% со знаком «-». Взаимосочетания психофизиологических маркеров дискриминации с конкретным удельным весом позволяют выделить больных шизофренией: FO 19=-11,57%; INT 7=-14,05%; FO 14=-14,40%; FO 12=-14,69%; INT 19=-15,61%; INT 13=-19,64%; INT 5=-25,17%; INT 20=-66,90%; FO 22=-68,08%.

Результаты обследования сравниваемых групп отличают психофизиологические маркеры, удельный вес которых соответствует даже не 5%, а 10%, подчеркивая их значимость в дифференциальной диагностике.

Значение D² Махаланобиса, равное 4,4012 условным единицам и Т квадрата Хоттелинга равное 190,02 показывает, насколько велика дистанция между центрами средних значений сравниваемых групп в трехмерном пространстве. Ошибки дискриминации составляют 11,8% в 1 группе и 26,32% во 2 группе. Обследуемые лица, попадающие в подгруппу ошибок диагностики – 11,8% или 26,32%, должны быть вновь обследованы, прежде всего клинически, чтобы подтвердить и не пропустить иные психопатологические расстройства, вероятнее всего, шизофренического спектра.

Линейная дискриминантная функция по 66 психофизиологическим параметрам (X) построена в виде арифметического уравнения, позволяющего провести дифференциальную диагностику. Если после подстановки в формулу значений X

вычисленный результат (Y) будет больше дискриминантного индекса R, то результаты обследования следует отнести к группе условно-здоровых лиц, если же значение Y будет меньше индекса R, то к группе больных шизофренией.

- 1. Боев И.В. Пограничная аномальная личность. Ставрополь, 1999, 364 с.
- 2. Руев В.В., Тутов А.А. Научно-методическое пособие. АПК «АМСАТ-КОВЕРТ». Москва, 2001; 2010.
- 3. Коваленко В.Н., Есютин А.А., Трушкин В.И., Андриенко А.Б., Рябов Б.А., Марков А.А., Жуковский В.Д. Патент РФ №2066557 «Аппарат миллиметровой терапии «АМТ–Коверт–04», приоритет от 21.04.94. патентообладатель ООО «КОВЕРТ».

Дифференциальная диагностика здоровых лиц от больных шизоаффективным психозом (ШАП)

Назаренко С. И.1, Михнева Р. А.2, Боев И. В.3

¹Аспирант, ²Аспирант, ³Заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Россия. Ставрополь

E-mail: i.boev@bk.ru, mihneva-rimma2013@yandex.ru

Исследователи всего мира пытаются решить проблему дифференциации между здоровыми людьми и лицами, страдающими аффективной психической патологией, многие из которых занимают весьма ответственные посты.

Цель исследования: провести психофизиолого-математическую дифференциальную диагностику между здоровыми лицами и больными шизодоминантной формой ШАП.

Материал и методики: психофизиологическая диагностика на основании показателей вызванной электропроводности кожи в биологически-активных зонах (БАЗ) кожи лба, ладоней и стоп, полученных при обследовании с помощью аппаратнопрограммного комплекса «АМСАТ-Коверт», может явиться таким объективным методом, который позволит дискриминировать здоровых от психически больных лиц [1,2]. Было обследовано 30 условно здоровых лиц (1 группа) и 30 больных с верифицированным диагнозом шизодоминантная форма ШАП (2 группа) в возрасте 20-40 лет, все мужчины. Психофизиологические результаты обследования подверглись непараметрической математической статистике (дискриминантный анализ).

Полученные результаты: к 1 группе были отнесены значения выше 10% со знаком «+» и выявленное взаимосочетание маркеров дискриминации определило группу условно-здоровых лиц: INT 22=10,17%; PIK 13=12,52%; PIK 19=15,71%; PIK 14=16,38%; PIK 21=25,42%; PIK 22=46,38%. Ко 2 группе были отнесены значения выше 10% со знаком «-», а всего два обнаруженных маркера дискриминации для больных с шизодоминантной формой ШАП [3] оказались следующими: PIK 20=-13,87%; PIK 8=-14,84%. Обследуемых обеих групп отличают маркеры, удельный вес которых 10% указывает на их высокую значимость в дифференциальной диагностике.

Обращает внимание значения D^2 Махаланобиса, равное 1630,7241 условным единицам и T квадрата Хотеллинга равное 144314,4 условным единицам, которые подтверждают насколько велико расстояние между центрами сравниваемых групп в трехмерном пространстве и это при условии отсутствия ошибок 0,00% в проведенной дифференциальной диагностике.

Линейная дискриминантная функция представлена в виде арифметического уравнения, в которой после подстановки в формулу значений X, если вычисленное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты будут принадлежать условно-здоровым лицам, если же значение Y будет меньше R, то результаты следует отнести к больным с шизодоминантной формой ШАП.

Подтверждено глубокое различие параметров психофизиологического гомеостаза, который определяет аналогичные различия в нейрометаболизме мозга, между лицами с условной психической нормой и больными шизодоминантной формой ШАП.

- 1. Коваленко В.Н., Есютин А.А., Трушкин В.И., Андриенко А.Б., Рябов Б.А., Марков А.А., Жуковский В.Д. Патент РФ №2066557 «Аппарат миллиметровой терапии «АМТ–Коверт–04», приоритет от 21.04.94. патентообладатель ООО «КОВЕРТ».
- 2. Рябов Б.А., Есютин А.А., Беляев Е.А., Шалыгин В.В., Коваленко В.Н., Трушкин В.И., Трубачева А.В., Кобаидзе В.В. Ретроспективный взгляд на развитие лечебно-диагностического комплекса на основе аппаратов миллиметрового диапазона серии «КОВЕРТ» и экспресс—диагностики «АМСАТ—КОВЕРТ» // Материалы 14-го Российского симпозиума с международным участием «Миллиметровые волны в медицине и биологии». М.: 2007, с. 252–253.
- 3. Боев И.В., Садовничий К.С. Шизоаффективный психоз. Руководство для врачей. ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.

Психофизиолого-математическая дифференциальная диагностика условно здоровых лиц и больных с аффектдоминантной формой шизоаффективного психоза (ШАП)

Назаренко С. И.¹, Михнева Р. А.², Боев И. В.³

¹Аспирант, ²Аспирант, ³Заведующий кафедрой, доктор медицинских наук, профессор кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Россия. Ставрополь

E-mail: i.boev@bk.ru, mihneva-rimma2013@yandex.ru

Была проведена серия психофизиологических исследований, адресованных к проблеме разграничения психической нормы и психической патологии. В частности, проведена психофизиологическая дифференциальная диагностика здоровых лиц от больных ШАП.

Цель исследования: подтвердить возможность психофизиологической дифференциации между условно здоровыми лицами и больными ШАП.

Материал и методы исследования: Психофизиологическая диагностика на основании показателей вызванной электропроводности кожи в биологически-активных зонах (БАЗ) кожи лба, ладоней и стоп, полученных при обследовании с помощью аппаратно-программного комплекса «АМСАТ-Коверт», является объективным методом, позволяющим дискриминировать сравниваемые группы [1,2]. Было обследовано 30 условно здоровых лиц (1 группа) и 30 больных с верифицированным диагнозом аффектдоминантная форма шизоаффективного психоза (2 группа) в возрасте 20-40 лет, все мужчины. Психофизиологические результаты были подвергнуты непараметрическому дискриминантному анализу.

Полученные результаты: к 1 группе отнесены значения выше 10% со знаком «+», взаимосочетание которых относится к маркерам дискриминации условно-здоровых лиц: FO 3=12,94%; PIK 13=13,08%; PIK 8=17,43%; PIK 19=18,92%; PIK 14=23,50%; PIK 7=63,36%. Два ряда параметров участвуют в дифференциации.

Ко 2 группе отнесены значения выше 10% со знаком «-», взаимосочетание которых указывает на маркеры дискриминации больных с аффектдоминантной формой ШАП [3]: FO 18= -12,07%; PIK 22= -18,75%; PIK 12= -20,69%. Маркеры дискриминации двух групп абсолютно разные. Значение D² Махаланобиса, равное 1676,0401 условным единицам и Т квадрата Хотеллинга равное 121322,9 условных единиц показывает, насколько велико расстояние между центрами средних значений сравниваемых групп в евклидовом пространстве. Высокая достоверность различий подтверждается также отсутствием ошибок дифференциальной психофизиологической диагностики 0,00% в обеих группах, что соответствует значению D²Махаланобиса - 1676,0401. Это гигантская разница при распределении центров средних значений сравниваемых групп нормы и больных ШАП в пространстве.

Была построена линейная дискриминантная функция в виде арифметического уравнения и, если вычисленное значение Y будет больше дискриминантного индекса R, то результаты конкретного человека следует отнести к условно-здоровым лицам, если же значение Y будет меньше индекса R, — то к группе больных с аффектдоминантной формой ШАП. Доказана высочайшая достоверность различий психофизиологического гомеостаза среди условно здоровых лиц и среди больных с аффектдоминантной формой ШАП.

- 1. Руев В.В., Тутов А.А. Научно-методическое пособие. АПК «АМСАТ-КОВЕРТ». Москва, 2001; 2010.
- 2. Коваленко В.Н., Есютин А.А., Трушкин В.И., Андриенко А.Б., Рябов Б.А., Марков А.А., Жуковский В.Д. Патент РФ №2066557 «Аппарат миллиметровой терапии «АМТ–Коверт–04», приоритет от 21.04.94. патентообладатель ООО «КОВЕРТ».
- 3. Боев И.В., Садовничий К.С. Шизоаффективный психоз. Руководство для врачей. ГЭОТАР-Медиа, 2022 г.

Танцевальная терапия как эффективный психотерапевтический метод борьбы с субклинической депрессией

Окроадзе О.Ю.¹ Жаркинбекова Н.А.²

¹Врач-интерн второго года обучения кафедра неврологии, психиатрии и психологии ЮКМА, Казахстан. г. Шымкент, ²заведующий кафедрой неврологии, психиатрии и психологии ЮКМА кандидат медицинских наук, профессор Казахстан. г. Шымкент E-mail:nazirazhar@mail.ru, okroadze@mail.ru

Введение. Депрессия – распространенное во всем мире заболевание, от которого, по оценкам, страдает 280 миллионов человек (3,8% населения), в том числе 5% взрослых и 5,7% лиц старше 60 лет. Депрессия может быть серьезным заболеванием, особенно если она носит рекуррентный характер и протекает в умеренной или тяжелой форме. В таких случаях депрессия приводит к снижению работоспособности, трудностям в семейной жизни.

В самых тяжелых случаях депрессия может привести к самоубийству. Каждый год в мире более 700 000 человек совершают суицид. Самоубийство занимает четвертое место среди основных причин смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет [1]. Часто в состоянии субклинической депрессии в период ее слабо выраженных симптомов пациенты начинают поиск проблемы в соматическом здоровье. Посещают поликлиники, проходят клинико-лабораторные исследования, посещают узких специалистов. Тем временем в головном мозге «запускаются» патологические нейрохимические процессы, в виде снижения активности норадреналина, допамина, серотонина и гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, приводящие в последующем к большому депрессивному эпизоду. Таким образом, потеря времени в субклинический период приводит к тяжелым депрессиям как без психотических, так и с психотическими симптомами, имеющим в последнее время часто резистентный характер к медикаментозной терапии.

Известно, что еще со времен древних цивилизаций, танец служил средством коммуникации задолго до возникновения языка — как инструмента вербального общения. С помощью телодвижений человек учился передавать свои эмоции и чувства. Позже танец стал одним из способов самовыражения своего личностного «Я». С конца шестнадцатого века танец перерождался в вид искусства, целью которого было увеселение публики [2]. Впервые в США, в 50-е года прошлого века танец стал рассматриваться как психотерапевтический метод [3]. Танцевальную терапию начинали применять исключительно на психиатрических пациентах. Работая невербальными методами с телом посредствам движений, пациенты начинали взаимодействовать с окружением и выражать собственные чувства. Десятилетиями танцевальная терапия совершенствовалась, разрабатывались новые методы ее психотерапии, что позволяло работать не только с пациентами из психиатрических клиник, но и охватывать людей, имеющих социопсихологические, личностные и межличностные проблемы [4].

Цель. Оценка эффективности танцевальной терапии как психотерапевтического метода воздействия на лиц с субклинической депрессией (F32.0.)

Материалы и методы. Исследование проводилось в г. Шымкент на базе «ИП Центра Танцевальной Терапии». В исследовании приняли участие 90 женщин в возрасте от 40 до 60 лет за период времени с 2019 по 2022 гг. Оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS), Опросника депрессии PHQ-9 и контрольного метода интервьюирования с обязательным

детальным сбором жалоб и анамнеза жизни испытуемых. На протяжении 3-х месяцев исследования с испытуемыми проводились контрольные интервьюирования для оценки динамики исследования.

Каждой из исследуемых женщин была предоставлена возможность заниматься латиноамериканскими танцами в группе 3 раза в неделю по 1 часу на протяжении 3-х месяцев. Обязательным условием было отсутствие пропусков занятий на протяжении всего периода исследования. В структуру группового занятия входило: разминка, работа с пластикой тела перед зеркалом, изучения латиноамериканского танца (Румба, Самба, Сальса, Кизомба, Ча-ча-ча) под разную музыку и ритм. Все занятия сопровождались со стороны тренера-терапевта постоянным вербальным акцентированием внимания испытуемых на внутренних переживаниях, чувствах, эмоциях женщин.

Выводы. Исходно у всех испытуемых средний балл по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS) составил 8-10 баллов, что соответствует субклинически выраженной тревоге и депрессии; по опроснику депрессии PHQ-9 - 5-9 баллов (легкая депрессия). Методом интервьюирования выявлены сниженное настроение, апатия, пониженная работоспособность, потеря интереса к повседневным делам, трудности в коммуникации в обществе и пр. В анамнезе испытуемых выявлены психогенные факторы развития расстройства: выраженный стресс на работе/в семье (потеря близкого человека, частые конфликты с близкими и родными и пр.). По результатам обследования всем женщинам изученной поставлен диагноз «депрессивный эпизод легкой степени» (F32.0 по МКБ-10).

Уже к концу второй началу третьей недели исследования у 17% женщин отмечались внешние признаки улучшения психоэмоционального состояния в виде изменения стрижки или покраски волос, нанесения макияжа, тогда как ранее внешнему виду не придавалось внимания. Данные изменения свидетельствовали о том, что в процессе работы перед зеркалом со своим образом через движения прорабатывается и формируется желаемый образ собственного «Я», который побуждает к личностной трансформации, что на первых этапах выражалось в изменении во внешности.

К началу второго месяца исследования 33% женщин отмечали исчезновение тоскливого настроения (особенно в дни занятий), активацию эмоционально-волевого фона: появилось желание работать, продвигаться по карьерной лестнице, заниматься разного рода творческой деятельностью, в общении с окружающими появилась положительная эмоциональная окраска. Можно предположить, что занятия танцами позволили испытуемым переориентировать внимание с внешнего мира на себя, сконцентрироваться на эмоциональных и волевых сферах в каждом отдельном случае. Должная концентрация внимания на внутренние психические процессы позволяет избирательно активировать волевую сферу личности, позволяя ставить и достигать поставленные цели.

Через полтора месяца 22% женщин отметили улучшение качества ночного сна, повышение либидо, исчезновение тревоги и депрессивных мыслей, нежелание наедаться на ночь, исчезновение психического напряжения в течении рабочего дня, снижение раздражительности. Более внимательно стали следить за своей внешностью.

К концу второго — началу третьего месяца 27% испытуемых указывали на то, что стали более общительными, уверенными в себе и эти изменения подтверждаются их близким окружением. Следующие 11% женщин в меру своих характерологических особенностей по **и**нтровертированному типу личности явных изменений не отметили, однако, объективно их психоэмоциональный фон был значительно улучшен, об этом свидетельствует их активная жизненная позиция в ходе персонального интервьюирования.

По окончании исследования все испытуемые заполнили PHQ-9, HADS и прошли контрольный метод интервью ирования. По опроснику депрессий PHQ-9 у всех женщин средний балл - 0-2, что соответствует отсутствию или минимальной выраженности

депрессии. По Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии получены сходные результаты: средний балл по выборке - 0-7 баллов свидетельствует об отсутствии депрессии. По контрольному методу интервьюирования были выявлены значительные улучшения психоэмоционального состояния, у испытуемых появились мотивации к решению жизненных проблем, повлекших за собой субдепрессию до начала экспериментальных занятий.

Исследование показало, что танцевальная терапия эффективна как метод психотерапии в борьбе с субклиническими депрессивными расстройствами у женщин среднего возраста. Однако следует отметить, что при выраженных клинических симптомах депрессии и ее длительном течении основным и главным методом лечения является медикаментозная терапия.

- 1. https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression
- 2. Оганесян Н.Ю. Танцевальная психотерапия невротических расстройств. Современные методы психотерапии. материалы Ежегод. научн.- практ. симп./ под ред. С.А. Осиповой, В.П. Курпатова; СПб. мед. акад. последипл. образ. СПб.: СПбМАПО.2011.
- 3. https://psyjournal.ru/articles/tancevalno-dvigatelnaya-terapiya-telo-kak-zerkalo-dushi#
- 4. http://www.atdt.ru/content/istoriya-tancevalno-dvigatelnoy-terapii
- 5. Роберт Сапольски Психология СТРЕССА 3-е издание Перевод с английского под редакцией профессора Е. И. Николаевой 2015 г.
- 6. Шуненков Д.А., Песнина М.А. возможности танцевально-двигательной терапии в реабилитации пограничных психических расстройств // Научное обозрение. Медицинские науки. -2016. -№ 2.

Влияние когнитивно-поведенческой психотерапии на эмоциональное состояние пациентов с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами

Пастух И. А., Протопопова М. А.

Курский государственный медицинский университет Кафедра психиатрии и психосоматики Курск, Россия E-mail: psy_mary97@rambler.ru

Исследование сочетанных аффективных и тревожных расстройств в последнее время приобретает все большую актуальность. Это связано с их высокой распространенностью и тяжелым течением [1;2]. Присоединение панического расстройства к депрессивному приводит к трудностям в выборе адекватных и эффективных стратегий психокоррекционного воздействия для таких больных[3;4].

Цель исследования — оценка эффективности включения когнитивно-поведенческой психотерапии в лечебный процесс больных с коморбидными рекуррентным депрессивным и паническим расстройствами.

Материалы и методы исследования: в исследовании приняли участие 22 пациента (100%) дневного стационара №1 ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница имени святого великомученика и целителя Пантелеимона» (14 женщин – 64 % и 8 мужчин – 36%; средний возраст пациентов составил 33±10 лет). В исследование были включены пациенты, в клинической картине которых имело место сочетанное течение РДР средней степени тяжести (F33.1) и ПР (F41.0) в соответствии с МКБ-10. В ходе исследования были сформированы две группы. Основная группа (ОГ) представлена пациентами, в лечении которых применялось комплексное фармакотерапевтическое и психокоррекционное воздействие (50,0%). В терапии пациентов контрольной группы (КГ) (50,0%) использовалось исключительно медикаментозное лечение.

Измерение эмоционального состояния больных проводилось с помощью шкал: Гамильтона (для оценки депрессии), Шихана (для оценки тревоги), а также методики «САН». Статистические расчеты осуществлялись с помощью статистического пакета StatSoft STATISTICA 6.0, при сравнении полученных показателей в ОГ и КГ использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни (р<0,05). Психотерапевтическая программа, применяемая в лечебном процессе больных ОГ, состояла из методов когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Результаты и обсуждение. Исследование эмоционального состояния больных ОГ и КГ на первом этапе не выявило статистических значимых различий. Шкала оценки депрессии Гамильтона зафиксировала у 22 больных проявления депрессивного расстройства средней степени тяжести (15,4±1,6). Уровень тревоги по шкале Шихана у обследованных групп достиг клинически выраженных значений и составил 60,5±9,5 б. У 100% испытуемых наблюдаются сниженные показатели по шкалам методики «САН» – «самочувствие» $-22,4\pm7,6,$ «активность»— $28,9\pm3,1,$ «настроение» Присоединение психотерапевтических мероприятий к медикаментозному лечению у больных в ОГ привело к получению различий на высоком уровне статистической значимости ($p \le 0.01$) по ряду шкал: «уровень депрессии» (Гамильтон) – p = 0.000150, «тревога» (Шихан) – p=0.000180, «Настроение» (САН) – p=0.000659. На достоверном уровне статистической значимости (0,01<р≤0,05) обнаружены результаты по шкалам методики «САН»: «Самочувствие»— p=0.013365 и «Активность»— p=0.012014.

Распределение показателей эмоциональной сферы больных ОГ и КГ представлено на рис.1.

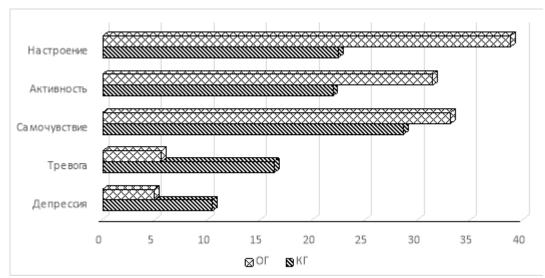


Рис. 1. Показатели психоэмоциональной сферы больных основной и контрольной групп после лечебных мероприятий

Включение в лечебный процесс когнитивно-поведенческой психотерапии способствовало снижению показателей депрессии — на 5,5 балла, тревоги — на 10,7 баллов. Также после прохождения лечебных мероприятий у пациентов ОГ отмечалось улучшение показателей методики САН: «настроение» увеличились на 16,4 балла, «самочувствие» — на 7 баллов, «активность» — на 9,5 баллов.

Выводы. Таким образом, включение психотерапевтических мероприятий в процесс лечения больных с коморбидными депрессивным и паническим расстройствами привело к стабилизации их эмоционального состояния, улучшению настроения, снижению уровня депрессии и тревоги, что благотворно повлияло на социальное функционирование и качество жизни таких пациентов.

- 1. Погосова И.А. Клинические особенности панических расстройств при их сочетании с коморбидной психической и наркологической патологией // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2012. Т. 44, №3. С.42-47.
- 2. Психологические особенности больных коморбидными рекуррентным аффективным и паническим расстройством / И. А. Пастух, Е. В. Феоктистова, М. А. Протопопова, Д. С. Сирош // Сибирский психологический журнал. 2021. № 80. С.128-145. DOI 10.17223/17267080/80/7.
- 3. Семке В.Я., Погосова И.А. Психотерапия коморбидных тревожно-фобических и аффективных расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. №5. С.50-57.
- 4. Clinical guidelines for the management of treatment-resistant depression: French recommendations from experts, the French Association for Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology and the fondation FondaMental / Bennabi D., Charpeaud T., Yrondi A. et al. // BMC Psychiatry. 2019 Aug 28;19(1):262. doi: 10.1186/s12888-019-2237-x.

К вопросу о периодической кататонии (аффективно-кататонические состояния)

Пискарев М.В.¹, Лобанова В.М.²

¹младший научный сотрудник, ²старший научный сотрудник Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ НЦПЗ

Министерства науки и высшего образования Российской Федерации Москва, Россия

E-mail: piskarev-mv@mail.ru, lobanovanika@gmail.com

Введение. Связь кататонических расстройств с аффективной патологией отмечается в публикациях, относящихся ещё к донозологическому этапу исследований в психиатрии [1;2]. Клиническим исследованиям связи аффективных и кататонических симптомокомплексов посвящены многочисленные публикации XX века [3;4;5]. На настоящем этапе развития психиатрии, в соответствии с систематиками психических расстройств (DSM-5, проект МКБ-11) кататония рассматривается в качестве транснозологического образования, манифестирующего в рамках различных, в том числе аффективных заболеваний [6]. При этом, несмотря на более чем вековую историю разработки вопроса, типология аффективно-кататонических расстройств и механизмы их до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Объекты. Исследовано 20 пациентов с установленным диагнозом расстройств шизофренического спектра (F21, F25.01, F25.11, F25.21, F25.22), в клинической картине которого преобладают аффективно-кататонические состояния.

Методы. Психопатологический и психометрический (BFRS, SANS, SAPS, HADS).

Результаты. Выделены два варианта моторных аномалий, сосуществующих с аффективной патологией в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра:

1) **циклоидный** - кататонические расстройства (BFCRS -9.4 ± 1.2), формирующиеся по механизму аффилиации с аффективными (HADS -17.1 ± 3.2) и негативными (апатияабулия SANS -2.7 ± 0.6 ; ангедония-асоциальность -1.8 ± 0.9) симптомокомплексами (табл.1) в структуре циклоидных психозов [4]. Аффективные расстройства, как одно из составляющих клинической картины этих циклоидных фаз, рассматриваются на уровне клинических категорий рекуррентных депрессий.

Таблица 1. Показатели корреляции кататонических расстройств с негативными и аффективными симптомокомплексами в границах циклоидного варианта аффективно-кататонических состояний.

Общий балл	R	Шкала SANS	Шкала HADS
Шкала BFCRS		0,864	0,572

2) приступообразный с бредовыми явлениями и онейроидными феноменами – кататонические расстройства (BFCRS – 19,2±3,1), формирующиеся по механизму психического автоматизма – трансформирующие психопатологические феномены в симптомокомплексы более тяжелых регистров, выступающие на первый план в клинической картине, перекрывая и маскируя позитивную (SAPS – 2,1±0,4) симптоматику (табл.2). Речь идет об аффективно-кататонических состояниях более тяжелых регистров, выступающих в клиническом пространстве шизоаффективных психозов [7;8].

Таблица 2. Показатели корреляции кататонических расстройств с позитивными и негативными симптомокомплексами в границах приступообразного варианта аффективно-кататонических состояний

Общий балл	R	Шкала SAPS	Шкала SANS
Шкала BFCRS		0,748	0,345

Выводы. Аффективно-кататонические синдромы неоднородны, распределяются по механизму взаимодействия с аффективными расстройствами на циклоидные и приступообразные.

- 1. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende. Verlag von Adolph Krabbe, 1861.
- 2. Pinel P. Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine. chez JA Brosson, 1818. T. 3.
- 3. Kraepelin, E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte/E.Kraepelin//Leipzig: I.A. Barth. 1899.
- 4. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 2. Die paranoischen Zustände. Thieme, 1896.
- 5. Kirby G. H. The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity //The Journal of Nervous and Mental Disease. $-1913. T. 40. N_{\odot}$. 11. C. 694-704.
- 6. Sienaert P. et al. A clinical review of the treatment of catatonia //Frontiers in psychiatry. 2014. T. 5. C. 181.
- 7. Болгов М. И. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии //Психиатрия. 2015. №. 4. С. 32-36.
- 8. Taylor M. A., Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own //American Journal of Psychiatry. 2003. T. 160. №. 7. C. 1233-1241.

Показатели некоторых провоспалительных хемокинов при первом эпизоде параноидной шизофрении

Прохоров А.С.^{1,} Голыгина С.Е.², Сахаров А.В.³

¹Аспирант, ² к.м.н., доцент кафедры ³ д.м.н., доцент, заведующий кафедрой ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии Чита. Россия

E-mail: sawt@list.ru

Существует множество гипотез, описывающих с различных позиций роль нейровоспаления в патогенезе шизофрении [1]. Наиболее изученной является цитокиновая концепция, где значительное внимание уделяется цитокинам как активным участникам нейровоспаления, при этом родственное им семейство хемокинов длительное время оставалось не исследованным. Относительно недавно хемокинам стали уделять немаловажную роль в патогенезе психических расстройств, в том числе шизофрении. Известно, что хемокины активно экспрессируются тканями ЦНС, где участвуют в миграции иммунокомпетентных клеток через гематоэнцефалический барьер, регулируют процессы нейровоспаления, выполняют нейроэндокринные и нейромодулирующие функции [2], соответственно их дисбаланс может иметь отношение к патогенезу эндогенных расстройств. Это подтверждается рядом публикаций, согласно которым отмечается повышенное содержание некоторых хемокинов в плазме крови у пациентов с шизофренией, так же сообщается о корреляционной связи между их уровнем и терапией антипсихотиками, что позволяет в перспективе рассматривать их в качестве биомаркеров ответа на терапию [3]. Согласно литературным источникам, показатели уровня хемокинов изучались в основном у пациентов с длительным течением шизофрении, публикации по данному вопросу у больных с первым психотическим эпизодом единичны и не систематизированы, что придает актуальность данному исследованию.

Цель исследования: изучение содержания некоторых провоспалительных хемокинов в плазме крови у больных с первым эпизодом шизофрении до начала терапии.

Материал и методы: обследовано 18 пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года» (МКБ-10: F 20.09) в возрасте от 18 до 40 лет, контрольную группу составили 35 соматически и психически здоровых добровольное аналогичного возраста. От всех включенных в исследование получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Определение содержания 13 хемокинов (ССL2, ССL3, ССL4, ССL5, ССL11, ССL17, ССL20, СХСL1, СХСL5, СХСL8, СХСL9, СХСL10, СХСL11) в сыворотке крови проводили методом проточной флюориметрии с использованием тест-системы «Нитап Proinflammatori Chemokine Panel 1» (13-plex) (ВіоLegend, США). Забор крови осуществляли до начала терапии. Статистическая обработка полученных результатов осуществлялась с применением пакета анализа Місгоsoft Excel и пакета прикладных статистических программ «Statistica-12».

Результаты. У пациентов с первым эпизодом шизофрении до назначения терапии установлено значимое повышение в крови относительно контрольных значений уровня: CCL4 (MIP-1 β) в 1,1 раза, CXCL9 (MIG) – в 1,4 раза, CCL11 (Eotaxin), CXCL5 (ENA-78), CXCL10 (IP-10) – в 1,5 раза, CXCL1 (GRO- α) – в 1,6 раза, CCL20 (MIP-3 α) – в 2,1 раза, CXCL8 (IL-8) – в 21,0 раз.

Заключение. Согласно полученным результатам отмечается существенный рост содержания многих провоспалительных хемокинов в плазме крови у пациентов с

первым эпизодом шизофрении до назначения терапии, что подтверждает весомую роль процессов нейроиммунного воспаления при манифестации шизофрении. Точное значение представленных изменений биологических показателей требует дальнейших исследований, в том числе в зависимости от вида назначаемого антипсихотика.

- 1. Костюкова А.Б., Мосолов С.Н. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы. Современная терапия психических расстройств. 2013. № 4. С. 8-17.
- 2. Bajetto A., Bonavia R., Barbero S., Schettini G. Characterization of chemokines and their receptors in the central nervous system: physiopathological implications. J. of neurochemistry. 2002. № 82 (6). P. 1311-1329.
- 3. Hong S., Lee E.E., Sirkin M.A. Abnormalities in Chemokine Levels in Schizophrenia. J. Schizophr. Res. 2017. № 181. P. 63-69.

Особенности психопатологической симптоматики, развивающейся у лиц юношеского возраста после перенесенного COVID-19

Прощенко И.В. 1 , Корякова Е. А. 2 , Потемкина Г. В. 3

¹кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии

²ординатор кафедры психиатрии

³ординатор кафедры психиатрии

ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» кандидат медицинских наук

Тверь, Россия

В 21 веке актуальна тема влияния биологических факторов на когнитивные функции человека. COVID-19 — одна из наименее изученных инфекций. SARS-CoV-2 затрагивает не только дыхательную, иммунную и сердечно-сосудистую системы, но и нервную систему, с чем связаны когнитивные нарушения у переболевших [1]. Исследования, изучающие когнитивные нарушения при постковидном синдроме, обнаружили нарушения во всех возрастных группах. В опубликованных исследования часто сообщается о лучшей сохранности когнитивных функций у молодых пациентов [2].

В исследовании приняли участие 35 человек переболевших COVID-19 в возрасте от 18 до 25 лет. Использовался симптоматический опросник SCL-90.

В результате проведенного обследования было выявлено:

Слабо выраженная тенденция (17,1%) к навязчивым состояниям, непроизвольно и многократно возникающим в сознании личности и/или навязчивым влечениям, имеющим непреодолимый характер и возникающим вопреки разуму, воле и чувствам.

Выраженная тенденция (68,6%) к межличностной сензитивности, которая может проявляться в застенчивости, неловкости или скованности в общении, переживаниях ощущения непонимания и недружелюбия со стороны окружающих, отсутствия симпатии и сочувствия, неуверенности в себе.

Выраженная тенденция (65,7%) к преобладанию подавленного настроения, упадку сил, заторможенности интеллектуальной и моторной деятельности, снижению витальных побуждений, пессимистическим оценкам себя и своего положения в окружающей действительности, ослаблению интереса к чему бы то ни было, переживаниям чувства вины, одиночества, безвыходности ситуации.

Выраженная тенденция (62,9%) к восприятию широкого круга ситуаций как угрожающих своей самооценке, престижу, самоуважению или жизнедеятельности и реагированию на эти ситуации чувством тревоги.

Умеренно выраженная тенденция (48,6%) испытывать негативные эмоции по отношению к окружающим, которые могут проявляться в чувстве разочарования, раздражения, неприязни, злости, отрицательных оценках их личностных качеств.

Умеренно выраженная тенденция (51,4%) к навязчивым, интенсивным и непреодолимым страхам, таким, как страхи особых ситуаций и общения, опасности окружающего мира, дисфункции того или иного внутреннего органа или системы и т.д.

Умеренно выраженная тенденция (42,9%) к «застреванию» на эмоционально значимых переживаниях, чувствительности по отношению к действительным или мнимым несправедливостям, упорству и бескомпромиссности в отстаивании своей позиции, недоверчивости, обидчивости, трудностям переключения при внезапно меняющейся ситуации.

Умеренно выраженная тенденция (57,1%) к субъективному восприятию и оценке окружающей действительности, которая может приводить к искаженному отражению реального мира и погружённость в мир собственных представлений и переживаний

Таким образом, можно сделать вывод, что после перенесённого COVID-19, развивается прежде всего астеноневротический симптомокомплекс, который характеризуется выраженной астенией и затяжной тревожно-депрессивной симптоматикой. Это приводит к снижению уровня социального функционирования и качества жизни больных.

Литература

1. Ellul M.A., Benjamin L., Singh B. et al. Neurological associations of COVID-19 // Lancet Neurol. – 2020. – Vol. 19. – C. 767–783. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(20)30221-0 2. Daroische R, Hemminghyth MS, Eilertsen TH, Breitve MH, Chwiszczuk LJ. Cognitive Impairment After COVID-19—A Review on Objective Test Data. Frontiers in Neurology. 2021; 12. https://doi.org/10.3389/fneur.2021.699582

Клинические особенности впервые выявленных острых кратковременных психотических расстройств шизофренического спектра (катамнестическое исследование)

Пугачева М.Е. 1 , Алешкина Г. A. 2 , Барденитейн Л. M. 3

Введение: острые и преходящие психотические расстройства (ОППР; рубрика F23 МКБ-10 [1]) включают клинически сходные состояния различной этиологии (шизофренические, аффективные, реактивные психозы). Раннее распознавание нозологической принадлежности ОППР необходимо для определения терапевтической тактики и прогноза заболевания.

Цель: изучение взаимосвязи между характеристиками манифестного ОППР и последующим изменением диагноза на шизофрению.

Методы: 103 взрослых пациента были обследованы во время госпитализации по поводу манифестного ОППР и повторно обследованы спустя 0,5-3 года после выписки (средняя длительность катамнестического наблюдения — 1,4±0,8 лет). Выборка разделена на две группы: 1 группа (n=70) — пациенты, у которых по данным катамнеза диагностированы расстройства шизофренического спектра; 2 группа (n=33) — пациенты, у которых диагноз остался прежним (ОППР) или был изменен на другую диагностическую категорию, не относящуюся к разделу F2 МКБ-10 («Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства»). Использовались клиникопсихопатологический, клинико-катамнестический, психометрический (шкала оценки позитивных и негативных симптомов, англ. Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS [2]), статистический методы.

Результаты: результаты анализа взаимосвязи клинических переменных с исходом заболевания представлены в табл. 1.

Таблица 1. Взаимосвязь между характеристиками манифестного ОППР и последующим изменением диагноза на шизофрению

Фактор риска	p*	C**	Сила связи
Наличие симптомов шизофрении в структуре	<0,001	0,436	относительно
манифестного ОППР			сильная
Мужской пол	0,042	0,197	слабая
Возраст до 25 лет	<0,001	0,396	средняя
Наследственная отягощенность шизофренией	0,003	0,310	средняя
Низкая социальная адаптация в преморбиде	0,009	0,274	средняя
Социальная дезадаптация на предпсихотическом	<0,001	0,429	относительно
этапе			сильная
Стертые негативные продромальные симптомы	<0,001	0,450	относительно
			сильная

Субпсихотические продромальные симптомы	0,010	0,268	средняя
Отсутствие провоцирующих факторов	<0,001	0,485	относительно
			сильная
Развитие психоза в течение 8 – 14 суток	<0,001	0,453	относительно
			сильная
Длительность психоза более 30 суток	<0,001	0,358	средняя
Наличие негативных симптомов шизофрении после	<0,001	0,477	относительно
редукции ОППР на 4 неделе терапии (>14 баллов по			сильная
подшкале негативных симптомов шкалы позитивной			
и негативной симптоматики – PANSS)			

^{*}р – уровень значимости;

Выводы: наличие симптомов шизофрении в структуре манифестного ОППР, наличие дезадаптации и стертой негативной симптоматики на продромальном этапе, отсутствие провоцирующих факторов, затяжное развитие психоза, наличие негативных симптомов после купирования психоза наиболее сильно ассоциированы с последующим развитием заболеваний шизофренического спектра.

- 1. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). СПб.: Издательский дом СПбМАПО. 2003.
- 2. Kay R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophrenia bulletin. 1987, vol. 13, №2.

^{**}C — коэффициент сопряженности Пирсона для оценки силы связи между фактором риска и исходом.

Некоторые аспекты микроструктурной патологии головного мозга при шизофрении

Пучков H.A. 1 , Маркин К.В. 2 , Тарумов Д.А. 3

 1 Ординатор кафедры психиатрии 2 Ординатор кафедры психиатрии 3 Доцент кафедры психиатрии, доктор медицинских наук

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

Санкт-Петербург, Россия E-mail: doc.puchkov@gmail.com

Возможность неинвазивного исследования структуры головного мозга представляет новые перспективы объективизации психических расстройств. Одна из методик микроструктурной оценки — диффузионно-тензорная визуализация с трактографией позволяет количественно и качественно оценивать состояние проводящих путей белого вещества головного мозга при шизофрении [1].

Качественный показатель диффузии — фракционная анизотропия (ΦA), в основе которого лежит оценка направленности диффузии молекул воды в головном мозге. Наличие различных микроструктурных нарушений и патологических образований увеличивает изотропию движения молекул воды, и уровень ΦA уменьшается.

Тенденция снижения фракционной анизотропии прослеживается в большинстве исследований изменений белого вещества головного мозга пациентов с шизофренией. Снижение ФА происходит, как у лиц, входящих в группу повышенного риска развития шизофрении, так и у пациентов с первым эпизодом шизофрении. Перспективным направлением изучения развития шизофрении является поиск коррелятов изменений коннективности мозга с патологической клинической симптоматикой. Например, сниженные показатели ФА в верхнем продольном и дуговом пучках коррелируют со слуховыми галлюцинациями [2].

Данные о патологии микроструктурной коннективности на основе трактографических исследований носят несколько противоречивый характер, а вопросы клинического применения специальных лучевых методик в клинической практике остаются не до конца разработанными. Дальнейшее наращивание объема знаний может помочь решить вопросы скрининга шизофрении, выявления микроструктурных объективизирующих предикторов и критериев ремиссии заболевания, формирования трактографической классификации психических расстройств.

- 1. Тарумов Д.А. и др. Аналитический обзор специальных методов нейровизуализации в психиатрической практике // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. № 2.
- 2. Пучков Н.А. и др. Трактографические аспекты микроструктурной патологии головного мозга при шизофрении (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2022. № 1.

Экспериментальная парадигма «BART»: инструмент диагностики расстройств шизофренического спектра

Пысенок И.Д. 1 , Марченко А. 2 , Лобачев А.В. 3

¹ клинический ординатор, ² д.м.н., профессор, ³ д.м.н. Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации

> Кафедра психиатрии Санкт-Петербург, Россия E-mail: gresi777@gmail.com

Диагностика психических расстройств до настоящего времени, базируется на клиническом методе, что не исключает некоторую субъективность. В то же время уровень развития современных информационных технологий позволяет поставить на службу психиатрии новые методы, которые ранее широко не использовались в медицине. Перспективность исследований в данной области определяет, в первую очередь, неинвазивность метода, что удовлетворяет требованиям работы с больными психиатрического профиля с учетом их психологических особенностей, а также возможность автоматической обработки данных, которая исключает субъективность исследователя.

Расстройства шизофренического спектра характеризуются значительными когнитивными и аффективными нарушениями, которые в конечном итоге ставят под угрозу способность пациентов принимать практические решения. Такая характеристика, как склонность к риску в поведении, наиболее часто исследуется методами самоотчета, однако, этот подход, несмотря на свою действенность, может давать неточную оценку при его самостоятельном использовании для измерения склонности к рискованному поведению. Методика Balloon Analogue Risk Task (BART) обладает превосходными психометрическими свойствами и прогностической валидностью для реального поведения. Он прост, легок для понимания и менее зависит от повторных вычислений, которые являются важными характеристиками при оценке принятия решений, связанных с вознаграждением, при шизофрении.

Ряд исследований демонстрирует нарушения тормозного контроля при наличии патологии шизофренического спектра. Так, В 2019 г. группой исследователей была исследована группа из 47 человек, страдающих шизофренией. В результате исследований было обнаружено, что для данных пациентов характерно снижение оценки риска. Наблюдалась закономерность при прохождении методики для оценки риска при помощи аналогового теста "Воздушный шар" (ВАRТ), где пациенты с шизофренией «зарабатывали» меньше денег, чем здоровые испытуемые, и взрывали значительно меньше воздушных шаров. На поведенческом уровне пациенты с шизофренией демонстрировали избегание риска, поскольку они добились несколько меньших успехов и совершили значительно меньше взрывов. [1]

Также, в 2013 году группой исследователей было проведено исследование к склонности к риску при биполярном расстройстве и шизофрении [3]. Участники включали 68 человек с биполярным расстройством, 38 с шизофренией и 36 здоровых мужчин в контрольной группе. В каждом случае группа с шизофренией демонстрировала большее неприятие риска: у них было значительно меньше накачиваний во время испытаний на воздушном шаре, они зарабатывали меньше денег на задании и имели меньший процент взорвавшихся воздушных шаров. Группы не различались по продолжительности выполнения задания. [2]

В 2012 году Gordon L.F. в работе Cheng; Joey C.Y. Tang; Frendi W.S. Li; Esther Y.Y. Lau; Tatia M.C. Lee (2012), было описано исследование о принятии решений и склонности к риску у 25 человек с шизофренией и 25 человек из контрольной группы. На основе ВАRТ были получены три зависимых показателя: балл, скорость взрыва и время, затраченное на воздушный шар. Пациенты с шизофренией получили более низкий балл, чем контрольная группа. Аналогичным образом, частота взрыва была ниже у пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой. Эти результаты свидетельствуют о том, что пациенты с шизофренией выполняли эта задачу на не оптимальном уровне из-за ненормальной тенденции совершать безопасные, а не рискованные действия. [3]

Главным недостатком методики можно считать отсутствие нормативных данных, основанных на крупных выборках, как здоровых людей, так и пациентов разных нозологических групп. Для повышения качества результатов дальнейших исследований следует использовать «ВАRТ» в комбинации с другими методиками, как из числа нейропсихологических тестов, так и из числа инструментальных методик, например, исследования вызванных потенциалов мозга.

На наш взгляд, дальнейшее исследование экспериментальной парадигмы «BART» является перспективным и может помочь в создании надежного психодиагностического инструмента в отношении расстройств шизофренического спектра.

- 1. Tikàsz, Andràs; Dumais, Alexandre; Lipp, Olivier; Stip, Emmanuel; Lalonde, Pierre; Laurelli, Mélanie; Lungu, Ovidiu; Potvin, Stéphane (2019). Reward-related decision-making in schizophrenia: A multimodal neuroimaging study. Psychiatry Research: Neuroimaging, 286(), 45–52. doi:10.1016/j.pscychresns.2019.03.007
- 2. Reddy, L Felice; Lee, Junghee; Davis, Michael C; Altshuler, Lori; Glahn, David C; Miklowitz, David J; Green, Michael F (2014). Impulsivity and Risk Taking in Bipolar Disorder and Schizophrenia. Neuropsychopharmacology, 39(2), 456–463. doi:10.1038/npp.2013.218
- 3. Gordon L.F. Cheng; Joey C.Y. Tang; Frendi W.S. Li; Esther Y.Y. Lau; Tatia M.C. Lee (2012). Schizophrenia and risk-taking: Impaired reward but preserved punishment processing., 136(1-3), 122–127. doi:10.1016/j.schres.2012.01.002

Отношение к болезни пациентов с сахарным диабетом І типа и пациентов с болезнью Грейвса

Садкова О.А. 1 , Шамирян Л.Г. 2 , Юзбашян П.Г. 3 , Хайкина И.А. 4 , Романов Д.В. 5

Иладший научный сотрудник
 ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Москва, Россия
 ² ординатор, кафедра психиатрии и психосоматики
 ИКМ им. Н.В.Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Москва, Россия
 ³ ассистент, кафедра психиатрии и психосоматики
 ИКМ им. Н.В.Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Москва, Россия
 ⁴ ассистент, кафедра эндокринологии №1
 ИКМ им. Н.В.Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Москва, Россия
 ⁵ доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и психосоматики, ИКМ им. Н.В.Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); Москва, Россия
 Е-таіl: zlata-velta@mail.ru

Актуальность: выявление закономерностей формирования отношения к эндокринологическому заболеванию и оценка психологического благополучия, являются одной из важных задач профилактики соматических осложнений и нарушений психосоциальной адаптации больных с хронической соматической патологией [1,2].

Цель: сравнить отношение к болезни у пациентов с сахарным диабетом (СД) I типа и болезнью Грейвса (БГ), оценив взаимосвязи между отношением к болезни и психологическим благополучием.

Материал и методы: выборка испытуемых составила 46 человек, из них 23 пациента с СД I типа (средний возраст 31,8±11,7 лет) и 23 пациента с БГ (средний возраст 44,3±15,3). Для исследования отношения к заболеванию и психологического благополучия применялись следующие методики: госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), краткий опросник тревоги о здоровье (Short health anxiety inventory - SHAI), опросник когнитивных представлений о теле и здоровье (Cognitions About Body and Health Questionnaire – CABAH), шкала оценки поведения болезни (Scale for the Assessment of Illness Behavior - SAIB).

Результаты: При обследовании групп больных с СД I типа и БГ с помощью психометрических методик соответствующие средние суммарные баллы составили: субшкала HADS для тревоги (5,9 против 5,6 p=0,9), субшкала HADS для депрессии (4,5 против 4,7 p=0,9), субшкала SHAI «тревога о здоровье» (6,7 против 7,1 p=0,7), «страх негативных последствий заболевания» (3,1 против 3,5 p=0,8), «бдительность к телесным сенсациям» (3,8 против 4,3 p=0,64) субшкала САВАН «катастрофизация телесных симптомов» (2,1 против 2,0 p=0,558), «автономные ощущения» (2,2 против 2,1 p=0,5), «телесная слабость» (2,1 против 1,9, p=0,5), «непереносимость телесных ощущений» (2,2 против 1,9 p=0,051), «привычки, связанные со здоровьем» (2,7 против 2,4 p=0,1), «соматосенсорная амплификация» (2,2 против 2,2 p=0,8), субшкала SAIB «проверка диагноза» (2,0 против 1,8 p=0,3), «выражение жалоб» (2,2 против 2,1 p=0,6), «лечение» (1,9 против 2,2 p=0,141), «последствия болезни» (2,3 против 2,0 p=0,04), «сканирование тела на предмет нарушений» (1,8 против 2,1 p=0,2).

Заключение. При сопоставлении больных с двумя аутоиммунными эндокринопатиями (СД I типа и БГ) по параметрам отношения к болезни и

психологического благополучия, группы статистически значимо не отличались по большинству доменов. Статистически значимые различия были получены только по одной из подшкал шкалы поведения в болезни SAIB - в домене «последствия болезни» (p=0,04). Такой результат соотносится с представлениями о значительной вероятности развития тяжелых/инвалидизирующих осложнений при СД I типа, в отличие от БГ, на современном этапе представляющей собой, как правило, курабельное состояние, с благоприятным прогнозом, не вызывающим выраженной тревоги о здоровье. Последствия СД I типа, напротив, вызывают серьезную обеспокоенность у больных: сосредоточенность на тягостных мыслях об инвалидизации (страхе ослепнуть, стать обузой для родственников).

- 1. Рассказова Е.И. Клинико-диагностический подход к диагностике трудноквалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств //Обозрение психиатрии и медицинской психологии №3, 2013.
- 2. Ozmen B., Deveci A., Boyvada S. Depression and Anxiety in Hiperthyroidism//Archives of Medical Research 33(6):552-6, 2002.

Оценка эмоционального состояния пациентов на гемодиализе

Санников А.Н.¹, Заика В.Г.²

Ассистент кафедры психиатрии¹, заведующий кафедрой психиатрии, д.м.н., профессор² ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра психиатрии Ростов-на-Дону, Россия E-mail: aleksann1028@gmail.com

Актуальность: В последние десятилетия увеличилось число людей с хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия и сахарный диабет, которые являются основными факторами риска хронической болезни почек (ХБП). В популяции пациентов, получающих заместительную терапию методом гемодиализа (ГД), депрессия является основным психическим расстройством [1,2,3]. Симптомы депрессии и тревоги встречаются примерно у 25-50% пациентов, находящихся на поддерживающем гемодиализе и связаны с более низким качеством жизни, высоким суицидальным поведением и смертностью [4,5].

Цель исследования: оценить эмоциональное состояние у пациентов, находящихся на гемодиализе.

Материалы и методы исследования: всего были обследованы 30 пациентов в возрасте от 18 до 65 лет, получающих лечение в диализном центре с диагнозом N18.5 Хроническая болезнь почек, стадия 5. Z49 Помощь, включающая диализ. Средний возраст составил 54,6 \pm 12,9 лет. Среди обследованных было мужчин – 53,3% (n=16), женщин – 46,7 % (n=14). Симптомы депрессивных проявлений оценивались с помощью «Шкалы Гамильтона». Косвенный индикатор суицидального риска оценивался с помощью «Шкалы безнадежности Бека».

Результаты и их обсуждение: при анализе результатов по тесту Гамильтона выявлено следующее: легкое депрессивное расстройство – у 23,3% (n=7), из них мужчин 13,3% (n=4), женщин 10% (n=3), депрессивное расстройство тяжелой степени выявлялось у одного мужчины 3,3%. Общее количество пациентов с депрессивными проявлениями составило 26,6% (n=8).

Данные, полученные при использовании опросника «Шкала безнадежности»: легкая безнадежность – у 13,4% (n=4) пациентов, из них мужчин 3,4% (n=1), женщин 10% (n=3), безнадежность умеренная – у 86,6% (n=26) пациентов, из них мужчин 57,7% (n=15), женщин 28,9% (n=11).

Учитывая выявление безнадежности у 100% пациентов, находящихся на гемодиализе, особый интерес вызывало наличие взаимосвязи между депрессивными проявлениями и проявлением безнадежности. Ожидалось, что безнадёжность будет иметь закономерность с проявлением депрессивных симптомов. Однако, оказалось, что пациенты, у которых депрессивные проявления не были выявлены - 73,3% (n=22) - испытывали также безнадежность. Хотя безнадежность часто наблюдается у депрессивных лиц и тесно коррелирует с депрессией, она не является ее необходимым компонентом.

В проведенном исследовании было обнаружено, что у пациентов, получающих терапию методом гемодиализа, выявляется высокая распространенность депрессии, что совпадает с литературными данными. Безнадежность определялась, как у пациентов с диагностированной депрессией, так и у тех, чей эмоциональный фон был без явного снижения. Поскольку безнадежность является частым элементом депрессивного

расстройства и предиктором суицидальных тенденций, необходимы дальнейшие исследования, чтобы оценить корреляцию депрессии, безнадежности и суицидального риска у пациентов на гемодиализе.

- 1. Санников А.Н. Нейропсихические расстройства у пациентов с хронической почечной недостаточностью, получающих терапию гемодиализом. / А.Н. Санников, В.Г. Заика // В сборнике: МКБ-11: гимн или реквием психиатрии? материалы российской научной конференции. Ростов-на-Дону. 2022. С. 128-131.
- 2. Tian N, Chen N, Li PK. Depression in dialysis. Curr Opin Nephrol Hypertens, 2021. Vol. 30, № 6. P. 600–612.
- 3. Alencar S.B.V., et al. Depression and quality of life in older adults on hemodialysis. // Braz J Psychiatry, 2020. Vol. 42, № 2. P. 195-200
- 4. Kliem S., et al. Psychometric properties and measurement invariance of the Beck hopelessness scale (BHS): results from a German representative population sample. // BMC Psychiatry. 2018. Vol. 18 №1.
- 5. Hill, N. R., et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease A Systematic Review and Meta-Analysis. // PloS one, 2016. Vol.11. №7.

Экспериментальная парадигма «Стоп-Сигнал»: инструмент диагностики расстройств шизофренического спектра

Сковородников Д.В. 1 , Марченко $A.A^{2}$, Лобачев $A.B.^{3}$

¹клинический ординатор,² д.м.н., профессор, ³ д.м.н., доцент ФГВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ Кафедра психиатрии Санкт-Петербург, Россия E-mail: skovorodnikov.den@gmail.com

На сегодняшний день основным методом в диагностике психических расстройств является клинико-психопатологический, что порождает ряд таких проблем, как отсутствие объективных критериев при диагностике расстройств и, как следствие, формирование нозологических единиц, основанное на консенсусе врачебного сообщества, а не объективных патологических процессах. В то же время ведется активная работа по поиску объективных методов, в том числе и путем изучения различных нейропсихологических процессов у пациентов психиатрического профиля с сопоставлением клинической картины расстройств и данными функциональных исследований. Одним из таких процессов является тормозной контроль, исследуемый при помощи экспериментальной парадигмы «Стоп-сигнал». [1] Основным показателем, характеризующим способность к тормозному контролю, является время реакции на стоп-сигнал (Stop-signal reaction time, SSRT).

Ряд исследований демонстрирует нарушения тормозного контроля при наличии патологии шизофренического спектра. Так, М.Ү. Gotra et al. сравнили показатели «Стопсигнала» у 220 пациентов с шизофренией, 216 пациентов с шизоаффективным расстройством, 192 пациента с биполярным аффективным расстройством (БАР) в состоянии психоза и 67 — без психоза, а также 280 здоровых добровольцев. Все пациенты демонстрировали большее время реакции на стоп-сигнал по сравнению с контрольной группой, однако пациенты с расстройствами шизофренического спектра имели большее время реакции на стоп-сигнал, чем пациенты с БАР [2].

Н. Türközer et al. сравнили показатели нескольких нейропсихологических тестов, включая «Стоп-сигнал» у «клинически незатронутых» (clinically unaffected) родственников больных психотическими расстройствами и у здоровых людей. Результаты исследования показали, что тест «Стоп-сигнал» оказался одним из наиболее эффективных тестов, дифференцировавших родственников пациентов и контрольную группу, а также возрастные группы родственников пациентов между собой. На основе полученных данных был сделан вывод, что немаловажную роль в обнаружении подверженности психозам могут играть нарушения тормозного контроля [3].

Занимаясь вопросом биомаркеров психотических заболеваний, В. Clementz et al. проверили имеющиеся в консорциуме The Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) 44 биомаркера, в том числе и «Стоп-сигнал». По результатам исследования нарушения тормозного контроля, выявляемые тестом «Стоп-сигнал», были признаны воспроизводимым и устойчивым во времени (temporally stable) биомаркером психотических расстройств.[4]

Главным недостатком методики можно считать отсутствие нормативных данных, основанных на крупных выборках, как здоровых людей, так и пациентов разных нозологических групп. Для повышения качества результатов дальнейших исследований следует использовать «Стоп-сигнал» в комбинации с другими методиками, как из числа нейропсихологических тестов, так и из числа инструментальных методик, например, исследования вызванных потенциалов мозга.

На наш взгляд, дальнейшее исследование с экспериментальной парадигмы «Стопсигнал» является перспективным и может помочь в создании надежного психодиагностического инструмента в отношении расстройств шизофренического спектра.

- 1. Logan GD, Van Zandt T, Verbruggen F, Wagenmakers EJ. On the ability to inhibit thought and action: general and special theories of an act of control. Psychol Rev. 2014 Jan;121(1):66-95
- 2. Gotra M. et al. Distinguishing patterns of impairment on inhibitory control and general cognitive ability among bipolar with and without psychosis, schizophrenia, and schizoaffective disorder // Schizophrenia Research. 2020 vol. 223 p. 148-157.
- 3. Türközer H. et al. Biomarker Profiles in Psychosis Risk Groups Within Unaffected Relatives Based on Familiality and Age // Schizophrenia Bulletin. 2021 vol. 47, number 4 p. 1058-1067.
- 4. Clementz B. et al. Psychosis Biotypes: Replication and Validation from the B-SNIP Consortium // Schizophrenia Bulletin. 2021 vol. 48, number 1 p. 56-68.

К проблеме ипохондрической паранойи

Стаканов П.А.¹, Якимец А.В.²

¹ ординатор 2 курса ординатуры по специальности «Психиатрия» на кафедре психиатрии и психосоматики ИКМ им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России

E-mail: past376@gmail.com

² к.м.н., заведующий клиническим отделением отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

E-mail: a.v.yakimets@mail.ru

Актуальность исследования. Психопатологическая структура и клинические границы «ипохондрической паранойи» до настоящего времени не получили четкого определения. S. Freud (1914) рассматривает возможные связи ипохондрии не только с невротическими расстройствами, но и с бредом. Актуальность термина «ипохондрическая паранойя» и «соматическая паранойя» подчеркивается в ряде исследований [1,2]. В современных классификациях психических расстройств ипохондрия ограничена невротическим регистром, критерии для дифференциальной диагностики ипохондрии в рамках других патологий отсутствуют [3].

Цель исследования: Изучение группы ипохондрических расстройств, характеристика психопатологической структуры которых не соответствует кругу ипохондрической паранойи.

Материал и методы: обследовано 12 пациентов мужского пола в возрасте от 18 до 50 лет с верифицированным диагнозом шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10) и шизотипическое расстройство личности (301.22 ПО DSM-5) преобладанием психопатологических симптомокомплексов, относящихся к кругу циркумскрипта исследования использовались ипохондрии. В качестве основных метолов психопатологический, патопсихологический.

Результаты исследования: Социо-демографические показатели общей выборки (табл. 1) демонстрируют неполноценность социального функционирования больных. Несмотря на то, что все пациенты находились в трудоспособном возрасте и большинство из них имеет высшее (8 набл.) или среднее-специальное образование (1 набл.), половина из них не работает и находится на иждивении родственников (6 набл.). Подавляющее число больных (8 набл.) никогда не состояли в браке. При этом обращает на себя внимание патохарактерологическая акцентуация по типу «ипохондрия здоровья» (нарушение влечений со склонностью к формированию спортивной аддикции (9 набл.), всепоглощающее стремление к строгому соблюдению разнообразных диет, вплоть до продолжительных голоданий (7 набл.), выполнение определенного комплекса изнуряющих физических упражнений) [4].

Таблица 1. Социально-демографические показатели общей выборки больных

Показатели	Выборка, п
Возраст	
Молодой (18-44)	10
Средний (45-59)	2

Образование				
Высшее	8			
Среднее специальное	1			
Среднее	3			
Трудовой статус				
Работают	6			
Не работают	6			
Семейный статус				
В браке/гражданском браке	4			
Разведены/ никогда не состояли в браке	8			

В клинической картине доминируют изолированные телесные сенсации различной модальности и локализации - дискомфортные ощущения в области эпигастрия; телесные сенсации по ходу кишечника; ощущение жгучей пленки и инородного тела в ротовой полости или в области проекции гортани; чувство нечеткости зрительных образов с ощущениями жжения и инородного тела в области глазных яблок; наличие слуховых феноменов различной интенсивности - звон в ушах, шум внутри головы пульсирующего характера; дискомфортные ощущения в области мочевого пузыря и уретры с ощущениями перемещающегося жжения при мочеиспускании; гипергидроз области подмышечных впадин. В ряде публикаций (Е. Kahn, 1928; Б.А. Волель, 2009) такого рода расстройства квалифицируются в рамках ипохондрического развития личности, однако данным настоящего исследования. квалификация не соответствует обследованиях (гастроскопия, колоноскопия, МРТ, КТ, различные виды УЗИ, клинические и биохимические анализы крови и др.) не обнаруживалось ни соматической, ни неврологической патологии. В психопатологических проявлениях обследованного контингента доминировали не признаки тревоги о здоровье и другие проявления ТФР, а стремление к элиминации травмирующих ощущений. При этом у обследованных выявляется феномен отчуждения травмирующих сенсаций, воспринимаются в качестве чужеродных явлений, а также аутоагрессии со стремлением к оперативным вмешательствам и другим способам избавления от травмирующих сенсаций. психопатологические Обнаруженные циркумскриптные образования позволяют квалифицировать рассматриваемую ипохондрическую патологию рамках ипохондрической паранойи. При отсутствии сформированных проявлений ипохондрического бреда у больных наблюдаются характерные для паранойяльных образований сверхценная одержимость (А. Кронфельд, 1940; А.Б. Смулевич, 1987) с аутоагрессивными тенденциями (паранойя борьбы - kampfparanoia, E. Kretschmer, 1950).

- 1. Hansen EB. Paranoia hypochondriaca. Psykiatrisk Afdeling, Rigshospitalet, 1976:339.
- 2. Stenbäckand, A., & Rimón, R. (1964). Hypochondria and paranoia. Acta Psychiatrica Scandinavica, 40(4), 379–385.
- 3. Rosenberg R., Tania Podlaska Mariager & Rikke Hilker: Hypochondriacal paranoia is a differential diagnostic challenge. Ugeskr Læger 2018; 180:V02180151
- 4. Tyrer P, Seivewright N, Seivewright H. Long-term outcome of hypochondriacal personality disorder. J Psychosom Res. 1999 Feb;46(2):177-85; 10.1016/s0022-3999(98)00072-5.

Эпидемиология и клиника психических расстройств у больных COVID-19

Формалева К.И.¹, Вдовина И.В.²

¹Врач-психиатр

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 2» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия 2 начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, 2 к.пед.н, доцент

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, Россия E-mail: ntksufor@gmail.com

В условиях пандемии COVID-19, быстрого изменения эпидемиологической обстановки, введения карантинных мер, высокой смертности создаются условия для провоцирования развитие психических расстройств. Резко возросло число случаев гетерогенных психических расстройств у населения [1].

Был проведён ретроспективный анализ данных 3936 пациентов с подтверждённым диагнозом COVID-19, которые были госпитализированы в инфекционное отделения для больных COVID-19 в ФГБУ «Центральную клиническую больницу с поликлиникой» Управления делами Президента Российской Федерации в период со второй волны пандемии по третью волну включительно. Из 3936 пациентов, включённых в ретроспективный анализ, у 188 было зафиксировано развитие психических расстройств на фоне COVID-19, остальные пациенты были сформированы в группу контроля. Проводилось тестирование и клинико-лабораторный мониторинг. Информация о сопутствующих заболеваниях и получаемой терапии взята из медицинских карт пациентов.

Статистическая обработка результатов проводилась средствами языка Питон (Python 3.9.). В качестве центра распределения была посчитана медиана, а в качестве показателей вариации — квартили (Me [Q1; Q3]). Для сравнения двух несвязанных выборок использовался U-критерий Манна-Уитни. Результаты качественных признаков выражены в абсолютных числах с указанием долей (%).

Общее число пациентов — 3936, группа контроля — 3748 пациентов, группа пациентов с зафиксированным развитием психических расстройств на фоне COVID-19 — 188 пациентов (4,8%). В исследование включены лица от 45 до 85 лет, средний возраст группы контроля составил 61.0 [49.0; 71.0] год, в то время как средний возраст пациентов с развитием психических расстройств составил 75.5 [60.75; 84.0] лет. Из 3936 обследуемых пациентов 49.5% составляли мужчины (n=1947) и 50.5% женщины (n=1989), в группе контроля количество мужчин и женщин имело равное количество 1874 (50.0%), в группе с развитием психических расстройств превалировало число женщин 115 (61.2%), чем мужчин 73 (61.2%).

Из 188 пациентов были зафиксированы такие симптомы как, раздражительность — 70 (37.2%), сниженный фон настроения 27 (14.4%), отсутствие критики 50 (26.65%), делирий 23 (12.2%), когнитивные нарушения 153 (81.4%), снижение/нарушение памяти 43 (22.9%), спутанность сознания 2 (1.1%), нарушение сна/сложности с засыпанием и поддержанием сна 85 (45.2%), тревожно-депрессивная реакция/чувство тревоги/ беспокойство 53 (28.2%), галлюцинаторно-бредовой приступ 2 (1,1%), заторможенность/медлительность 3 (1,6%).

Можно сделать вывод, что спектр психических расстройств на фоне COVID-19 представлен тревожно-депрессивными расстройствами, которые можно квалифицировать

в рамках нозогений – психогенных расстройств, манифестирующие в связи с диагностикой респираторной вирусной инфекции, соматогенийострой психопатологических состояний, возникающих в результате патологического воздействия на центральную нервную систему соматических вредностей и ятрогений - психических расстройств, манифестирующие в связи с приёмом медикаментов, вызывающих психические нарушения. Нозогенные реакций можно разделить на тревожно-фобические ипохондрические нозогенные реакции, тревожно-диссоциативные нозогенные реакции и тревожно-депрессивные нозогенные реакции. Соматогении представлены соматогенной депрессией и соматогенными психозами, которые в свою очередь подразделяются на делирий, острый галлюциноз, онейроид и аменцию. К развитию яторогенных реакций относятся такие факторы риска как, полипрагмазия, назначение высоких доз препаратов длительными курсами, быстрое или парентеральное введение лекарственных средств, малый разрыв между терапевтической и токсической дозой. К лекарственным средства, применяемых при лечении COVID-19, обладающих депрессогенными свойствами и другими побочными эффектами, связанными с изменением психического состояния относятся антибиотики, противомалярийные средства, противовирусные, гормональные средства, гипотензивные препараты, антиаритмические, гиполипидемические средства.

Таким образом, с учётом поправок на среднюю распространённость психических расстройств, приведённые цифры свидетельствуют о значительном негативном воздействии пандемии на психическое здоровье, которое затрагивает почти треть населения Поздняя диагностика и задержка квалифицированного лечения приводят к затягиванию психических расстройств, ухудшают прогноз их течения, снижают уровень социального функционирования и качества жизни больных, а также могут иметь значительные социально-экономические последствия и накладывать дополнительное бремя на бюджет здравоохранения.

В заключение следует подчеркнуть, что своевременная диагностика психических расстройств в период пандемии и её отдалённых последствий является важным элементом оказания высококвалифицированной персонифицированной помощи пациентам.

Литература

1. Медведев ВЭ, Доготарь ОА. COVID-19 и психическое здоровье: вызовы и первые выводы. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2020;12(6):4–10.

Психическое здоровье выпускников школы: связанные со стрессом расстройства

Хахонина А.Е.

ординатор

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии Белгород, Россия E-mail: ruzhenkova@yandex.ru

Актуальность. По данным ВОЗ [1], на долю нарушений психического здоровья приходится 16% глобального бремени болезней и травматизма среди лиц в возрасте 10–19 лет, а самоубийства являются третьей по значимости ведущей причиной смертности в возрастной группе 15–19 лет [1]. Известно, что среди лиц с суицидальным поведением преобладают лица с психической патологией (от легких форм до тяжелых состояний) [2], а ведущее место в генезе занимают депрессивные состояния. Одним из факторов, способствующих проявлению пограничных психических расстройств, является учебный стресс [3].

Материал и методы исследования. Медико-социологическим и психометрическим методами обследовано 455 учащихся 11-х классов общеобразовательной школы в возрасте 16–18 (16, 8 ± 0 ,5) лет: 39,6% лиц мужского и 60,4% женского пола. Исследование проводилось за 1–1,5 месяца до сдачи $E\Gamma$ Э.

Результаты. Установлено, что 34,3% учеников в дошкольном и раннем школьном возрасте по инициативе родителей обращались за помощью к «народным целителям» в основном с проблемами легких расстройств психической сферы (страхи, ночные крики, заикание).

Крайне высокий уровень эмоционального напряжения перед сдачей ЕГЭ (на 80-100%) испытывали 47,9% учеников, средний (50-70%) — 29,0%, легкий (10-40%) — 18,5% и полное отсутствие волнения — 4,6%.

Клинически значимая депрессия (тест DASS-21) выявлена у 21,6% обследованных: чаще ($\chi^2=16,222$ р = 0,0006) у лиц женского пола (27,9%), чем мужского (11,6%). Коморбидность депрессии с тревогой составила 76,5% случаев. Тревога клинического уровня выявлена у 31,6% учащихся, статистически значимо ($\chi^2=53,451$ р = 0,0005) чаще у лиц женского пола (44,7%), чем у мужского (12,1%). Коморбидность тревоги с депрессией составила 52,1%. Тревога чаще ($\chi^2=16,500$ р = 0,0006) регистрировалась у обследуемых, обращавшихся за помощью к «народным целителям» – соответственно 44,2 и 25,1%.

Клинически значимые симптомы социофобии (тест SPIN) регистрировались у 54 (11,9%) учащихся: одинаково часто у юношей и девушек. Коморбидность социофобии с депрессией составила 72,2% и тревогой – 77,8% случаев. У обращающихся к «народным целителям» чаще ($\chi^2 = 14,956$ p = 0,007) встречались психологически понятные опасения – соответственно 26,9 и 12% случаев.

Значимые симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (шкала Йеля — Брауна) выявлены у 7,3% обследованных: чаще ($\chi^2 = 12,476$ p = 0,001) у лиц женского пола (10,9%), чем у мужского (1,7%). У обращающихся к «народным целителям» клинически значимые симптомы ОКР встречались чаще ($\chi^2 = 5,549$ p = 0,019), чем у не обращающихся — соответственно 11,5 и 5,0% случаев.

Клинически значимые симптомы неврастении (авторский структурированный опросник) выявлены у 19,1% обследованных. Они регистрировались чаще ($\chi^2 = 15,060 \text{ p} = 0,0007$) у лиц женского пола (25,1%), чем мужского (10%). Симптомы неврастении чаще

 $(\chi^2 = 13,578 \text{ p} = 0,0009)$ регистрировались у посещающих «народных целителей» – соответственно 28,8 и 14%.

Верификация самооценки состояния психического здоровья показала, что наличие проблем психологического плана признали 45.8% лиц женского и 26.5% мужского пола ($\chi^2 = 11.926$ р = 0.001). Симптомы психического расстройства в совокупности выявили у себя 11.1% обследованных.

Заключение. Таким образом, установлено, что 47,9% учеников испытывают крайне высокий уровень эмоционального напряжения перед сдачей ЕГЭ, что приводит к выраженной неврастении в 19,1% случаев. У пятой части школьников выявлена клинически значимая депрессия, у трети — тревога. Вероятность выявления пограничных психических расстройств у подростков, обращавшихся за помощью к народным целителям, более чем в 2 раза выше, чем у не обращавшихся. Это может служить фактором, способствующим раннему выявлению пограничных психических расстройств.

- 1. Психическое здоровье: информационный бюллетень. / Всемирная организация здравоохранения. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2018 [Электронный ресурс]. URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health (дата обращения: 13.09.2022).
- 2. Preventing Suicide: a global imperative / World Health Organization. International government publication. Geneva: World Health Organization, 2014. 89 p.
- 3. Руженкова В.В. Учебный стресс как фактор риска формирования аддиктивного поведения, тревожных и депрессивных расстройств у иностранных студентов медиков // Научный результат. Медицина и фармация. 2018. Т. 4. № 2. С. 55–68.

Особенности реабилитации пациентов с психическими расстройствами с учетом правовых основ на примере трудотерапии

Хоммятов М.Р.¹, Вдовина И.В.²

¹Специалист 1 категории отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований ²начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований, к.пед.н, доцент Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации Москва. Россия E-mail: khommarat38@gmail.com

Реабилитация пациентов с психическими расстройствами четко регламентируется законодательными актами, особенно законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»:

- в статье 1 закреплено понятие психиатрической помощи, которая включает диагностику психических расстройств, лечение, уход и медико-социальную реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

-Положения статьи 16 определяют минимальный объем психиатрической помощи и социальной защиты, который гарантируется государством: 1) неотложная психиатрическая помощь; 2) консультативно-диагностическая, лечебная, <u>психопрофилактическая</u>, реабилитационная помощь во внебольничных и стационарных условиях [1];

Самой же целью реабилитации в психиатрии является полное или частичное восстановление (сохранение) индивидуальной и общественной ценности больного, его личностного, социального и трудового статуса [2]. В ее непосредственные задачи входят: медицинская реабилитация, направленная на достижение максимально возможной клинической компенсации, купирования проявлений болезни и профилактику ее нежелательных последствий или их уменьшение; профессионально-трудовая реабилитация — возвращение больному способности к участию в общественно полезном труде, самостоятельному жизнеобеспечению; социальная реабилитация — восстановление индивидуальной и общественной ценности больного.

На основании вышеобозначенных этапов выделяют целый ряд направлений в реабилитационной психиатрии: психообразовательные программы, семейная терапия, тренинг социальных навыков, группы само- и взаимопомощи, трудоустройство (в специально созданных условиях и на общем производстве) [3].

При этом особое место в реабилитологии занимает именно трудотерапия. Ее организация регламентируется Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения". Трудотерапия показана на всех этапах реабилитации, исключение составляют лишь острые психотические состояния и, в целом, острая декомпенсация психического состояния ввиду невозможности обеспечить безопасность таких пациентов в ходе трудотерапии [4].

С точки зрения организации, лечебно-производственные (трудовые) мастерские являются структурными подразделениями психоневрологического диспансера или психиатрической больницы, предназначенными для медико-социальной реабилитации, поддерживающего лечения, трудового обучения, трудового устройства и трудовой занятости пациентов, страдающих психическими расстройствами.

Основными функциями таких мастерских являются: поддерживающее лечение пациентов в состоянии ремиссии; проведение психотерапевтических методов лечения и психологической коррекции, психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации; сохранение и восстановление трудоспособности пациентов; осуществление трудотерапии и трудового обучения пациентов в ходе реализации лечебно-реабилитационной программы; выбор специальности для трудового обучения с учетом личностных особенностей пациента и индивидуальной программы реабилитации; консультации с организациями социальной защиты населения относительно трудоустройства пациентов в обычных или специально созданных условиях производства; организация обучения и переобучения пациентов; обеспечение техники безопасности трудовых процессов; привлечение пациентов к активному участию в выполнении лечебно-реабилитационных программ; ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

Целый ряд исследований показывает эффективность подобной трудотерапии: к примеру, трудовая терапия снижает уровень частых и длительных госпитализаций в 3,2 раза. При этом среди эффектов реабилитации и, в частности, трудотерапии, выделяют не только непосредственное влияние на течение патологического процесса, но и общее улучшение качества жизни, лежащее вне непосредственного заболевания— это восстановление личного и социального статуса больного - семейного, трудового, общественного.

- 1. Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-І «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»
- 2. Психиатрия: Руководство для врачей. В двух томах. / Под редакцией А.С.Тиганова Том 1. 2012
- 3. Шмуклер А.Б., Давыдов К.В., Давыдова А.С. Система психосоциальной терапии терапии психически больных как неотъемлемая часть психиатрической помощи. 2019
- 4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. №566н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».

Взаимосвязь аффективного реагирования и делинквентного поведения при органическом расстройстве личности

Худина Ю. С. 1 , Заика В. Γ . 2

¹Аспирант кафедры психиатрии, ² заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Кафедра психиатрии Ростов-на-Дону, Россия E-mail: khudina_julia@mail.ru

Делинквентность распространена при органическом расстройстве личности. Большинство статей посвящены ее изучению либо среди отдельных возрастных групп, либо в рамках личностных особенностей [1, 2]. Изучение аффективной сферы при органических расстройствах личности чаще ограничивается юридическим аспектом [3]. Вышеперечисленные факторы делают актуальным данное исследование.

Цель исследования: изучение взаимосвязи особенностей эмоционального реагирования и делинквентного поведения (далее ДП). Проведено исследование 30 пациентов - 20 мужчин, 10 женщин. Критерии включения: информированное согласие, установленный стационаром диагноз «Расстройство личности органической этиологии» (F 07.0x), возраст 18-44 года. Опросники: ДП, Б.Н. Смирнова «Эмоциональная возбудимость-уравновешенность», В.В. Бойко «Неуправляемая эмоциональная возбудимость», А. Ассингера «Диагностика склонности к агрессивному поведению». Статистика: метод дисперсионного анализа (программа Statistica 12).

Опросник ДП выявил нарушения у 33,3% пациентов (мужчины преобладали над женщинами). Поведенческие нарушения были представлены кражами, угоном автомобиля, драками, агрессивным поведением. В выборке 6,7% опрошенных находились ранее в местах лишения свободы, 3,3% - имели условный срок, 6,7% - проходили принудительное лечение. Аффективные нарушения были представлены эмоциональной возбудимостью, импульсивностью, агрессией и неуравновешенностью. «Высокая» и «очень высокая» эмоциональная возбудимость наблюдалась в 36,7%, «средняя» и «низкая» - в 56,7% случаев. Неуправляемая эмоциональная возбудимость - в 10,0%, импульсивности – в 60,0% случаев. Показатели излишней агрессии – в 33,3%, умеренной – в 43,3% случаев. Количество мужчин преобладало над женщинами в первых двух аффективных проявлениях, излишняя агрессия и неуравновешенность были распределены поровну среди мужчин и женщин. У 10,0% пациентов имелись высокие и очень высокие показатели эмоциональной возбудимости (мужчины), которые имели связь с ДП. Неуправляемая эмоциональная возбудимость и импульсивность соотносились с ДП у 6,7% опрошенных (мужчины). Показатель 6,7% был получен у больных с излишней агрессией и с ДП (женщины преобладали над мужчинами). Оценка методом дисперсионного анализа показала незначимость фактора пола и фактора ДП (р>0.05). Статистическая методика позволила смоделировать зависимости переменных и провести углубленный анализ. Показатели эмоциональной возбудимости у мужчин и женщин с ДП были ниже, чем у мужчин и женщин без ДП. Показатели неуправляемой эмоциональной возбудимости у мужчин имели тенденцию к росту, у женщин подобной тенденции не отмечалось. Показатели агрессивного поведения и неуравновешенности у мужчин с ДП были ниже, чем у мужчин без ДП. У женщин отмечалась тенденция увеличения агрессивности при ДП.

Таким образом, ожидаемые высокие показатели ДП не всегда связаны с эмоциональной возбудимостью. Возможно, это объясняется высоким процентом

неискренности ответов. ДП у мужчин наиболее вероятно коррелирует с неуправляемой эмоциональной возбудимостью, а у женщин — с агрессивным поведением и неуравновешенностью. Это позволяет сделать вывод о взаимосвязи особенностей эмоционального реагирования и ДП при органическом расстройстве личности.

- 1. Органическое расстройство личности у женщин (клинические, судебнопсихиатрические, биологические и социальные аспекты) / Шишкина О.А., Качаева М.А., Харитонова Н.К. [и др.]. // Российский психиатрический журнал. - 2020. - №3. - с. 74-86.
- 2. Analysis of Substance Use and Mental Disorder Diagnoses in Adolescents with a History of Delinquency: a Cross-sectional Study / Baysan Arabacı L., Dikeç G., Taş Soylu G. [et al.]. // International Journal of Mental Health and Addiction 2022. doi: 10.1007/s11469-022-00864-4.
- 3. Органическое психическое расстройство и коморбидные нарушения аффективного спектра: судебно-психиатрическая оценка / В.В. Вандыш-Бубко, М.В. Гиленко, Н.К. Харитонова, А.Д. Уруджев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119, № 1-2. с. 39-44.

Основные мотивы несуицидного самоповреждающего поведения у детей, подростков и лиц молодого возраста

Хуторянская Ю. В.

Ассистент

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт- Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава здравоохранения Российской Федерации Кафедра психиатрии и наркологии

Санкт- Петербург, Россия

Е-mail:julia.khutoryanskaya@gmail.com

Несуицидное самоповреждеющее поведение (НССП) — это комплекс действий, направленных на намеренное нанесение вреда и (или) физическое повреждение тканей и органов собственного тела [1]. В последнее время, по данным литературы, отмечается рост НССП, он оценивается в широких пределах — от 40% до 80% [2]. Согласно DSM-5, несуицидное самоповреждающее поведение представлено термином Non-suicidal self-injury и рассматривается в главе «Состояния, требующие дальнейшего изучения» [3]. В нашем исследовании выявляются основные мотивы НССП, нозологическая принадлежность, возрастные и половые закономерности.

Цель – сравнение мотивов НССП в зависимости от нозологической формы, пола и возрастной группы.

Материал и методы. Отобран 91 пациент (13-24 лет), добровольно обратившийся в консультативный центр СПбГПМУ, обследованный клинически и с помощью самоопросника «Утверждения о самоповреждениях» (русскоязычный адаптированный вариант «Inventory of Statements about Self-injury»). В нашем исследовании на основании клинико-психопатологического анализа выделены 3 клинические группы. Первую группу (50 чел.) составили пациенты пубертатного возраста с нарушением поведения, входящим в рубрику F 91 и пациенты с эмоционально-неустойчивым расстройством личности (F 60.3). Во второй группе представлены пациенты с диагнозом депрессивный эпизод легкой или средней степени тяжести (F 32). В третью группу были выделены пациенты с расстройствами пищевого поведения (F50).

Результаты. Вышеописанные группы не различались по возрасту пациентов, возрасту начала самоповреждающего поведения и его продолжительности. Не выявлено также отличий ведущих типов самоповреждений в зависимости от пола, возрастной подгруппы и клинического диагноза, что подтверждает превалирующую на сегодняшней день взгляд на НССП как на транснозологический феномен. Мотивы НССП также не различались в зависимости от нозологической формы. Выявлены половые и возрастные отличия мотивов самоповреждений. У пациентов мужского пола достоверно преобладают мотив «поиска новых ощущений» (р=0,037) и «сплочение со сверстниками» (р=0,036 по Манну-Уитни). В младшей возрастной подгруппе преобладают мотив «самонаказание» (р=0,032 по Манну-Уитни) и «сплочение со сверстниками» (р=0,026 по Манну-Уитни).

Выводы. Выявленная в нашем исследовании нозологическая неспецифичность НССП, проявляющаяся в сходстве возраста начала, длительности, типов самоповреждений и мотивов их совершения при разных расстройствах позволяет рассматривать данный феномен в качестве отдельной дименсиональной характеристики психического заболевания, в большей степени зависящей от внутренних закономерностей, гендерных и возрастных особенностей, чем от его нозологической принадлежности.

- 1. Favazza, A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition / A.R. Favazza. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996. 373 p.].
- 2. Nicholson C. More teenage girls are self harming than ever before here's why. // The Conversation. Available from: https://theconversation.com/more-teenage-girls-are-selfharming-than-ever-before-heres-why-86010 Accessed on September 12, 2019
- 3. DSM-5 development: Non-suicidal self injury. American Psychiatric Association,2013.URL:http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?ri d=443 (дата обращения 29.02.2016)

Описание клинического случая наркомании, сочетанной с патологическим влечением к азартным играм

Шакун Е. Ю.¹, Шайдеггер Ю. М.²

¹Специалист отдела организации профилактической помощи в наркологии ²Младший научный сотрудник отдела психотерапии и медицинской реабилитации в амбулаторных и стационарных условиях

Национальный научный центр наркологии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Москва, Россия E-mail: egor_shakun@mail.ru

Описание случая. Пациент А., 31 год, поступил в клинику ННЦ наркологии - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ в марте 2022 г. с жалобами на выраженное влечение к каннабиноидам, в меньшей степени - к алкоголю, неуверенность в собственных силах воздерживаться от азартных игр — «ставок на спорт».

Пациент поступил в состоянии воздержания от употребления ПАВ (3 недели воздержания от употребления каннабиноидов, 1.5 месяца воздержания от употребления алкоголя). Статус пациента определялся сформированным синдромом зависимости от каннабиноидов, алкоголя и патологическим влечением к азартным играм (гемблинг) [1].

Из анамнеза: первые пробы алкоголя с 14 лет с последующим еженедельным приемом спиртного. С 20-ти лет отмечает уграту количественного и ситуационного контроля, рост толерантности до 1 л крепкого алкоголя в сутки, формирование алкогольных эксцессов по 1-2 дня, формирование абстинентных расстройств. Первые пробы ПАВ - с 18-ти лет, когда впервые пробует производные каннабиноидов. С 22-х лет употребляет каннабиноиды регулярно - во время промежутков воздержания от алкоголя. Прекращает наркотизацию при возобновлении употребления алкоголя. К этому же периоду (22-23 года) относится начало периодических он-лайн ставок на спорт. В декабре 2021 (возрасте 30 лет) со слов пациента, ему удалось выиграть около миллиона рублей, однако весь выигрыш вновь проиграл, в дальнейшем был вынужден обратиться в микрофинансовые организации, сумма микрозаймов составила около 300 тыс. рублей. Спустя месяц (в январе 2022 г.) в состоянии алкогольного опьянения с суицидальными намерениями нанес себе порезы левого предплечья, в результате чего были повреждены вены и сухожилия.

При поступлении в клинику пациенту была назначена психофармакотерапия, пациент посещал индивидуальные и групповые психотерапевтические и психообразовательные мероприятия. Согласно данным дневниковых записей, в течение первых двух недель пребывания в клинике у пациента сохранялось влечение как к ПАВ, так и к азартным играм; также сохранялись выраженные колебания эмоционального фона; критика к своему состоянию была недостаточна; суицидальные мысли отрицал.

Результаты.

После двух недель пребывания в клинике проведенное психодиагностическое исследование подтвердило наличие у пациента сохранявшегося выраженного влечения к азартным играм и ПАВ, также испытываемой в значительной степени тревоги и стресса. При этом у пациента были выявлены значительные нарушения процессов восприятия и рассуждения (трудности при выполнении соответствующих тестов больной объяснил «сильным беспокойством, мешающим сосредоточиться»). В ходе исследования с использованием шкалы интернет-зависимости Чена (CIAS) и шкалы интернет-игрового

расстройства (IGDS9-SF), у больного не было выявлено признаков интернет-зависимости или компьютерного игрового расстройства.

Заключение. В данном клиническом случае демонстрируются особенности течения, трудности диагностики и терапии синдрома зависимости от наркотических веществ в сочетании с патологическим влечением к азартным играм, что подтверждает значимость выделения гемблинга (а также онлайн-гемблинга как его подтипа) в качестве самостоятельной нозологической единицы в МКБ-11 [2]. Описанная в данной работе специфика нозологии свидетельствует о необходимости углубленного изучения клиники, течения, дифференциальной диагностики и терапии игровой зависимости.

- 1. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости «фейк-диагнозы» или все-таки расстройства //Неврологический вестник. 2019. T. 51. T. T. T. T. T. T. T.
- 2. Международная классификация болезней 11 пересмотра (МКБ-11) [электронный ресурс]. URL: https://icd11.ru. (дата обращения 13.09.2021).

Эффективность и безопасность Вортиоксетина в терапии депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля

Щелчкова А.А. 1 , Мозгачева Е.С. 2 , Филиппова Н.В. 3 , Барыльник Ю.Б. 4 , Богданова Т.М. 5 , Блинова В.В. 6

 1 клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

 2 клинический ординатор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии

³ доиент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, кандидат медииинских наук

 4 заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, доктор медицинских наук, профессор 5 заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней кандидат медииинских наук, доиент ⁶ доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней кандидат медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России; Саратов. Россия

E-mail: natdoc@mail.ru

Наиболее важными условиями применения антидепрессантов в кардиологической являются хорошая переносимость, отсутствие токсического минимальное взаимодействие с другими лекарственными средствами и относительная безопасность при передозировке [1]. Среди антидепрессантов вышеперечисленными Вортиоксетин (Бринтелликс), качествами обладает препарат обладающий

действия

механизмом противотревожную и прокогнитивную активность [3, 4].

эффективности И безопасности

также

обеспечивает

пациентов с кардиологической патологией.

настоящей

мультимодальным

Целью

работы стала оценка антидепрессанта Вортиоксетин при лечении сопутствующих депрессивных расстройств у

что

[2],

Материалы и методы. Всего обследовано 37 пациентов – 23 мужчин и 14 женщины в возрасте от 45 до 66 лет, поступивших на стационарное лечение в ГУЗ «Областной клинический кардиологический диспансер» г. Саратова с диагнозом «ИБС, Стенокардия напряжения II-III ФК». Всем пациентам, принявшим участие в исследовании, терапия депрессивного расстройства проводилась антидепрессантом Вортиоксетин (Бринтелликс) в дозе 10 мг/сут. в утренние часы вне зависимости от приема пищи в течение 8 недель. В качестве инструментов исследования были использованы госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, субъективный опросник PDQ-20, шкала CGI-C, опросник SF-36 (русскоязычная версия). Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью пакетов программ для статистической обработки «Microsoft Excel 2010» («Microsoft Corp»), «Statistika 8.0», «Med Stat» 8.05.

Результаты и обсуждение. Анализ результатов оценки выраженности депрессивных и тревожных проявлений по шкале HADS (до начала лечения общее среднее значение - $25,49\pm0,96$ балла, на 8-ой неделе лечения — снижение показателя до $15,59\pm0,6$ балла (р≤0,001)) и уровня когнитивного функционирования с использованием опросника PDQ $(38.9\pm2.6$ балла до начала лечения, на 8-ой неделе лечения -27.9 ± 1.8 балла (p \le 0.001) позволил констатировать, что по завершении 8 недель терапии Вортиоксетином у 33 человек (89%) пациентов отмечалось значительное клиническое улучшение, о чем также свидетельствую данные по шкале CGI-C. Наблюдалась и положительная динамика по опроснику SF-36. Наибольшее увеличение значений показателей было отмечено по параметрам «Физическое состояние», «Жизненная активность» и «Психическое здоровье». В сферах эмоционального и социального функционирования достоверного увеличения.

Переносимость Вортиоксетина у всех пациентов исследования была хорошей, значимых побочных явлений при применении препарата не зафиксировано.

В ходе проведенного исследования также оценивались показатели функционирования сердечно-сосудистой системы. В биохимических показателях крови, коагулограмме, электролитном составе значимых изменений не отмечалось. При оценке показателей артериального давления, частоты сердечных сокращений было отмечено достоверное улучшение показателей к концу 8 недели терапии. Также за период проведения исследования достоверно снизилась частота возникновения приступов стенокардии и аритмии.

Выводы. Таким образом, при назначении Вортиоксетина пациентам с ССЗ и сопутствующим депрессивным расстройством средней степени тяжести с началом терапии в условиях стационара и продолжением амбулаторного лечения в течение 8-ми недель была отмечена отчетливая положительная динамика как со стороны показателей ССС, так и в эмоциональной сфере, когнитивном и социальном функционировании. Хорошая переносимость препарата позволяет рекомендовать его для лечения депрессивных расстройств в практике ведения пациентов с заболеваниями кардиологического профиля.

- 1. Котов А.М., Стоцкий А.Д., Колесников Д.Б. Антидепрессанты в кардиологии. Клиническая медицина 2012; 10: 11-16.
- 2. Lundbeck H. BrintellixTM (vortioxetine tablets): EU summary of product characteristics. 2014. Available at: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR__Product_Information/human/002717/WC500159449.pdf (accessed 17 September 2022).
- 3. Mahableshwarkar A., Zajecka J., Jacobson W., Chen Y., Keefe R.S.E. A Randomized, Placebo-Controlled, Active-Reference, Double-Blind, Flexible-Dose Study of the Efficacy of Vortioxetine on Cognitive Function in Major Depressive Disorder. Neuropsychopharmacology. 2016; 41 (12): 2961. doi: 10.1038/npp.2015.52
- 4. Барыльник Ю.Б., Паращенко А.Ф., Филиппова Н.В., Абросимова Ю.С., Бачило Е.В., Деева М.А., Воронцов О.В., Шебалдова Н.С. Опыт применения препарата Вортиоксетин (Бринтелликс) в амбулаторной психиатрической практике. Психическое здоровье 2018; 16 (7): 40-47.

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ П МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА П.В. МОРОЗОВА ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

Составитель: Вдовина Ирина Владимировна

Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации 121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д. 19, стр. 1А тел + 7 (499) 140-20-78



Подписано в печать 07.12.2022
Формат 60х84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Тітеѕ». Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «______»
______, Москва, ______

Тел. +7(499)
