

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН

К 155 – ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ

Республиканской клинической психиатрической
больницы имени академика В.М. Бехтерева

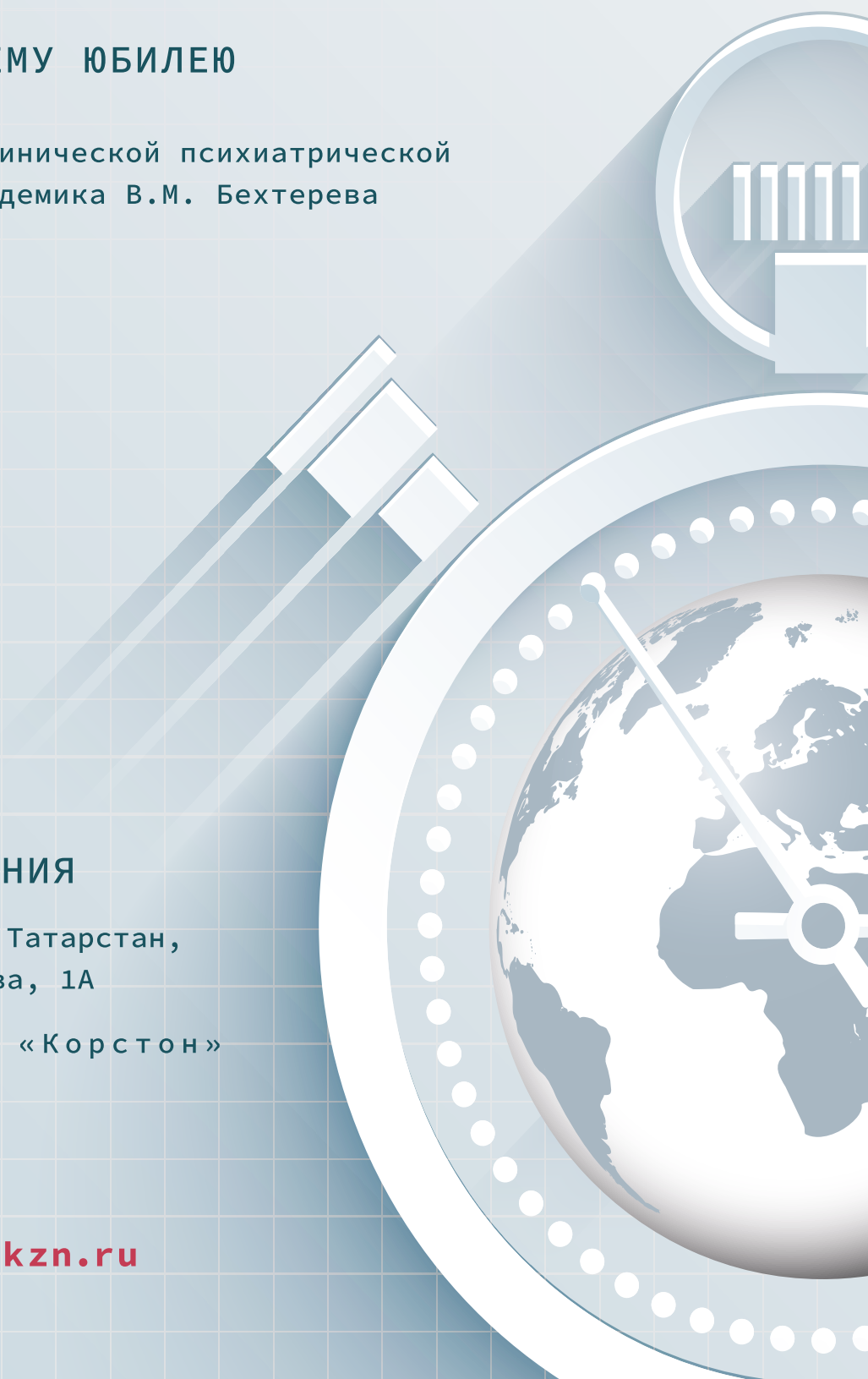
20·21
ИЮНЯ
2024

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ

Россия, Республика Татарстан,
Казань, ул. Н.Ершова, 1А

Конгресс-центр «Корстон»

www.bekhterev-kzn.ru



ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ПСИХИАТРИЯ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

КАЗАНЬ
20-21 июня 2024

УДК 616.89:08
ББК 56.14-94.3
П86

Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия в эпоху перемен»: сборник тезисов (Казань, 20-21 июня 2024 г.). – Казань: Медицинский издательский дом «Практика», 2024. – 56 с.

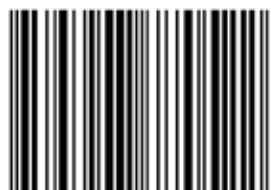
ISBN 978-5-907770-52-2

Ответственность за правильность, полноту и достоверность, научный и методический уровень сведений, содержащихся в публикуемых материалах, полностью возлагается на автора/ов и публикуются в их редакции

Сборник материалов форума будет размещён на сайте Научной электронной библиотеки eLIBRARY.RU (РИНЦ)

Подписано в печать 14.06.2024 г. Формат 60x84¹/₈. Печатных листов 8,5.
Бумага офсетная, тираж 300 экземпляров. Заказ Д-25.
Отпечатано в ООО «ИД «МедДок»
г. Казань, ул. Муштари, 11, тел. 8 843 259-56-48

ISBN 978-5-907770-52-2



9 785907 770522 >

© Медицинский издательский дом «Практика», 2024
Дизайн и верстка: **Лена Штром**

ОГЛАВЛЕНИЕ

А.А. АЛЕКСАНДРОВ, Е.Д. ЕВТУХОВИЧ

К вопросу «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности (по уголовному законодательству Республики Беларусь).....5

М.В. БЕЛОУСОВА, Э.В. ФУТИН

Проблемы комплаенса в работе с семьей ребенка с нарушением в развитии.....6

Н.Л. БОГАТЫРЕВА

Опыт оказания психолого-психиатрической помощи членам семей участников СВО. Проблемы и пути решения.....8

С.И. БОГДАНОВ, М.Д. КОЗИНА

Особенности курительного поведения среди городских школьников старших классов.....9

Ю.Ш. ВАСЯНИНА, Э.Х. ГОРБУНОВА, И.Ю. МАЛЬФИНА, А.А. ЧЕРНОВА

Актуальные аспекты сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае.....12

Е.А. ВЕРТУГИНА

Клинические детерминанты антисоциальных действий подростков с легкой умственной отсталостью.....13

А.Н. ГВОЗДЕЦКИЙ, А.Е. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, А.Г. СОФРОНОВ

Восприятие терапевтического профиля препаратов как фактор выбора антипсихотика.....15

В.В. ГЕРАСИМОВА

Об актуальном состоянии психического здоровья у нормативной группы подростков.....16

М.В. ГИЛЕНКО, Г.В. ТАРАСОВА, Д.А. ПИЛЕЧЕВ

Когнитивные нарушения у больных шизофренией: перспектива их комплексной оценки при судебно-психиатрической экспертизе.....18

Т.Д. ГИЛЕНКО, Т.Г. ГАДИСОВ, М.В. ЗЕЙГЕР, Д.В. САМЫЛКИН, А.А. ТКАЧЕНКО

Структурные особенности мотивационно-смысловой сферы у обвиняемых с расстройством личности как показатель потенциальной способности к осознанию и регуляции деятельности.....19

Е.А. ГОРИНА, А.Г. СОФРОНОВ

Особенности течения синдрома отмены алкоголя с делирием у пациентов с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами С и В.....20

Л.Ю. ДЕМИДОВА

Современные методы диагностики в судебной сексологии (анализ позиции белорусских судебных экспертов).....21

А.М. КАРПОВ

Био-психо-социо-духовное направление самозащиты психического здоровья в современную эпоху.....22

А.А. КИСЛЫХ

Жизнестойкость и совладающее поведение как факторы сохранения психического здоровья подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом.....24

М.Ю. КОЗЛОВ

Теория привязанности и психосоматические расстройства.....26

В.Н. КОНОВАЛОВА, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ

Структурно-динамические особенности ангедонии при психических расстройствах.....27

П.В. КОРОЛЕВА, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ

Самоповреждающее поведение в подростково-юношеском возрасте.....28

Г.Ф. КРОЯН, О.С. ГУРОВА

Одиночество как экзистенциальный феномен пациентов с онкологическими заболеваниями.....29

И.С. КУШНЕРЕВ, А.Н. ГВОЗДЕЦКИЙ, А.Г. СОФРОНОВ

Структура назначений антипсихотиков в стационарном лечении параноидной шизофрении и ее связь с клиническо-динамическими показателями заболеваниями социально-демографическими характеристиками больных.....31

Е.И. ЛАПИНА

Влияние социальных и политических метаморфозов на психоэмоциональный фон пациентов с различной психопатологией и без таковой.....32

Е.Б. ЛЮБОВ, А.Н. КУЛИКОВ, М.В. РУДАКОВА

Личная жизнь психиатрических пациентов, участников интернет-форума.....33

В.Г. МИТИХИН, Т.А. СОЛОХИНА

Анализ трендов основных показателей психического здоровья населения России в период 1992-2022 гг.....34

Е.Б. МИХАЙЛОВА, А.В. КУЧАЕВА, М.Л. МАКСИМОВ

Проблема побочных эффектов у пациентов с депрессией, получающих тимоаналептическую терапию.....36

А.С. МЮЛЛЕР, А.Е. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, А.Г. СОФРОНОВ А

Ранняя повторная госпитализация лиц с психическими расстройствами. Оценка факторов риска.....37

И.Ф. НАБАТОВ, Т.Б. ПЕТРОВА, Н.А. БУРКОВА

Организация реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями различной степени тяжести в условиях стационара.....39

В.Б. НИКИТИНА, М.Ф. БЕЛОКРЫЛОВА, В.А. РУДНИЦКИЙ, Т.В. ШУШПАНОВА, М.М. АКСЕНОВ

Роль иммунобиологических показателей в дифференциальной диагностике непсихотических психических расстройств.....40

Ю.И. ОСТЯНКО, В.В. ДУКОРСКИЙ

Моральный вред или психическая травма.....41

В.А. РОЗАНОВ, А.Я. ВУКС, М.В. АНОХИНА, В.Д. ИСАКОВ, В.В. ФРЕЙЗЕ, Н.В. СЕМЕНОВА

Суициды среди пожилых: анализ тенденций на примере мегаполиса как основа для стратегий превенции.....43

М.В. РОМАНОВСКАЯ, Ю.А. ФЕСЕНКО

Суицидоопасное поведение детей и подростков: современные методы психотерапии.....45

Н.Г. ТОКАРЕВА

Эпилепсия в эпоху перемен: психосоциальный аспект.....48

Е.Ю. ТЯВОКИНА, И.М. БАРСУКОВА, Х. БЕЖАУИ, С.В. ТЮХАЙ-ЛИПСКИЙ, Н.П. СЕДЫХ

Отдельные вопросы законодательной регламентации и правового регулирования недобровольных мер медицинского характера.....49

М.В. УСЮКИНА, М.В. ЛАВРУЩИК

Обоснование невменяемости и ограниченной вменяемости: структура синдрома и механизмы поведения при органических психических расстройствах.....51

Р.Р. ШАРИПОВА

Особенности лечения женщин с расстройствами поведения, больных алкоголизмом, проживающих с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем.....53

И.И. ШОШИНА, А.В. КОСИКОВА, А.С. ФЕДОРОВА, А.А. МОРИТЦ, И.С. ЛЯПУНОВ, С.И. ЛЯПУНОВ, О.В. ЛИМАНКИН

Особенности зрительного восприятия при расстройствах шизофренического спектра: контрастная чувствительность и окулярный микротремор.....54

Т.В. ШУШПАНОВА, И.Е. КУПРИЯНОВА, Т.П. НОВОЖЕЕВА, Е.Д. СЧАСТНЫЙ, В.Б. НИКИТИНА, Т.В. КАЗЕННЫХ, И.Н. СМИРНОВА, А.А. ЗАЙЦЕВ, О.А. ВАСИЛЬЕВА, В.В. УДУТ

Оценка фармакометаболизирующей функции печени у пациентов с нервно-психическими расстройствами.....55

УДК 340.62

А.А. АЛЕКСАНДРОВ, Е.Д. ЕВТУХОВИЧ

Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», г. Минск

К вопросу «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности (по уголовному законодательству Республики Беларусь)

В основе уголовной ответственности человека лежит его способность учитывать в своих поступках принятые в обществе нормы, которая приобретает в процессе возрастного развития и социализации. Несформированность данной способности у несовершеннолетнего определяет невозможность привлечения его к уголовной ответственности, для обозначения чего в специальной литературе используется термин «возрастная невменяемость».

В соответствии с белорусским уголовным законодательством одним из условий уголовной ответственности является возраст лиц, совершивших деяния, предусмотренные Особенной частью Уголовного кодекса Республики Беларусь (УК).

Статья 27 УК устанавливает, что уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста, а по ряду запрещенных УК деяний лица в возрасте от четырнадцати до шестнадцати лет. Также данной статьей предусмотрено, что не подлежит уголовной ответственности несовершеннолетнее лицо, которое достигло возраста, с которого наступает уголовная ответственность, если будет установлено, что вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством (заболеванием), оно во время совершения общественно опасного деяния не было способно сознавать фактический характер или общественную опасность своего деяния. При этом установление критериев «возрастной невменяемости» в настоящее время осуществляется при проведении судебного психологического экспертного исследования.

Белорусскими специалистами в области судебной психиатрии, сексологии и психологии отмечается необходимость дальнейшей проработки и совершенствования вопросов «возрастной невменяемости» в уголовном процессе (Остянко Ю.И., 2023).

Целью исследования было проанализировать возможные пути эволюции наполнения критериев «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве, а также при проведении судебных экспертиз применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности, посредством методов, используемые на теоретическом уровне исследований.

Выявляемые у несовершеннолетних лиц, совершив-

ших противоправные деяния сексуальной направленности, нарушения психосексуального созревания могут оказывать влияние на их поведение в момент совершения данных деяний, и, как следствие, на способность сознавать фактический характер или общественную опасность своих действий.

Оправданность данного тезиса обусловлена тем, что любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам, а отражают широкий спектр дизонтогенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать и анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку данные отклонения являются составной частью психического развития. Также следует учитывать то обстоятельство, что речь может идти не только о задержках развития, обусловленных социальными причинами, но и о ретардации психофизического созревания, составной частью которого является психо- и соматосексуальное становление индивида.

Следует обратить внимание на то, что структура юридического критерия «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве, в отличие, к примеру, от российского, содержит лишь интеллектуальный компонент — не способность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий, волевой же компонент — не способность осуществлять волевою регуляцию своего поведения, отсутствует.

Проявления психической незрелости несовершеннолетнего, обозначаемые понятием «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством (заболеванием)», носят целостный характер, затрагивают не только познавательную деятельность, но и личностные свойства несовершеннолетних, определяя выраженную дефицитарность волевой регуляции их поведения в юридически значимый период времени. Отсутствие волевого компонента юридического критерия в законодательстве приводит к фрагментарной оценке проявлений психической незрелости несовершеннолетнего лица и не учитывает такой важный ее аспект, как личностная незрелость, что не позволяет всесторонне и полно оценить проявления психической незрелости несовершеннолетних и ее влияние на осознанно-волевою регуляцию поведения при совершении общественно опасных деяний.

В отношении деяний сексуальной направленности оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые определяют возможность достижения осознания соответствующих требований и способность им следовать.

Сомнения в способности несовершеннолетних осуществлять осознанную регуляцию поведения в момент совершения общественно опасного деяния может быть основано не только на данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой они действовали. Недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля за поведением в ряде случаев может объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний. Это положение особую актуальность приобретает в делах о деяниях сексуальной направленности, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать у несо-

вершеннолетнего диапазон восприятия ситуации, связанной с сексуальностью. Ограничение может касаться прогноза последствий осуществляемых действий, ошибки в понимании психического состояния жертвы, причин ее поведения.

Таким образом, представляется обоснованным проведение диагностики критериев «возрастной невменяемости» при деяниях сексуальной направленности в рамках комплексного судебного психолого-сексологического исследования.

Резюмируя следует отметить, что вопросы «возрастной невменяемости»

в белорусском уголовном законодательстве и судебно-экспертной практике требуют дальнейшей проработки и совершенствования, как с позиции изменения действующего законодательства, так и с позиции эволюции предметного применения судебного сексологического исследования при рассмотрении данных вопросов применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности.

УДК 159.922

М.В. БЕЛОУСОВА, Э.В. ФУТИН

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Казань

Проблемы комплаенса в работе с семьей ребенка с нарушением в развитии

ВОЗ определяет приверженность к лечению (комплаенс) как степень соблюдения пациентом рекомендаций лечащего врача по приему лекарственных средств, изменению образа жизни, диеты, активности.

Наблюдаемая в некоторых семьях с детьми с нарушением в развитии проблема низкой приверженности к терапии и нейрореабилитации, является актуальной и требующей изучения. Высокий уровень родительского комплаенса позволяет осуществлять последовательную и непрерывную психокоррекционную работу с ребенком, обеспечивает включенность родителей в процесс реабилитации, существенно влияя и в отношении совместной работы с врачом, и в аспекте планирования образовательного маршрута ребенка в соответствии с его возможностями и ожиданиями семьи.

Низкая приверженность родителей к лечению — это не только отказ от выполнения рекомендаций врача, но и затягивание ими сроков начала терапии и нейрореабилитации; откладывание внесения обоснованных изменений в режим и привычный уклад жизни ребенка и семьи; игнорирование предлагаемых коррекционных и развивающих технологий, требующих длительного внедрения в ежедневную деятельность ребенка.

В качестве наиболее частых проблем выстраивания доверительных отношений с родителями и достижения высокого уровня их комплаентности, выступает зачастую недооцениваемая врачами низкая или недостаточная информированность родителей о генезе имеющих нарушений развития ребенка и о современных возможностях их преодоления (с применением медикаментозной терапии, педагогической, логопедической и нейропсихологической коррекции). Наиболее частые вопросы родителей — «кто виноват?» и «что делать?». Для преодоления недостаточной информированности нужны программы, предусматривающие включенность родителей в группы, где обсуждаются схожие проблемы и предлагаются варианты планирования и реализации дальнейших действий. Родители ищут подобную информацию на родительских форумах, но было бы целесообразнее, безопаснее и полезнее, если бы модератором информационных площадок выступали хорошо ориентированные в данной теме практикующие врачи и клинические психологи. Подобное модерирование позволит отбирать актуальный и полезный контент, содержание которого может быть использовано в повседневной коррекционно-развивающей работе

с ребенком, в обсуждении появляющихся психологических проблем, связанных с взрослением, преодолением кризисов, с воспитанием, с освоением новых навыков и умений. Адекватное информирование помогает родителям чувствовать себя более устойчивым и четко представляющими какие действия и усилия они могут предпринять для улучшения состояния своего ребенка и отображает зону их личной ответственности.

Еще одним аспектом, влияющим на комплаенс, является психологическое состояние родителей, их представление о болезни ребенка и личностный смысл болезни ребенка в их картине мира. Первичко Е.И., Довбыш Д.В. (2016) изучали на примере семей детей с детским церебральным параличом отношение родителей к заболеванию ребенка, мотивы матерей и наличие условной «вторичной выгоды». Авторы отмечают разнородность приверженности к лечению, которая соотносится с различным смыслом болезни ребенка для матерей — преградным, конфликтным (интрапсихический конфликт вследствие борьбы мотивов) и позитивным (по А.Ш. Тхостову, 2002). По данным авторов, матери с преградным смыслом болезни ребенка были более насторожены в отношении новых способов терапии и реабилитации, более подвержены поиску авторитетных врачей и менее комплаентны. Матери с конфликтным смыслом болезни всецело фиксированы на лечении, тогда, как другие сферы развития ребенка и жизни семьи «поставлены на паузу» и не получают интенции к развитию. Позитивный смысл болезни ребенка связан с появлением дополнительных выгод, обусловленных болезнью, и комплаенс к терапии и реабилитации у матерей был низким. Необходимо консультирование и психотерапевтическая работа с матерями и другими членами семьи, с учетом имеющихся запросов и проблем семейной системы. Одним из аспектов подобной работы следует рассматривать принятие родителем факта болезни ребенка и последующую трансформацию самоидентичности матери («я — мама ребенка с аутизмом»), поиск новой социальной включенности («с какой группой родителей я себя соотношу?») и выстраивание отношений с социумом, направленных на поиск ресурсов, профессиональной и эмоциональной поддержки.

Низкая приверженность к терапии может быть связана с ожиданием родителями быстрого эффекта от назначаемых препаратов и процедур. Клинические проявления, обусловленные дизонтогенетическими процессами или структурально-органическими причинами, нивелируются или минимизируются на фоне длительных, правильно спланированных занятий и патогенетически ориентированной терапии. Процесс нейрореабилитации не ограничивается 1-2 курсами, а представляет собой длительный период насыщенных занятий, медикаментозной терапии, физиолечения, кинезиологических и нейропсихологических курсов, длительность которых варьирует до 2-4 лет и более. По мнению Кауровой Т. В. (2021), одна из причин снижения приверженности к терапии — затяжное лечение с относительно поздним терапевтическим эффектом, вызы-

вающее у родителей ложное ощущение недостаточной компетентности врача, и, как следствие, «обесценивание» назначенного им лечения. Изучая когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты отношения к болезни ребенка (на примере родителей детей с хроническими дерматозами), автор обнаружила, что реальная приверженность к терапии у родителей была существенно ниже декларируемой. Аналогичная ситуация отмечается в работе с семьей ребенка с нарушением в развитии: отсутствие быстрых и видимых сдвигов в состоянии психического здоровья ребенка, ожидаемых родителями пропорционально своему временному, финансовому, эмоциональному «вкладу», негативно влияет на их мотивацию к терапии в целом, и часто становится поводом для обращения к немедицинским специалистам «в поисках чуда».

Одним из важных этапов планирования терапии и нейрореабилитации для ребенка с нарушением в развитии, является работа с целеполаганием и построением согласованного с семьей и понятного ей пошагового продвижения к установленной промежуточной цели, например, с использованием модели SMART (Джордж Т. Доран, 1981). Ранее мы представляли опыт использования этой модели для постановки терапевтической цели и построения программы ее достижения в отношении детей с нарушением речевого онтогенеза (Белоусова М.В., 2023). Данная модель может быть применима в планировании коррекционной работы и нейрореабилитации, а в качестве выбранной цели будет выступать требующий коррекции дефицит психической функции, умения, навыка. Наряду с основными характеристиками цели, к которым относятся ее конкретность (Specific), измеримость (Measurable), достижимость (Achievable), релевантность (Relevant), ограниченность во времени (Time-limited), можно добавить дополнительные опции — оценку (Evaluate) и корректировку (Readjust) для внесения изменений в имеющуюся программу действий, которая оказалась недостаточно результативной.

Разъяснения родителям построенного маршрута достижения терапевтической цели, критериев ее оценки, а также ее значимости для формирования психических функций или двигательного навыка ребенка способствуют повышению их эмоциональной и практической вовлеченности в процессы терапии и реабилитации, положительно влияют на комплаенс и помогают родителям «проживать» период лечения и реабилитации ребенка более осознанно и экологично для себя, как для родителя, как для представителя семейной системы (супруг/супруга; сын/дочь) и как для личности.

Таким образом, высокая приверженность к лечению и нейрореабилитации может стать мощным фактором положительного воздействия, инициируемого семьей ребенка с нарушением в развитии, в терапевтическом альянсе с врачом. Психотерапевтическая работа с семьей позволяет потенцировать усилия семейной системы, находить ресурсы для прохождения кризисных ситуаций, связанных с состоянием и поведением ребенка, и поддерживать психическое здоровье членов семьи.

УДК 159.913

Н.Л. БОГАТЫРЕВА

Медико-санитарная часть МВД России по Удмуртской Республике, г. Ижевск

Опыт оказания психолого-психиатрической помощи членам семей участников СВО. Проблемы и пути решения

С началом специальной военной операции на Украине (СВО) перед врачом-психиатром поликлиники как участником оказания первичной специализированной медицинской помощи, встали новые актуальные задачи: обеспечить качественную диагностику, лечение и профилактику психических расстройств у особенной группы лиц — членов семей участников СВО. В ходе военного конфликта, само начало которого для многих явилось психотравмирующей ситуацией, родственники военнослужащих вынуждены адаптироваться к длительной разлуке с близким человеком, к принятию ценностей и приоритетов, которые выходят за рамки обычных семейных и связаны с миссией защиты Родины. Непосредственным столкновением с военной психотравмой считается известие о гибели близкого человека или об угрозе его жизни: идет в бой, ранен, попал в плен. Повышается риск развития острой реакции на стресс, расстройства адаптации, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

С целью выявления проблем на разных этапах оказания помощи членам семей участников СВО и разработки алгоритма для улучшения качества помощи этой категории лиц проведено данное исследование.

Методы исследования. Анализ медицинской документации и сведений, полученных на амбулаторном приеме в кабинете психиатра поликлиники ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Удмуртской Республике», опрос, психометрические шкалы: Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); Шкала самооценки уровня депрессии CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale); Субъективная шкала оценки астении MFI-20 (Multidimensional Fatigue Inventory).

Результаты. За период с 24 февраля 2022 по 20 апреля 2024 г. выявлено 26 человек (24 женщины и 2 мужчин), членов семей участников СВО, нуждавшихся в психолого-психиатрической помощи. Исследуемая группа по степени родства по отношению к участникам СВО состоит из родственников 1 линии, чаще — мать, супруга.

Несмотря на наличие жалоб, соответствующих разной степени выраженности проявлений реакции на стресс, психосоматических следствий тревоги и дис-

тресса, только половина (50%) пациентов самостоятельно обратились за помощью к психиатру, другие 16,4% были направлены на плановую консультацию из отделений госпиталя, где получали лечение в связи с декомпенсацией течения хронических заболеваний, а 34,6% выявлены врачом-психиатром активно в ходе ежегодной диспансеризации в связи с наличием психопатологических симптомов или в связи с отдельными маркерами психоэмоционального напряжения.

Интересно, что все пациенты, направленные из госпиталя, были в возрасте старше 40 лет (от 40 до 67 лет) и имели отягощенный хроническими заболеваниями анамнез, лечились в госпитале в связи с декомпенсацией соматических заболеваний, наступившей на фоне переживаний разлуки или реакции горя, но лишь единицы из них думали обратиться к психологу или психиатру до госпитализации.

Выявлена низкая информированность о порядке оказания психолого-психиатрической помощи членам семей участников СВО, хотя региональные отделения Фонда «Защитники Отечества» и БУЗ «Республиканский клинический «Центр психического здоровья Минздрава Удмуртии» о порядке такой помощи информируют граждан в СМИ.

Жены погибших участников СВО говорили о том, что получают достаточную материальную помощь, но не знали куда можно обратиться за психологической поддержкой и назначением фармакотерапии в отдельных случаях. В специализированное психиатрическое учреждение идти не считали возможным («я же не психбольная»), поэтому обратились к психиатру ведомственной поликлиники.

Немалая часть опрошенных разных возрастов не считала необходимым обращение к психологу или врачу, так как считала болезненные симптомы «неизбежными в тяжелой ситуации». Пациенты возрастной группы младше 30 лет не выявляли признаков психического расстройства, за исключением 2 случаев острой реакции на стресс при сообщении о ранении близкого. Однако в результатах тестирования по шкале MFI-20 у четверти молодых пациентов выявлены признаки астении, редукция мотивации, утомляемость. Связаны ли эти субклинические проявления астении с переживаниями за участника СВО или относятся к отражению образа жизни, работы пациента, неизвестно, но обращает внимание факт недостатка психологических ресурсов.

Пациенты возрастной группы 30-40 лет чаще обращались за помощью самостоятельно, были заинтересованы в назначении лекарственных препаратов. По шкале HADS выявлялись признаки тревоги и депрессии, соответствующие жалобам и психическому статусу.

Пациенты старше 40 лет выявляли по шкале HADS клинически уровень депрессии достоверно чаще, чем другие возрастные группы, даже если психический статус пациента не носил признаков депрессии.

Из всей исследуемой группы 53,84% случаев – не имели признаков психического расстройства, но нуждались в психологической помощи в связи с наличием психоэмоционального напряжения или реакции горя.

В 46,16% случаев потребовалась помощь врача-психиатра, выставлен диагноз рубрики F43: острая реакция на стресс, расстройство адаптации с тревожно-депрессивной реакцией или с нарушением других эмоций (в связи с малой выборкой не приводим статистику по конкретным нозологиям), назначено амбулаторное лечение: индивидуальная психотерапия, седативные и снотворные средства, транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропные, противоастенические средства, витамины. В 2 клинических случаях потребовалась госпитализация в специализированный стационар, отделение пограничных состояний, откуда пациенты были выписаны с улучшением.

Врач-психиатр кабинета поликлиники имеет дополнительное профессиональное образование по специальности «Психотерапия». Однако, наиболее сложной была (и остается) психотерапевтическая работа с членами семей погибших или пропавших без вести участников СВО. Эта категория лиц требует особого психотерапевтического подхода, длительного наблюдения, вовлеченности врача в детали ситуации, сопровождения психолога. В процессе психотерапевтической работы с данной категорией пациентов применялись специ-

альные знания и навыки, полученные врачом в 2022 г. на курсе повышения квалификации «Военная травма».

Выводы

1. Учитывая риск развития невротических и связанных со стрессом расстройств у некоторых членов семей участников СВО (и членов семей погибших), врачу-психиатру необходимо при проведении диспансеризации обращать особое внимание на эту категорию лиц, активно выявлять их потребности в психолого-психиатрической помощи, информировать о порядках ее оказания, стремиться к ранней диагностике и профилактике. С этой целью использовать опросники HADS, CES-D, MFI-20 и другие методики.

2. При госпитализации в стационар общего профиля лиц – членов семей участников СВО, рекомендовать назначать консультацию психиатра/психотерапевта (при наличии в штате медучреждения данных специалистов), особенно для лиц старше 40 лет, так как с большой вероятностью декомпенсация их соматического состояния произошла в связи со стрессом, депрессивная симптоматика может быть долгое время прикрыта соматическим страданием, а значит имеются основания для комплексного подхода к диагностике и лечению.

3. Для лечения невротических и связанных со стрессом расстройств у членов семей участников СВО, особенно у членов семей погибших и пропавших без вести, врачу-психиатру необходимы дополнительные знания и навыки в области психотерапии «военной травмы».

4. Медицинским организациям, осуществляя профилактическое направление работы, желательно поддерживать взаимодействие с другими ведомствами, фондами и волонтерскими организациями, участвующими в оказании психологической помощи членам семей участников СВО.

УДК 178.7

С.И. БОГДАНОВ, М.Д. КОЗИНА

Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Екатеринбург

Особенности курительного поведения среди городских школьников старших классов

Актуальность. Зависимость от никотина, наряду с алкоголизмом, является одним из наиболее распространенных видов химической зависимости среди населения во всем мире. В настоящее время серьезным вызовом является широкое распространение электронных сигарет, изделий из нагреваемого табака, кальян. ВОЗ отмечает, что дети, подростки и молодежь, употребляющие такую продукцию, в будущем почти в три раза чаще прибегают к табачным изделиям. До появления

электронных сигарет и вейпов, распространенность курения среди молодежи последние 20 лет неуклонно сокращалась. Однако создание новых гаджетов для курения и позиционирование их как безопасной замены традиционных сигарет помогло росту популярности курения в этой возрастной группе. Распространенность курения среди подростков-школьников 15-17 лет в Свердловской области в период 2016-2018 гг. составляла: 15,3 на 100 мальчиков-подростков, 8,7 на 100 девочек-

подростков соответствующего возраста. До 40% детей старше 14 лет обращаются к использованию приспособлений для альтернативной доставки никотина. Вследствие этого достаточно важным является проведение углубленных исследований в этой возрастной группе. Дети и подростки, проживая в городах с различной численностью населения, также находятся в разных социально-экономических условиях, различным уровнем развития инфраструктуры, что особенно важно для молодежи. Мы сфокусировали наше внимание на следующих типах городов. Екатеринбург — крупный областной промышленный центр с развитой инфраструктурой, множеством крупных предприятий, высоким уровнем доходов населения. Типичный уральский город — это характерный тип города-завода, так как строительство его начиналось с возведения большого завода. В дальнейшем возводились еще 2-3 крупных предприятия, на которых и работала основная масса населения города. В таких городах неплохо развита инфраструктура, высокая занятость, неплохой уровень заработной платы. Для поселков городского типа характерно наличие одного предприятия (рудника, шахты, завода), инфраструктура развита слабо, часто имеются проблемы с трудоустройством, соответственно и уровень заработной платы невысок. Различный уровень представленных территорий не мог не повлиять на уровень проявления различных форм медико-социального неблагополучия, такого, например, как табачная зависимость среди старших школьников.

Цель исследования — изучение особенностей распространения курения и использования альтернативных средств доставки никотина среди старшеклассников в зависимости от места проживания.

Материалы и методы. Использована анкета Европейского проекта исследований по алкоголю и наркотикам среди школьников старших классов (ESPAD). Анкетирование проводилось с использованием GOOGLE Forms. Всего в исследовании участвовали 421 учащийся старших классов общеобразовательных учреждений Свердловской области. Средний возраст респондентов в целом по группе составил 15,5 лет ($SD=1,141$) (\min — 12 лет, \max — 18). Распределение по полу: мужской — 51,5%, женский — 48,5%. Распределение по успеваемости: «отлично» — 28,2%, «хорошо» — 60,7%, «удовлетворительно» — 11,0%. По месту жительства школьники распределились следующим образом: г. Екатеринбург (население 1,5 млн человек) — 143 человека (34%), типичный уральский город (г. Красноуральск с населением 23 тыс. человек) — 139 человек (33%), поселок городского типа (ПГТ Бисерть с населением 11 тыс. человек) — 139 человек (33%). В целом по численности, половому составу, возрасту и успеваемости группы не имели выраженных отличий. Для статистической обработки материала методами статистического анализа использовался пакет программ SPSS Statistics Base 17.0. Сравнительный анализ групповых отличий был проведен с помощью критерия хи-квадрат

Пирсона. Для проведения корреляционного анализа использован коэффициент корреляции Спирмена. Критическим уровнем статистической значимости установлено значение $p < 0,05$.

Результаты. Школьники были распределены на 3 группы по месту жительства: 1 группа — школьники из Екатеринбурга, 2 группа — школьники из типичного уральского города (далее — ТУГ), 3 группа — школьники из поселка городского типа (далее — ПГТ). Исследование показало, что из всех участвовавших в опросе, ни разу в жизни не курили 55,1% школьников. Наибольший удельный вес школьников, незнакомого с курением было отмечено в Екатеринбурге (60,1%), а наименьший (18%) — в ПГТ ($p < 0,01$). В ПГТ также было отмечено самый высокий уровень единичных проб курения (61,1%). В тоже время наибольшее число множественных проб курения продемонстрировали школьники ТУГ (15,1%) ($p < 0,05$). Актуальность курения в исследуемой группе определяется частотой курения за последние 30 дней. Полученные данные свидетельствуют, что в систематическое курение обычных сигарет в целом по группе вовлечен каждый десятый школьник (11,6%). Статистически значимых различий в группах сравнения выявлено не было. Можно только отметить, что в ТУГ частота как систематического, так и эпизодического курения имеет несколько большую долю (12,2-12,3%). Анализ частоты использования электронных сигарет показал, что в целом по всей группе их используют 30,2% школьников — каждый пятый (19,7%) систематически, а каждый десятый (10,5%) — эпизодически. Лидером систематического использования этой формы курения являлись школьники ТУГ (28,0%). Наименьшая тропность к такому виду курения выявлена у школьников ПГТ (10,6%) ($p < 0,01$). Вэйп использовали около трети школьник (28,3%), при этом 13,6% делают это систематически, а 14,7% — эпизодически. Наибольший удельный вес систематических потребителей вейпа выявлен среди школьников Екатеринбурга и ТУГ (15,4 и 15,8% соответственно), а наименьшее — среди школьников ПГТ (9,4%). Лидером эпизодического использования вейпа были школьники ПГТ (18,7%), в то время как в ТУГ этот показатель был равен 10,7% ($p < 0,05$). Опыт курения кальяна имеют 32,8% школьников. Систематическое использование кальяна распространено незначительно (4,1%). В тоже время кальян довольно часто используется в форме эпизодического курения (28,7%). Лидером этой формы курения кальяна являются школьники ТУГ (33,1%), в то время как подростки ПГТ прибегают к кальяну сравнительно реже (23,7%) ($p < 0,05$).

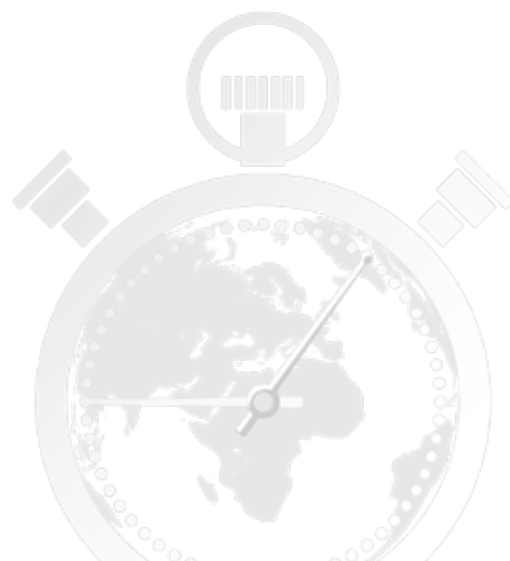
Возрастные характеристики курения были следующими. Отмечены единичные случаи начала курения в возрасте до 11 лет (4,3%). Наибольшее число школьников впервые попробовало курить в возрастные периоды 11-13 лет и 14-15 лет (12,1 и 14,3% соответственно). При этом в возрасте 11-13 лет чаще пробовали курить школьники из Екатеринбурга (14,7%) и ПГТ (13,6%), а в 14+15 лет — из ТУГ (17,3%). В единичных случаях выявлены случаи начала систематического курения в возрасте

до 11 лет (1,0%). Начало систематического курения школьников Екатеринбурга имеет два пика – в возрасте 11-13 лет (7,7%) и 16-17 лет (9,8%). Для ТУГ и ПГТ систематическое курение чаще начиналось в возрасте 14-15 лет ($p < 0,05$).

Ситуация с доступностью табачных изделий и никотиновых гаджетов для школьников старших классов была следующей. Считают, что приобрести сигареты или никотиновые гаджеты абсолютно невозможно – 6,7% школьников. Затруднился с ответом каждый десятый (11,9%). При этом наибольшее число не знающих ситуации с приобретением сигарет являются школьниками из Екатеринбурга, а наименьшее – школьники ПГТ. О том что приобретение табака является сложной проблемой заявил каждый пятый респондент (19,3%). В тоже время более половины (62,2%) не видели никаких затруднений с приобретением табачных изделий и никотиновых гаджетов. Наиболее доступно приобретение табачных изделий для школьников из ПГТ (69,8%), сравнительно более трудная это задача для школьников из ТУГ (53,9%) ($p < 0,01$).

Заключение. Исследование выявило следующие особенности курительного поведения городских школьников старших классов. Больше половины школьников из всех участников исследования ни разу в жизни не пробовали курить. Наибольший удельный вес не пробовавших курить выявлен среди школьников Екатеринбурга. В большей мере знакомы с курением школьники поселка городского типа – 82,0%, однако в большинстве случаев это были единичные эпизоды. Лидером множественных попыток курения в течение жизни были школьники типичного уральского города.

Обычные сигареты курил каждый пятый школьник, при этом больше половины из них курили сигареты систематически. Статистически достоверных особенностях в группах сравнения по этому фактору не выявлено. Треть школьников имеет опыт использования электронных сигарет, в том числе в систематическом режиме. В большей мере такая форма курения характерна для школьников типичного уральского города (28,0%), в меньшей (10,6%) – для подростков поселка городского типа. Около трети школьников имеет опыт использования вэйпа, а каждый седьмой использует его в систематическом режиме. В наибольшей мере систематическое использование вейпа распространено в Екатеринбурге и типичного уральского города, в наименьшей – среди школьников поселка городского типа. Каждый третий школьник имеет опыт курения кальяна. В основном его использование носит эпизодический характер. Данная форма курения кальяна в большей мере привлекательна для школьников типичного уральского города. В большинстве своем школьники впервые пробуют курить в возрасте 11-15 лет, при этом школьники Екатеринбурга и поселка городского типа пробуют курить в более ранние сроки (11-13 лет) в сравнении со сверстниками из типичного уральского города. Несмотря на то, что имелись единичные случаи формирования систематического курения среди школьников в возрасте до 11 лет, в основном этот процесс соотносится с возрастом 14-15 лет. В Екатеринбурге отмечена тенденция более раннего перехода к систематическому курению. Исследование выявило достаточно высокий уровень доступности табачных изделий и никотиновых гаджетов для большинства школьников. Сложной задачей их приобретения является для каждого пятого школьника.



УДК 159.972

Ю.Ш. ВАСЯНИНА, З.Х. ГОРБУНОВА, И.Ю. МАЛЬФИНА, А.А. ЧЕРНОВА

Специализированная клиническая психиатрическая больница №1 МЗ Краснодарского края, г. Краснодар

Актуальные аспекты сопровождения лиц с расстройствами аутистического спектра в Краснодарском крае

Актуальность изучения проблемы расстройств аутистического спектра (далее — РАС) специалистами разных направлений обусловлена ростом их распространенности во всем мире, а также объективными трудностями их диагностики и недостаточным уровнем исследований в этой области психиатрии.

Цель данного исследования — изучить распространенность расстройств аутистического спектра у детей Краснодарского края, выявить наметившиеся в ходе мониторинга общие тенденции, обозначить проблемы детской психиатрической службы и перспективы её развития.

Материал и методы. Изложенные выводы сформулированы на основе анализа проводимого специалистами детской психиатрической службы мониторинга лиц с РАС в период с 2004 по 2023 гг. Систематическая работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации лиц с РАС в Краснодарском крае проводится специалистами психиатрической службы с 1996 года; с 2004 года ведется краевой регистр детей-аутистов.

Результаты. На 01.01.2024 г. в Краснодарском крае зарегистрировано 2632 лиц с РАС, из них 2376 детей в возрасте до 18 лет и 256 взрослых (детей в 2022 г. — 2265; 2021 г. — 2049). По данным специалистов детской психиатрической службы края, растёт число несовершеннолетних с РАС, наблюдающихся у врачей-психиатров; так их число увеличилось в 2023 г. по сравнению с 2021 г. на 362 человека (18%) и на 01.01.2024 г. составило 2326 человек (2022 г. — 2154; 2021 г. — 1964), из них 1892 ребенка в возрасте до 14 лет включительно (81,3%) и 434 подростка 15-17 лет (18,7%). Впервые было установлено расстройство аутистического спектра 170 несовершеннолетним (2022 г. — 180 чел.; 2021 г. — 157 чел.), из них 156 детям до 15 лет и 14 подросткам 15-17 лет. На значительный рост общего числа пациентов с РАС в Краснодарском крае при относительно стабильном с небольшим увеличением количестве впервые выявленных пациентов, большое влияние оказывают социальные, демографические и миграционные факторы, в том числе, отмечающийся в последнее время значительный приток в край детского населения с психическими расстройствами из других регионов РФ;

феномен смещения обнаружения в обществе, а также рентные установки родителей. Негативной тенденцией последних лет стало давление на врачей-психиатров с требованием как первичного установления диагнозов РАС, так и изменения ранее установленных диагнозов в пользу РАС, что обусловлено внесением диагнозов РАС в перечень заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь; увеличением «межкомиссионного» периода переосвидетельствования в бюро МСЭ; созданием для лиц с РАС отдельных коррекционных программ с возможностью инклюзивного образования и тьюторского сопровождения, отдельным финансированием реабилитационных мероприятий данной группы расстройств, а также психологически более комфортным статусом «особого» ребенка. У большинства наблюдаемых нами пациентов (87%) отмечается значительное снижение интеллекта и выраженная социальная дезадаптация, в связи с чем они имеют статус «ребенок инвалид». Степень выраженности в клинической картине пациентов аутистической симптоматики чрезвычайно вариабельна: от шизоидного склада личности («аутистического диатеза»), аутоподобного поведения, аутистических симптомов или включений, синдрома аутизма, аутизма, атипичного аутизма — как основной нозологии, и, наконец, до аутистической симптоматики в рамках шизофрении и шизофреноподобных расстройств; при этом собственно аутизм как основная нозология верифицируется примерно в 25-30% случаев и около 70-75% составляют РАС. В целом для наблюдаемых нами пациентов данного контингента характерны качественные нарушения эмоций и социального взаимодействия, качественные и количественные речевые нарушения, стереотипное поведение, а также неравномерность и дефицитарность когнитивных функций. В соответствии с принятой Концепцией развития системы комплексного сопровождения лиц с РАС в Краснодарском крае в рамках медицинского аспекта сопровождения с целью раннего выявления риска развития расстройств аутистического спектра у детей и своевременного оказания дифференцированной психологической и психотерапевтической помощи семьям была открыта круглосуточная линия «Телефон доверия» психиатрической службы Краснодарского края для детей и подростков; на базе психоневрологических диспансеров функционирует восемь «Школ для родителей, воспитывающих

детей с особенностями психического развития», в которых ежемесячно проводятся заседания, посвященные актуальным вопросам воспитания и медико-социального сопровождения детей. Специалистами психиатрической службы, с целью повышения компетенции родителей по вопросам своевременного выявления РАС у детей и организации раннего вмешательства было опубликовано руководство «Расстройства аутистического спектра». На информационных стендах для родителей в медицинских организациях размещены материалы просветительского характера, посвященные особенностям воспитания, психолого-педагогической коррекции детей с РАС. Одной из основных задач медицинского аспекта сопровождения детей с РАС является создание условий для продуктивной коррекционной работы педагога и психолога с целью достижения максимально возможной (по состоянию пациента) адаптации. Терапевтические стратегии, применяемые нами для лечения детей с РАС, являются мультимодальными и основаны на принципах индивидуальности и комплексности. Оказание специализированной психиатрической помощи детям осуществляется в соответствии с действующим законодательством, утвержденными стандартами первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) и клиническими рекомендациями. По медицинским показаниям, строго дифференцированно проводится курсовое медикаментозное лечение нейрометаболиками. Нами в настоящее время для уменьшения негативной симптоматики и улучше-

ния показателей социализации с успехом используются атипичные нейролептики (рисперидон, флупентиксол, арипипразол, амисульприд, алимемазин), дозировки препаратов подбираются строго индивидуально. Важными составляющими комплексного лечебного воздействия являются также использование физиотерапии, массажа, организация рационального режима дня, нормализация сна. Основными мероприятиями медицинской реабилитации, осуществляемой в условиях межрайонных реабилитационных центров для детей с ограниченными возможностями здоровья являются проведение физиотерапии, массажа, ЛФК, ортопедического лечения, кинезиотерапии, использование метода биологической обратной связи в сочетании с психолого-педагогической и логопедической коррекцией, с использованием стационарных и стационарозамещающих технологий и обучение членов семьи для организации реабилитации детей в домашних условиях.

Выводы. Специалистами детской психиатрической службы Краснодарского края на постоянной основе проводится работа по выявлению, диагностике, лечению и медицинской реабилитации детей с РАС. В рамках совершенствования комплексной реабилитации запланировано дальнейшее перепрофилирование коек для совместного пребывания в стационаре матерей и детей, страдающих РАС и открытие дневного стационара. Однако проблема изучения РАС остается весьма актуальной, а качественное сопровождение детей с РАС остается сложной межведомственной проблемой и требует дальнейшего совершенствования

УДК 616.89-008.454-053.2

Е.А. ВЕРТУГИНА

Краевой наркологический диспансер, г. Артем

Клинические детерминанты антисоциальных действий подростков с легкой умственной отсталостью

Актуальность. Легкая умственная отсталость занимает особое место среди психических и поведенческих расстройств. Во-первых, данное расстройство достаточно неплохо поддается социальной коррекции. Во-вторых, слабая выраженность интеллектуальных расстройств сама по себе может и не представлять нарушений поведения. Как и у людей с нормальным уровнем интеллектуальности, так и при легкой умственной отсталости могут наблюдаться поведенческие нарушения. Исходя из этого факта, можно предположить, что само по себе интеллектуальное недоразвитие не является причиной расстройств поведения. В этом слу-

чае важно выяснить, как легкое интеллектуальное недоразвитие сочетается с причинами, формирующими расстройство поведения.

Цель работы: выявление роли клинико-динамических особенностей у подростков с легкой умственной отсталостью, совершающих антисоциальные действия.

Материал и методы. Госпитальная шкала тревоги (HADS-A) и Госпитальная шкала депрессии (HADS-D); Шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS) и Шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS).

Результаты. В соответствии с целями исследования был проведен мониторинг лиц с диагнозом «F70-F79 Умственная отсталость» в ГБУЗ «Краевой наркологический диспансер» филиал г. Артем на конец 2023 года. Всего состояло на диспансерном учете с диагнозом «Умственная отсталость (F70-F79)» 305 человек, из которых «F70 Легкая умственная отсталость» составила 112 человек (48,7%).

Изучены лица с легкой умственной отсталостью, совершившие антисоциальные действия и попавшие в поле зрения судебно-психиатрических экспертов. Данная (основная) группа была сопоставлена с группой лиц с легкой умственной отсталостью, поведение которых не соответствовало общепринятым социальным нормам, т.е. определялось асоциальным поведением как уклоняющееся от морально-нравственных норм (сравнительная группа). Обе группы сравнены с группой лиц с легкой умственной отсталостью, но без признаков нарушения поведения (контрольная группа).

Симптомы невротической депрессии — это группа клинических признаков, выявленных в процессе работы над медицинской документацией, а также во время беседы и наблюдения за исследуемыми. Часто из этой группы симптомов отмечалась невротическая астения с раздражительностью, причем во всех трех группах. Но наиболее часто этот симптом наблюдался в группе сравнения — 70,00% (56). Практически у большинства лиц с асоциальным поведением отмечались в анамнезе или на момент наблюдения явления невротической астении, когда они жаловались на слабость, быструю утомляемость, повышенную раздражительность. Нередко подобные расстройства отмечались в основной группе — 62,50% (50).

Следующий признак (симптом невротической депрессии) — «тревога» у лиц с ЛУО наиболее часто встречается в группе сравнения 17,50% (14). У этой группы исследуемых чаще, чем в других группах, в анамнезе и в процессе исследования отмечались беспокойство, некоторая неусидчивость, вегетативные реакции, переходящие страхи; они боялись темноты, оставаться одни в дневное время, терялись в новой обстановке. Данный симптом реже наблюдается в основной группе 12,50% (10) и незначительно в контрольной группе 6,25% (5). В генезе поведенческих расстройств, тревога играет более выраженную роль в группе с асоциальным поведением, чем в группе с антисоциальным поведением. Признак «сниженный фон настроения» статистически чаще отмечался в основной группе 13,75% (11), чем в двух других группах. Лица данной группы, как по данным анамнеза, так и в процессе исследования, обнаруживали клинически признаки сниженного настроения.

Таким образом, симптомы невротической депрессии 70,0% (56) (подавленность, слезливость, вялость, слабость, инсомния и др.) коррелируют с расстройствами поведения и играют неравнозначную роль в генезе данных форм нарушения поведения у лиц с легкой умственной отсталостью.

Второй статистически достоверный признак — это «преобладающие формы реагирования в стрессовых

ситуациях». Стрессовые ситуации, вызванные каким-нибудь сильным воздействием извне, характеризуются состоянием повышенного нервного напряжения. Наиболее частой формой реагирования во всех трех группах были аутичные формы (погружение в себя, отчуждение от окружения) — 44,17% (106); больше в контрольной группе — 53,75% (43), затем в группе сравнения — 41,25% (33), и меньше — в основной группе 37,50% (30). Второй по частоте встречаемости во всех трех группах формой реагирования оказались экспрессивные формы — 36,25% (87); чаще эта форма наблюдалась в основной группе — 57,50% (46), затем в группе сравнения — 45,00% (36) и меньше всего так реагировали лица из контрольной группы — 6,25% (5).

Таким образом, наиболее частой формой реагирования на стрессовые ситуации антисоциальных лиц с легкой умственной отсталостью являются экспрессивные формы — 57,50% (46).

Следующий клинический признак, имеющий статистически достоверную связь с характером поведения в трех группах, — «часто затевает драки». Драка — взаимные побои, вызванные ссорой. Данный признак достоверно чаще наблюдается в группе сравнения — 57,50% (46), чем в основной группе 45,00% (36). В контрольной группе этот признак отмечается только в трех случаях 3,75%. Таким образом, асоциальные лица с легкой умственной отсталостью — 57,50% (46), в анамнезе чаще вступали в драки со сверстниками, со старшими по возрасту; чаще оказывались в группах, замеченных в организациях групповых драк.

Признак «частые прогулы», статистически достоверно имеющий корреляционную связь с нарушением поведения, чаще отмечается в группе сравнения — 62,50% (50), чем в двух других группах, но и в основной группе этот признак достаточно выражен — 57,50% (46). Реже отмечается этот признак в контрольной группе — 35,00% (28). В анамнезе всех трех групп исследуемые совершали прогулы в школе. Речь идет о пропусках без уважительной причины, болезни и они фиксированы педагогами, врачами-психиатрами; отмечены невыходы на работу без уважительной причины. Таким образом, прогулы статистически чаще совершали лица с легкой умственной отсталостью, которые оказались в асоциальной группе расстройств поведения — 62,50% (50).

Признак, статистически достоверно коррелирующий с поведением — это «бродяжничество», т.е. чем чаще в анамнезе у лиц с легкой умственной отсталостью отмечалось бродяжничество, тем чаще отмечались нарушения поведения. Так, лица основной группы (в анамнезе) наиболее чаще были замечены в бродяжничестве — 91,25% (73). Эти лица уходили из интернатов, из дома или от родственников, чаще в связи с плохим отношением к ним окружающих, либо совершенно не имели определенного места жительства. В отличие от них у лиц с асоциальным поведением бродяжничество отмечалось реже — 66,25% (53) и носило кратковременный характер в виде протеста, конфликта с окружающими. Данный признак не отмечался в контрольной группе.

Таким образом, бродяжничество играет существенную роль в генезе расстройств поведения как антисоциальных — 92,25% (73), так и асоциальных лиц — 66,25% (53), но если в первом случае это часто носит вынужденный характер, то во втором случае носило характер протеста и было не таким продолжительным по времени.

Выводы. Таким образом, полученные результаты позволили предположить, что клинически выражен-

ная тревога играет существенную роль в генезе расстройств поведения асоциальной направленности — 73,75% (59), а клинически выраженная депрессия — в генезе антисоциальной направленности — 61,25% (49).

Результаты исследования выявили, что у более половины исследуемых из группы сравнения отмечалась умеренно выраженная тревога — 41 (51,2%). Клинически умеренно выраженная депрессия отмечалась довольно часто в основной группе — у 40,00% (32).

УДК 615

А.Н. ГВОЗДЕЦКИЙ, А.Е. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, А.Г. СОФРОНОВ

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Восприятие терапевтического профиля препаратов как фактор выбора антипсихотика

Введение. Назначение лекарственного препарата является ключевой функцией врача (Masic I., 2022). Считается, что на выбор антипсихотика влияют знание о фармакологических свойствах препарата, опыта применения и действующих рекомендаций (Dehelean L., 2020). В конечном итоге назначение конкретного антипсихотика является оценкой баланса «эффективность/переносимость» для каждого пациента (Faden J., 2019). Несмотря на значительное количество выполненных исследований, неизвестно как данные факторы реализуются в практической деятельности.

Цель исследования. Изучить влияние восприятия терапевтической активности антипсихотиков на выбор препарата в клинически неопределённых условиях.

Методы исследования. Было выполнено анонимное анкетирование врачей-психиатров Санкт-Петербурга (Gvozdeckii A.N. et al. 2023). Бланки равномерно распространялись между диспансерами, дневными стационарами и круглосуточными стационарами. Анкеты имели два варианта записи текста, которые отличались последовательностью упоминания препаратов. Ключевой вопрос звучал так: «Прочтите задачу и отметьте тот вариант, который соответствует Вашей первой интуитивно возникшей мысли: к Вам обратился пациент, клиническая картина которого соответствует критериям диагноза F20 «Шизофрения» по МКБ-10. После осмотра Вы пришли к выводу, что пациент существенно не отличается от тех, кому Вы уже оказали помощь в ходе Вашей профессиональной деятельности на протяжении последних нескольких лет. При прочих равных Вы предпочтёте назначить ...». Для выбора предлагался рисперидон или карипразин. Также предлагалось клас-

сифицировать 11 свойств препаратов в соответствии с собственным опытом респондента.

Восприятие терапевтической разницы моделировалось двумя переменными: индекс дискриминации (δ) и структура восприятия терапевтической активности (PCC). Расчет первой переменной был выполнен в парадигме 2-АС протокола, в рамках которого каждая характеристика препарата сравнивалась следующим образом: $A > B$, $A = B$, $A < B$. Вторая переменная основывалась на проценте совпадения мнения анкетированного врача-психиатра о профиле эффективности и безопасности препаратов с данными метаанализов.

При помощи функции *twoACpwr* выполнен расчёт необходимого объёма выборки (79 анкет) относительно группового индекса дискриминации (Christensen R.H.B. et al. 2012). Также параметр дискриминации δ рассчитывался для каждого респондента индивидуально функцией *twoAC* (Christensen R.H.B. et al. 2012). При наличии в ответах нулевых значений производилась коррекция алгоритма таким образом, чтобы нуль заменялся на единицу, а значения исходных ответов увеличивались пропорционально исходной доле. Процент корректной классификации PCC (Grice J.W., 2014) выступил в качестве меры соответствия клинического впечатления результатам метаанализа. Моделирование предпочтения лекарственного препарата осуществлялось биномиальной логистической регрессией. Сила влияния факторов представлялась в виде отношения шансов и 95% доверительного интервала (*odds [lwr; upr]*). Все расчёты производились на языке программирования Rv4.2.3.

Результаты. Анонимно опрошено 79 врачей-психиатров. Средний стаж работы по специальности составил 11,0 (9,4, 12,7) лет. Согласно анкетным данным, выбор

в пользу карипразина сделали 45 (56,96%) врачей-психиатров, в пользу рисперидона — 34 (43,04%).

Построенная модель выбора препарата достоверно ($p < 0,001$) связывала вероятность выбора препарата с субъективными характеристиками врачей. Чем больше индивидуальное восприятие разницы между препаратами, тем большая вероятность выбора карипразина (5,89 [2,23; 19,0]). В тоже время в случае большего соот-

ветствия мнения врача данным метаанализа, тем больше вероятность выбора рисперидона (0,86 [0,78; 0,93]).

Выводы. При прочих равных условиях выбор антипсихотика зависит от восприятия терапевтической разницы, оценки профиля эффективности и безопасности препаратов.

УДК 159.922.73

В.В. ГЕРАСИМОВА

ГГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Казань

Об актуальном состоянии психического здоровья у нормативной группы подростков

В условиях цифровизации современной социальной среды, системы образования и воспитания, присутствия реальных рисков в жизнедеятельности, вопросы сохранения психического здоровья подростков, профилактики деструкций в их эмоциональной, ценностно-смысловой и поведенческой сферах приобретают все большую актуальность.

Выраженные проявления у современных подростков аутоагрессии, несуйцидального самоповреждения (self-harm), наркотизации, жестокого обращения со сверстниками и родителями, депрессии требуют системного изучения и анализа.

Масштабный проект SEYLE, направленный на изучение психического здоровья подростков, охвативший 11 стран и более 12 тысяч школьников показал высокий процент тревоги и депрессии: 32% подростков имели субпороговую и 5,8% — отчетливую тревогу по шкале Зунга и 29% подростков — субпороговую и 10,5% — отчетливую депрессию по шкале Бека (Wasserman D., 2016).

В нашей стране на первых местах в перечне выявляемых расстройств у подростков стоят тревога и депрессия, аддикции, а также поведенческие расстройства. Представители молодого поколения жалуются на постоянный стресс, перенапряжение, депрессию, непрекращающую тревогу, страдают соматоформными расстройствами и зависимостями (Розанов В.А., 2018).

Существенной особенностью психического здоровья подростков является его сопряженность с динамичным формированием их личности, актуализацией фундамента функционирования всех уровней человекомерности: биологического, психологического, социального и духовного.

В виду своего комплексного и многоуровневого развития подростковый период насыщен конфликтными ситуациями, которые, как правило, тяжело пережи-

ваются, что отражается на самочувствии и поведении подростков, их отношении к себе и миру.

Отметим, что психическое здоровье подростков, как правило, изучалось через призму существующих или возникших отягощающих обстоятельств в их жизни: потеря родителей, наличие в семьях сложной жизненной ситуации, соматические нарушения или ограничения (инвалидность), совершения противоправных действий (Трошкина Е.Н., 2008).

Считаем целесообразным обратить внимание на своевременность изучения психического здоровья нормативной группы подростков. Понимание ситуации их психического здоровья, позволит актуализировать более адресные превентивные меры, направленные на сохранение и укрепление основной численной группы современного подросткового контингента.

Целью нашего исследования было изучение состояния психического здоровья нормативной группы подростков, обучающихся в профильном классе по психолого-педагогическому направлению путем сочетания проективного и субъективного инструментария.

Методами исследования были определены:

- проективная методика по визуализации амортизации составляющих био-психо-социо-духовной организации человека в его жизнедеятельности: тело, учеба, семья, дух;

- авторский опросник инвентаризации подростками своего психического здоровья в контексте био-психо-социо-духовной научной парадигмы. Опросник состоит из 27 вопросов, два из которых носили статистическую нагрузку группы, указывали на пол и возраст.

В исследовании приняли участие 45 человек из старшего звена, обучающиеся профильного психолого-

педагогического класса одной из общеобразовательных школ г. Казани (21 чел. — 11 класс, 24 чел. — 10 класс), из них 68% девочек и 32% мальчиков. Они систематически посещают учебные занятия, хорошо успевают по предметам, реализуются во вне учебной деятельности, конструктивно коммуницируют, не состоят на различных видах профилактических учетов.

Результаты проективной методики по визуализации амортизации составляющих био-психо-социо-духовной организации человека в его жизнедеятельности свидетельствует о том, что наибольшая нагрузка и использование времени у респондентов приходится на учебную деятельность порядка от 70 до 80%. Далее по убывающей подростки уделяют время семье. На поддержание своего физического здоровья и развитие духа, системы ценностей и жизненных ориентиров времени и сил практически не остается. Важно отметить, что у обучающихся 10 класса, указанная тенденция прослеживается в распределении предложенных составляющих, однако нагрузка и время на учебу составляет от 50 до 70%.

Опросник инвентаризации подростками своего психического здоровья в контексте био-психо-социо-духовной научной парадигмы показал, что комфортно себя чувствуют в школе 84,2% обучающихся, недостаточно комфортно — 10,5%, некомфортно — 5,3%, у обучающихся 11 класса указанная тенденция сохраняется при том, что комфортно себя чувствуют — 78,6%, недостаточно комфортно — 14,4%, некомфортно — 7,1%.

Причины дискомфорта в школе указали обучающиеся 11 класса, среди них:

- давление со стороны учителей;
- «есть проблема в том, что я не могу выспаться, потому что у меня открывается второе дыхание ночью, мне комфортно работать и заниматься ночью, но из-за школы приходится заниматься утром, что для меня не очень, ведь мозг не успевает восстановиться и продуктивно работать».
- «нет времени для подготовки к экзаменам, так как учителя начали задавать больше, чтобы дети не прогуливали».

На вопрос «Как вы чувствуете себя в целом в жизни?» распределение показателей получила близкое выражение. Причины дискомфорта указали обучающиеся 10 класса:

- «есть проблемы в психоэмоциональном плане. Нет четкой картины будущего. Недостаточно хорошие навыки общения с людьми»;
- «каждый день вижу с людьми, с которыми перестала общаться».

Вопросы, указывающие на степень удовлетворенности биологических, психологических, социальных и духовных потребностей указывает на то, что в дефиците у обеих групп респондентов удовлетворение духовных и психологических потребностей.

К травмирующим ситуациям в школе респонденты отнесли: оскорбления и неуместные комментарии со стороны учителей; большую загруженность по учебе; конфликты со сверстниками; ситуации, когда время тратится впустую. К внешним травматичным воздействиям обучающиеся в равных долях отнесли информацию о политической ситуации в мире, СВО, замаскированных угрозах здоровью и финансовой ситуации.

К проблемам психологического характера, дезадаптирующим сверстников, обучающиеся 10 класса, указали на проблему правильности профессионального выбора — 17,9%; зависимость/избыточная привязанность к партнеру, гаджетам, спорту, ПАВ и др. — 16,1%; одиночество, разобщенность — 14,3%; слабое развитие навыков планирования и реализации намеченных планов — 14,3%; трудности в общении — 12,5%. У обучающихся 11 класса в этом спектре на первую позицию вышли высокие требования, жесткий контроль — 18,4%; остальные данные синхронизированы.

Проявления, которые обучающиеся отмечают у себя в настоящее время в разрезе 10 и 11 класс: утомляемость — 36,4/34,4%; тревожность — 22,7/25%; пониженное настроение — 13,6/21,9%; страхи — 11,4/9,4%; бессонница — 9,1/6,3%; другое — 6,8/3,1%.

Для устранения этих проявлений обучающиеся используют методы саморегуляции, стараются больше отдыхать и общаться с людьми на отвлеченные темы: спорт, прогулки, смена деятельности, сон.

В целях сохранения своего психического здоровья в школе и социуме, респонденты предлагают научить людей: быть добрее и адекватнее, грамотно выстраивать свое время, справляться со стрессовыми и кризисными ситуациями, конструктивно общаться и сотрудничать.

Актуальное состояние психического здоровья у нормативной группы подростков требует дальнейшего изучения в целях проектирования действенных системных мер, направленных на сохранение и укрепление их психического здоровья в школе, семье и социуме.

Востребованы технологии, позволяющие найти и установить баланс между учебой, отдыхом, семьей, физическим и личным развитием.

В разработке этой темы приоритетной методологией является био-психо-социо-духовная научная парадигма человека и общества.

УДК 616.895.8

М.В. ГИЛЕНКО, Г.В. ТАРАСОВА, Д.А. ПИЛЕЧЕВ

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского МЗ РФ, г. Москва

Когнитивные нарушения у больных шизофренией: перспектива их комплексной оценки при судебно-психиатрической экспертизе

Исследованиями последних лет установлено, что нарушения когнитивных функций при шизофрении присутствуют задолго до появления психотической симптоматики, характеризуются значительной частотой и неравномерностью. Выраженность и структура когнитивных нарушений связана с психопатологическими проявлениями, коррелирует со структурными нарушениями мышления. Когнитивные функции непосредственно связаны с механизмами регуляции поведения, принятия решений и использованием внутренних средств для организации собственной активности (произвольности, опосредованности поведения), а следовательно — со способностью регуляции поведения в юридически значимой ситуации. Нарушения разных компонентов регуляторных функций могут отражать различные формы дезадаптации. В связи с этим их комплексная оценка, включающая объективизирующие экспертный вывод, психометрические и нейропсихологические методы исследования, представляется актуальной для судебно-психиатрической практики.

Цель. Разработка комплексного диагностического метода судебно-психиатрической оценки когнитивных нарушений у больных шизофренией.

Материалы и методы. Обследовано 47 обвиняемых с параноидной шизофренией (средний возраст — $31,3 \pm 6,6$ лет) клинико-психопатологическим, психометрическими методами (MoCA, TMT, BACS); в 20 случаях проведено общее нейропсихологическое обследование (по схеме А.Р. Лурия).

Результаты. Проведенный анализ степени выраженности когнитивных нарушений (имелись в 46 набл., 98%) у подэкспертных показал, что отмечается сдвиг в сторону умеренных нарушений (легкие — 22,7%, умеренные — 43,2%, выраженные — 34,1%). Средний балл MoCA составил $20,1 \pm 4,8$.

Анализ структуры нарушений когнитивных функций при обследовании тестами TMT, BACS показал, что практически у всех подэкспертных с параноидной шизофренией (46 набл., 98%) нарушены регуляторные функции, с наиболее выраженным дефицитом в таких компонентах как «планирование» (35 набл., 75%), «скорость обработки информации» (34 набл., 72%) и «рабочая память» (32 набл., 68%). Установлено, что на выполнение тестов существенно влияла выраженность продуктивной симптоматики ($r=0,39$; $p=0,029$).

При нейропсихологическом исследовании (20 набл.) был выявлен следующий профиль когнитивных нарушений (в порядке уменьшения выраженности нарушений): наиболее выраженные и наиболее часто встречающиеся — нарушения слухоречевой памяти (24%) и функции программирования регуляции и контроля (18%), несколько реже нейродинамические характеристики (15%), серийная организация психической деятельности (15%), зрительная пространственная память (14%), зрительно-пространственные функции (13%).

Заключение. Проведенное комплексное обследование продемонстрировало согласованность результатов психометрического и общего нейропсихологического обследования, выявивших наиболее значимые по частоте и выраженности нарушения со стороны регуляторных функций и слухоречевой памяти, что связано с произвольностью и опосредованностью поведения и может быть использовано при обосновании той или иной степени недостаточности субъекта к произвольной регуляции своего поведения в юридически значимой ситуации. Возможности комплексной оценки регуляторных функций обвиняемых требуют дальнейшего изучения, в первую очередь отбора и апробации оптимальных инструментов диагностики, сопоставления и анализа полученных результатов клинико-психопатологического, психометрического и нейропсихологического методов.

УДК 159.972

Т.Д. ГИЛЕНКО, Т.Г. ГАДИСОВ, М.В. ЗЕЙГЕР, Д.В. САМЫЛКИН, А.А. ТКАЧЕНКО

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского МЗ РФ, г. Москва

Структурные особенности мотивационно-смысловой сферы у обвиняемых с расстройством личности как показатель потенциальной способности к осознанию и регуляции деятельности

Актуальность. Расстройство личности в судебно-психиатрическом аспекте рассматривается с точки зрения степени способности к саморегуляции поведения и деятельности, на основании которой принимается экспертное решение о способности лица осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий и руководить ими. В качестве наивысшего уровня регуляции выделяется личностно-смысловой, ответственный за производство смысловых ориентаций. Он служит базой для организации поведения, включает в себя систему усвоенных социальных значений и устойчивые ценностные образования, которые во многом обеспечивают формирование цели, побуждение к действию, направляя и регулируя поведение по достижению этой цели, а также позволяют выбирать между различными действиями наиболее предпочтительное. Определение не только структурных элементов мотивационной сферы, но и их содержательного наполнения, а также влияния эмоциональной сферы на смысловую необходимо для повышения обоснованности экспертной оценки.

Цель настоящего исследования — определение структурных особенностей мотивационно-смысловой и эмоциональной сфер у лиц с расстройствами личности, релевантных оценке потенциальной способности к осознанию и регуляции агрессивных противоправных действий.

Материал и методы. Было обследовано 70 подэкспертных в возрасте от 19 до 67 лет, проходивших стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Выборка была разделена на 2 группы в соответствии с наличием (основная группа)/отсутствием (группа сравнения) диагноза расстройства личности, согласно критериям МКБ-10. Контрольная группа включала в себя 20 психически здоровых лиц, не совершавших противоправных деяний. Для оценки мотивационных и эмоциональных характеристик была использована методика «Диагностика мотивационной структуры личности» В.Э. Мильмана, для определения уровня агрессивности использовался опросник А. Басса — М. Перри.

Результаты. В основной группе низкая дифференцированность иерархии мотивов и отсутствие ведущих мотивационных устремлений ведет к дисфункции внутренних эталонов оценок поступков и, как следствие, — дефицитарности регулятивных влияний смысловых установок на целевые, лабильности смысловых структур и обуславливает сильную подверженность этих лиц ситуационным влияниям, а «сцепленность» между элементами мотивационно-смысловой сферы расширяет круг стрессогенных факторов. Доминирование патологических мотивов, сопровождающееся аффективным напряжением, приводит к соподчинению им других и влечет к снижению объективного отражения реальности, недостаточной способности к преломлению своих поступков через общественные нормы и ценности, что отражает личностную некритичность лиц с РЛ с неспособностью использовать ретроспективную оценку своих действий как регулятор поведения. Содержательный анализ показал, что смыслообразующим элементом в их системе ценностей является структура «Я», в соответствии с которой все внешние объекты рассматривались с точки зрения удовлетворения ее потребностей. Любая субъективная угроза для «Я» ведет к аффективно-мотивационной напряженности, которая в той или иной степени способна влиять на регуляцию поведения.

В группе сравнения наличие главных и второстепенных направленностей свидетельствует в пользу большей, чем в основной группе, иерархичности их системы индивидуальности. Однако, значимо большее количество корреляционных связей внутри мотивационно-эмоциональной сферы, в сравнении с остальными группами, свидетельствует о ее большей жесткости. Однонаправленность взаимосвязей в их мотивационно-смысловой системе и наличие в ней центральных элементов, являющихся мишенью для стрессогенного фактора, отражает ее хрупкость к воздействию субъективно значимых агентов, при которых отреагирует вся система. Содержательный анализ укрупненных объединений показывает, что затрагивается довольно узкий круг тем, в центре которого оказывается включенность личности в процесс общественных взаимоотношений. Таким образом, если субъект будет ощущать удовлетворенность в сфере социального взаимодействия, то неудачи в других областях не будут оказывать

существенного влияния на мотивационно-смысловую систему. Тем не менее, если удовлетворенность в этих областях не будет достигнута, то к мотивационному напряжению присоединится эмоциональное.

Из трех групп обследованных контрольная область наиболее дифференцированной мотивационно-смысловой системой, что подтверждается неоднородностью их корреляционной матрицы. Наименьшее же количество взаимосвязей между элементами отражает автономность отдельных ее блоков. Такая структура системы индивидуальности отражает ее многообразие и потенциальную способность к более гибкому реагированию на средовые воздействия.

Выводы. Изменения, которым подвержена структура мотивационно-смысловой сферы при расстройствах личности, обуславливают искажения некоторых ее составляющих, что в свою очередь приводит к снижению и даже нарушению способности к произвольной регуляции в криминальной ситуации в диапазоне «невменяемость — ограниченная вменяемость — существенное влияние индивидуально-психологических особенностей — отражение индивидуально-психологических особенностей в поведении».

УДК 178.1

Е.А. ГОРИНА, А.Г. СОФРОНОВ

Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, г. Санкт-Петербург

Особенности течения синдрома отмены алкоголя с делирием у пациентов с сопутствующими хроническими вирусными гепатитами С и В

По данным Минздрава России в 2022 году под диспансерное наблюдение взято 54,2 тысячи человек с впервые в жизни установленным диагнозом алкоголизм и алкогольный психоз, что составляет 37 случаев на 100 тыс. населения. По данным Всемирной организации здравоохранения за 2019 год в России смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, составляла 33 случая на 100 000 населения.

Известно, что этанол, как слабо поляризованный растворитель, действует на фосфолипиды мембран митохондрий и гепатоцитов, тем самым оказывает гепатотоксическое действие. Повреждение мембран митохондрий способствует нарушению метаболизма триглицеридов, данный механизм лежит в основе развития жировой дистрофии печени. Токсическое действие этанола на клеточную стенку гепатоцита приводит к повышению проницаемости мембран, нарушению трансмембранного транспорта и функционирования клеточных рецепторов и мембран. Вирусные гепатиты рассматриваются как фактор, способствующий быстрому формированию цирроза печени у лиц, злоупотребляющих алкоголем (Ивашкин. В.Т. 2016). Результатом длительного злоупотребления алкоголем может оказаться развитие тяжелого случая синдрома отмены алкоголя, который часто сопровождается делирием. Делирий является опасным для жизни состоянием ввиду частых соматических осложнений. В тоже время известно, что сопутствующие соматические расстройства способны утяжелению течения делирия.

Поэтому, и с научной и с практической стороны представляется актуальным изучение влияния хронических вирусных гепатитов С и В на клинические проявления алкогольного делирия.

Цель исследования. Изучить влияние сопутствующего хронического вирусного гепатита С на продолжительность госпитализации больных с синдромом отмены алкоголя с делирием.

Материал и методы. Изучено 344 случая синдрома отмены алкоголя с делирием (мужчины, средний возраст — $46,5 \pm 11,9$ лет). Все больные были доставлены в СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова» бригадами скорой медицинской помощи. Лечение осуществлялось в отделениях реанимации и отделении неотложной наркологической помощи больницы в период с 01.07.2023 года по 31.01.2024 год.

Пациенты были обследованы и получили лечение в соответствии с требованиями действующего стандарта специализированной медицинской помощи при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением алкоголя в условиях отделений реанимации и неотложной наркологической помощи. Диагностика наркологических расстройств осуществлялась в соответствии с критериями МКБ-10. Хронический вирусный гепатит В, хронический вирусный гепатит С и другие соматические расстройства диагностированы врачами-

специалистами на основе требований профильных стандартов специализированной медицинской помощи. Контрольную группу составило 50 пациентов с синдромом отмены алкоголя с делирием без сочетанного поражения печени.

Результаты исследования. У 44 пациентов (12,79%) из 344 случаев было отмечено вирусное поражение печени: в 40 случаях (90,90%) был выявлен хронический вирусный гепатит С, в 3 случаях (0,06%) выявлен хронический вирусный гепатит В. В одном случае выявлено одновременное наличие хронических вирусных гепатитов С и В (0,02%). Средний возраст пациентов этой группы составил $43,64 \pm 19,36$ лет.

У всех пациентов обнаружена сопутствующая соматическая патология в виде: алкогольной кардиомиопатии, токсической энцефалопатии, алкогольной нефропатии. Установлено, что длительность госпитализации у пациентов, с верифицированным хроническим вирусным гепатитом В составила $20,6 \pm 4,34$ дней. Продолжи-

тельность госпитализации у пациентов, с верифицированным хроническим вирусным гепатитом С составила $20,9 \pm 15,1$ дней.

Выводы. Распространенность хронического гепатита С в когорте больных с синдромом отмены алкоголя с делирием составляет 12,79%, что позволяет предположительно считать его фактором, влияющим на вероятность развития делирия при синдроме отмены алкоголя. Средняя продолжительность госпитализации данной группы пациентов составила $20,9 \pm 15,1$ дней, что на 49,28% превышает среднюю длительность госпитализации пациентов при абстинентном состоянии с делирием, вызванном употреблением алкоголя, что указывает на более тяжелое течение делирия. Продолжительность госпитализации больных с гепатитами С и В оказалась сопоставимой, однако хронический вирусный гепатит В у больных с алкогольным делирием встречается значительно реже, чем гепатит С.

УДК 340.6

Л.Ю. ДЕМИДОВА

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского МЗ РФ, г. Москва

Современные методы диагностики в судебной сексологии

Диагностические решения в области судебной сексологии основываются преимущественно на анализе паттернов аномального поведения, а синдромальная оценка расстройств сексуального предпочтения остается недостаточно разработанной. Расстройства сексуального предпочтения нередко представляются как лишённые клинического своеобразия явления, а тесная связь этих расстройств с совершением уголовно наказуемых деяний ставит вопрос о том, чтобы рассматривать их как социальные девиации, а не формы психической патологии. Более того, высокий процент коморбидности парафилий с другими психическими расстройствами поднимает вопрос о нозологической самостоятельности этой категории. Нарушения психосексуальной сферы сопутствуют многим психическим расстройствам и при многих из них связаны с риском социально опасного сексуального поведения, поэтому определение статуса парафильных расстройств как самостоятельной диагностической категории представляется актуальным.

Целью работы является выделение и систематизация психопатологических феноменов, составляющих клинику парафилий. Существующие представления о

дизонтогенетической базе (в виде задержки, опережающего или дисгармоничного психосексуального развития), нарушениях психического онтогенеза (в виде аутистических и параутистических состояний, патологического фантазирования, сверхценных образований, дисморфобических и дисморфоманических расстройств) и онтогенеза половой идентичности, а также о содержательных феноменах расстройств сексуального предпочтения в виде деперсонализации, фетишизации, стереотипизации, аутоэротизма, диссоциации, нарушений идентификации, искажений сознания и самосознания, личностного развития по механизму гиперкомпенсации, временных психических состояний, не исчерпывают феноменологии такого рода аномалий сексуальности.

Систематизация обозначенных психопатологических проявлений, их обогащение представлениями о когнитивных особенностях лиц с парафилиями (в виде иллюзорного и искаженного восприятия образов аномального и нормативного объектов, своеобразия понимания других людей), а также детальное описание иных аномальных проявлений (например, инфантильности, особенностей речевого и невербального поведения, волевых и эмоциональных расстройств), статистическое

обоснование существования этих феноменов необходимо для повышения качества клинической оценки расстройств сексуального предпочтения, выведения диагностики на клиничко-психопатологический уровень, за рамки простого анализа поведения. Понимание психической реальности лиц с расстройствами сексуального предпочтения является важнейшим шагом и на пути развития системы помощи таким индивидам.

К настоящему времени при использовании объективных методов исследования и статистического анализа было получено подтверждение существования комплекса симптомов, характерных для лиц с педофилией и садизмом, выражающихся в нарушениях самосознания и самоотношения, восприятия окружающих, деперсонификации и предпочтении пассивного объекта во взаимодействии, нарушении адекватности эмоций, паттернах паралогичного мышления. Таким образом, к настоящему времени найдено объективное подтверждение психопатологической составляющей парафилий, объединяющей нарушения когнитивной и

аффективной сфер психики со своеобразием их структурно-динамических характеристик.

Современные методы диагностики в судебной сексологии в состоянии обеспечить лучшее понимание психической реальности лиц с расстройствами сексуального предпочтения. Использование вспомогательных методов диагностики должно быть направлено на раскрытие клинических феноменов, лежащих в основе аномального предпочтения, а также на факторы риска реализации аномальных сексуальных побуждений. Современные методы диагностики позволят не только получать объективное подтверждение клинической феноменологии расстройств сексуального предпочтения, но и помогут в оценке широкого спектра аномалий сексуальности, в том числе выходящих за рамки парафильных расстройств при оценке риска совершения противоправного сексуального деяния. Выделение наиболее подтвержденных факторов риска позволит предсказывать вероятность совершения сексуального правонарушения и его характер.

УДК 159.96

А.М. КАРПОВ

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Казань

Био-психо-социо-духовное направление самозащиты психического здоровья в современную эпоху

Актуальность. Характеристики смысла, содержания и направления перемен современной эпохи обозначены авторитетными учеными и политиками. Экс-президент Академии наук России М.В. Ковальчук, выступая в Совете Федерации (2015), сказал, что наша цивилизация переживает «самый сложный кризис за всю историю существования, слом базовых моральных принципов, создание альтернативных ценностей, конфликт между желаниями людей и возможностями природы...». Генеральный секретарь ООН А. Гуттериш на Форуме Мира в Париже (2019) назвал главными проблемами человечества: противоречивость, хаос, конфликтность политической обстановки, рост угроз безопасности, незащищенности, разобщенности, неравенства, «люди страдают и проникаются гневом...». Эти суждения свидетельствуют о том, что психическое здоровье населения мира ухудшается. Создаются политические, социальные, идеологические, психологические, экологические и другие причины развития психических расстройств.

Цель и задачи. В современных условиях возрастает запрос на увеличение объема и повышение качества психологической, психотерапевтической, психиатри-

ческой и наркологической помощи населению. Выполнение этого запроса затрудняется некоторыми обстоятельствами...

Однако, имеются существенные ресурсы для улучшения показателей психического здоровья граждан, которыми обладают сами граждане... Если их мотивировать на самозащиту собственного психического здоровья, на соблюдение базового принципа медицины «Не навреди». Ведь, большую часть психических расстройств можно предупредить, если сформировать у людей представления о психическом здоровье, как о высшей ценности, основе для качественного воспитания и образования, успехов в личной жизни и в профессиональной деятельности. Эту ценность можно и нужно осознанно защищать от множества деструктивных информационных, психологических, идеологических, химических и иных воздействий.

Материал и методы. Кафедра психотерапии и наркологии Казанской государственной медицинской академии — филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, более 25 лет разрабатывает образовательно-воспитательное направление совершенствования психиатрической и наркологической помощи в рамках

био-психо-социо-духовной парадигмы. В тетраединство названных потребностей внесен принципиально важный, конструктивно-нормативный, потребностно-иерархический принцип возрастания приоритетов и масштабов одноименных потребностей человека: от биологических, через психологические, социальные к духовным. Это позиционируется как общечеловеческая норма, критерий человекомерности, с которым нужно соотносить организацию управления, администрирования, образования, воспитания, лечения, реабилитации — всего, что делается для людей, в том числе — песен, стихов, учебников, указов, законов и др.

Результаты. Направление самозащиты психического и духовного здоровья от всех вариантов саморазрушения, в форме добровольного отказа от них на основе разумного эгоизма, не страха, а любви к самому себе, успешно развивается с 90-х годов по настоящее время.

Предложена оригинальная технология самозащиты психического здоровья, которая включает разработку кратких учебно-методических пособий с системным, конструктивным, мульти-дисциплинарным представлением темы, понятным и интересным, «цепляющим» даже оппозиционно настроенных читателей. В брошюрах раскрываются актуальные истинные ценности и потребности человека и причины (навязанного) выбора ложных ценностей и неестественных, деструктивных способов удовлетворения естественных потребностей.

Раскрываются здоровые, естественные, приятные, бесплатные, легитимные механизмы активации мозгового центра удовольствий в результате адекватного способа удовлетворения человеческих потребностей. Издан цикл книг «Самозащита от... наркомании, ...алкоголизации, ...курения, ...стресса, ...кризиса, ...саморазрушения, ...аутоагрессии, ...вовлечения в экстремистские организации, ...от коррупции»; книги «Самозащита психического здоровья», «Здравствуйте если хотите», «Спасайтесь, если хотите...»; монографии «Феномен счастья в контексте био-психо-социо-духовного подхода», «Системная био-психо-социо-духовная профилактика радикализма, экстремизма и терроризма».

Характеристики продукции шоу-бизнеса и его звезд, которые в настоящее время признаны иноагентами, определялись и описывались в этих книгах 20 лет назад. Разработана методика системного 4-х этапного: био-психо-социо-духовного, психофизиологического, психологического и психопатологического анализа информационной продукции, и распознавания в ней деструктивных элементов в песнях, фильмах, спектаклях, телепередачах и другой творческой продукции, предлагавшейся нашим соотечественникам средствами массовой информации, учреждениями культуры и досуга. Эта краткая, простая, методика самостоятельной цензуры информационной продукции, которую может осуществить любой гражданин, стала внедряться в образовательном, культурном и информационном пространстве. Эта разработка — вклад в безопасность, противодействие гибридной, информационно-психологической войне.

Разработаны профилактические психологические программы для подростков и семей группы риска, а также мультимодальный психо-профилактический инструментарий и межведомственный регламент психологического сопровождения подростков и молодежи, отнесенных к группе риска по наркотизации.

С 2012 года кафедра проводит ежегодные научно-практические конференции «Классеновские чтения» по наиболее актуальным проблемам самозащиты психического здоровья, которые привлекают внимание врачей разных специальностей, а также психологов, педагогов, руководителей государственных и общественных организаций, духовенства, журналистов и других специалистов. Для обсуждения на конференциях выбираются самые актуальные проблемы — духовность, семья, расстройства пищевого и аутоагрессивного поведения, профессиональное выгорание специалистов, социальные составляющие психического здоровья, комплексное применение психо и фармакотерапии, био-психо-социо-духовная концепция феномена счастья. Во время СВО выбраны темы «Био-психо-социо-духовный подход в работе с травмой и ПТСР (2023)», «Био-психо-социо-духовный подход в работе с саморазрушением» (2024). В этих конференциях в последние годы принимало участие от 4 до 7 тысяч подключавшихся из 83 городов и регионов РФ и других стран — Белоруссии, Казахстана, Германии, Чехии.

Обсуждение. Таким образом, в научной, образовательной, лечебной, профилактической и общественной работе кафедра психотерапии и наркологии 28 лет оперативно отвечает на вызовы эпохи. Отметим, что в 2021 г. задачи совершенствования психологической помощи населению на основе био-психо-социального подхода включены в Программу развития фундаментальных научных исследований РАН на 2020-2030 гг. Многие задачи, поставленные в Программе, кафедра разрабатывала десятки лет и получила полезные результаты. К ним проявляли интерес, приглашали сотрудников кафедры на мероприятия учреждения 18 министерств и ведомств: образования, по делам молодежи, чрезвычайных ситуаций, социальной защиты, культуры, внутренних дел, ФСКН, ФСБ, ФСИН, обороны, прокуратуры, Антитеррористический Комитет РТ, СМИ, телевидение, Общественная Палата, Православная Церковь, Мусульманский реабилитационный центр «Ярдэм», Комитет по защите прав человека (Орел), Кабинет министров Республики Татарстан и др.

Выводы.

1. В эпоху перемен повышается распространенность психических расстройств, но снижаются возможности для их коррекции.

2. Самозащита психического здоровья является бесплатным, доступным и, эффективным способом здоровьесбережения.

3. Био-психо-социо-духовная парадигма обеспечивает тетраединство человеческих потребностей, является теоретической и методической основой для распознавания и нейтрализации деструктивных информационных воздействий.

УДК 159.96:616.379-008.64

А.А. КИСЛЫХ

Алтайский государственный университет, г. Барнаул

Жизнестойкость и совладающее поведение как факторы сохранения психического здоровья подростков с инсулинозависимым сахарным диабетом

Актуальность. Современные статистические данные показывают, что в последнее время отмечается резкий рост заболеваемости сахарным диабетом, особенно среди детей и подростков (для них характерен 1 тип-инсулинозависимый). Психические нарушения являются следствием и частым осложнением у больных сахарным диабетом. Это значительно усложняет течение болезни (Гармаш И.П., 1992) и увеличивает показатели инвалидизации (Богомолов М.В., 1991). По данным различных авторов (Алимов Х.А., 1987 и др.), психические нарушения развиваются у 7-93% больных сахарным диабетом, ведь данное заболевание существенно меняет качество жизни, что усложняет процесс адаптации к новым изменившимся условиям.

Типология психических нарушений, возникающих при сахарном диабете, демонстрирует наличие синдромов, которые рассматриваются в рамках психотических, невротических, невротоподобных и патохарактерологических нарушений (Елфимова Е.В., 1995 и др.), и в структуре личностных реакций (Щукина Е. Г., 2001).

Наличие изменений личности при сахарном диабете подтверждают результаты научных исследований, выявляющих сложность структуры невротических расстройств и изменение по мере развития заболевания тревоги и страха больных за свое здоровье и состояние, будущую жизнь, наблюдается тревожно-депрессивная симптоматика.

К факторам, снижающим функциональные резервы психики больных сахарным диабетом, относятся премоорбидные особенности, возраст, форма, степень тяжести и стаж заболевания, психотравмирующие ситуации (Снежневский А.В., 1983; Сметанников П.Г., 1997 и др.).

Подростковый возраст — один из важнейших периодов развития социальных и эмоциональных навыков, важных для психического благополучия. Важное значение имеют благоприятные условия в социуме, семье, школе. В настоящее время наблюдается увеличение числа воздействующих на подростков факторов риска. Влиять на повышение уровня стресса в подростковом возрасте может огромное множество различных причин, одной из таких является постановка тяжелого хронического заболевания (Личко А.Е., 1999).

Несомненно, важным и значимым является изучение и развитие жизнестойкости (способности сопротивляться трудным жизненным ситуациям, сохраняя

баланс и работоспособность (Лактионова, А.И., 2007), а также развитие адаптивных копинг-стратегий для совладания со стрессовыми переломными событиями с целью профилактики появления психических нарушений (Рассказова Е. И., Гордеева Т. О, 2011).

Цель исследования — изучить особенности жизнестойкости и копинг-стратегий, а также их взаимосвязь у подростков с сахарным диабетом 1 типа.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 150 подростков с сахарным диабетом 1 типа. Из них: 80 девушек и 70 юношей в возрасте 12-15 лет. Группа поделена по стажу заболевания: впервые выявлен диабет, стаж от 1 года до 10 лет, стаж более 10 лет.

1. Эмпирические методы — тестирование.
2. Математико-статистические методы обработки: однофакторный дисперсионный анализ ANOVA и параметрический корреляционный анализ Пирсона.
3. «Опросник способов совладающего поведения» Р. Лазаруса, «Тест жизнестойкости» С. Мадди.

Результаты. Для выявления значимых различий в копинг-стратегиях и показателях жизнестойкости был применен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA, при помощи которого были выявлены достоверно значимые результаты.

Были выявлены различия в показателях жизнестойкости и копинг-стратегий в разных возрастных группах по шкалам: «Принятие риска» ($F=3,93$, $p \leq 0,05$), ср.з. 12-13 лет = 14,68; ср.з. 14-15 лет = 16,64, «Дистанцирование» ($F=4,07$, $p \leq 0,05$), ср.з. 12-13 лет = 10,70, ср.з. 14-15 лет = 9,41, «Самоконтроль» ($F=2,91$, $p \leq 0,05$), ср.з. 12-13 лет = 12,48, ср.з. 14-15 лет = 13,62.

Так же выявлены различия в показателях жизнестойкости и копинг-стратегий в зависимости от пола.

В результате найдены значимые различия по шкалам: «Вовлеченность» ($F=3,70$, $p \leq 0,05$), ср.з. девушки = 28,82, ср.з. юноши = 32,11, «Бегство-избегание» ($F=3,35$, $p \leq 0,05$), ср.з. девушки = 14,22, ср.з. юноши = 11,98.

Также были рассмотрены особенности копинг-стратегий в зависимости от стажа заболевания.

Были выявлены различия по шкалам: «Самоконтроль» ($F=3,01$, $p \leq 0,05$), ср.з. впервые выявлен диабет =

11,71; ср.з. стаж от 1 до 10 лет = 13,5; ср.з. стаж более 10 лет = 12,32, «Поиск социальной поддержки» ($F = 3,60$, $p \leq 0,05$), ср.з. впервые выявлен диабет = 8,91; ср.з. стаж от 1 до 10 лет = 10,88; ср.з. стаж более 10 лет = 10,32, «Планирование решения проблемы» ($F=2,36$, $p \leq 0,05$), ср.з. впервые выявлен диабет = 10,29; ср.з. стаж от 1 до 10 лет = 11,40; ср.з. стаж более 10 лет = 11,84.

Особенности копинг-стратегий рассматривались в контексте семейной ситуации (есть ли в семье родственники с сахарным диабетом).

В результате были выявлены различия по шкалам: «Самоконтроль» ($F=3,85$, $p \leq 0,05$), ср.з. отсутствие СД у родственников = 13,21; ср.з. наличие СД у родственников = 11,79, «Поиск социальной поддержки» ($F=10,68$, $p \leq 0,05$), ср.з. отсутствие СД у родственников = 10,88; ср.з. наличие СД у родственников = 8,68, «Принятие ответственности» ($F=4,616$, $p \leq 0,05$), ср.з. отсутствие СД у родственников = 7,79; ср.з. наличие СД у родственников = 6,66.

С помощью параметрического корреляционного анализа Пирсона были выявлены значимые взаимосвязи между жизнестойкостью и совладающим поведением.

Шкала «Принятие риска» отрицательно связана со шкалой «Конфронтационный копинг» ($r=-0,27$, $p \leq 0,05$), и «Бегство избегание» ($r=-0,28$, $p \leq 0,05$), и положительно со шкалой «Положительная переоценка» ($r=0,16$, $p \leq 0,05$).

Шкала жизнестойкости «Вовлеченность» отрицательно связана со шкалой копинга «Дистанцирование» ($r=-0,20$, $p \leq 0,05$) и положительно со шкалой «Планирование решения проблемы» ($r=0,19$, $p \leq 0,05$).

Шкала жизнестойкости «Контроль» отрицательно связана со шкалой «Конфронтационный копинг» ($r=-0,32$, $p \leq 0,05$), и положительно связана со шкалами: «Планирование решения проблемы» ($r=0,28$, $p \leq 0,05$), и «Положительная переоценка» ($r=0,28$, $p \leq 0,05$).

Выводы. Готовность действовать на свой страх и риск выше в группе подростков 14-15 лет, показатели по копинг-стратегии дистанцирования, уклонения от проблемы выше у младших подростков.

Вовлеченность в происходящее без чувства отвергнутости выше у юношей, а копинг-стратегия избегания свойственна больше девушкам.

Контроль своих чувств, действий, потребность в поддержке со стороны более выражены у подростков со стажем заболевания от 1 года до 10 лет, намеренные усилия по изменению ситуации характерны для подростков со стажем более 10 лет.

Самоконтроль, поиск социальной поддержки и принятие ответственности за все происходящее более выражены у подростков, у которых нет родственников с сахарным диабетом.

Готовность действовать на свой страх и риск без гарантий успеха и получение активных знаний и опыта снижают проявление неадаптивных копинг-стратегий (агрессивные усилия по изменению ситуации и избегание проблемы) и повышают адаптивную стратегию переоценки — попытки найти или создать положительный смысл в сложившейся ситуации.

Чувство уверенности в себе, вовлеченность в происходящее, получение удовольствия от собственной деятельности снижается при неадаптивной копинг-стратегии отделиться от ситуации, уменьшить ее значимость и повышается при адаптивной стратегии применения возможных усилий по изменению сложившейся ситуации.

Ощущение, что человек сам выбирает свою деятельность и путь снижается при неадаптивном копинге, применяя агрессивные усилия, направленные на изменение сложившейся ситуации и повышается при адаптивных копинг-стратегиях: попытках создать положительный смысл ситуации и применение намеренных усилий по изменению сложившейся ситуации и возникшей проблемы.

Очень важна выраженность всех трех компонентов жизнестойкости (вовлеченность, контроль, принятие риска), а также развитие адаптивных копинг-стратегий (поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка, принятие ответственности, самоконтроль) для сохранения и поддержания психического здоровья, активности и устойчивости в стрессовых ситуациях.



УДК 159.96

М.Ю. КОЗЛОВ

Психиатрическая клиническая больница №4 им П. Б. Ганнушкина ДЗМ, г. Москва

Теория привязанности и психосоматические расстройства

Актуальность представленного теоретического исследования связана с высокой социальной значимостью психосоматических расстройств, недостаточной изученностью их этиологии, важностью установления роли психосоциальных, прежде всего межличностных факторов и разработки путей профилактики.

Целью исследования является суммирование современных представлений о связи ненадежных типов привязанности и психосоматических расстройств.

На текущем этапе развития теория привязанности является одной из наиболее конвергентных областей психологического знания, представляя собой синтез самых различных направлений, от поведенческой генетики и интерперсональной нейробиологии до эволюционной психологии и культурной антропологии. Наиболее известна теория привязанности в связи с исследованиями поведения детей в ситуации разлуки, проведенных Джоном Боулби в середине прошлого века. В его работах была показана патогенная роль ранней травмы отношений (разлуки, неглекта, насилия) на формирование специфических стилей поведения (тревожного и избегающего). Сформулированные «небезопасные» стили восприятия и поведения показали свою устойчивую связь с целым спектром психической патологии, поскольку обуславливали протекание базовых психических процессов (приближения и избегания в отношении значимых стимулов) необходимых для полноценного развития ребенка. Внимание исследователей, в этой связи, не могло обойти то влияние, которое оказывают ненадежные типы привязанности на развитие психосоматической патологии, поскольку психосоматический тип реагирования в ситуации психоэмоционального напряжения является достаточно типичной реакцией ребенка, не имеющего развитых навыков саморегуляции и вербализации эмоций. Прямые и косвенные результаты исследований показывают, что существует значительная корреляция между небезопасной привязанностью и психосоматическими заболеваниями, не только у людей, но и у других млекопитающих, что объясняется повышенной реакцией на стресс, у индивидов, имеющих опыт ранней травмы отношений (Maunder, 2001). Исследование, проведенное на пациентах, проходивших лечение от психосоматических заболеваний (127 участников) показало в соответствующих опросниках высокий уровень «дистресса привязанности», в сравнении с группой контроля (Herrmann, 2018), что подтверждает, как минимум корреляционную, а возможно и причинно-

следственную связь. Этот вывод подтверждается еще одним недавним исследованием, общим результатом которого является обозначение ненадежных типов привязанности и связанных с ними высоких уровней интерперсональной тревоги как факторов психосоматического риска. Важно отметить, что этот риск особенно высок у лиц, имеющих диагноз комплексного ПТСР или DESNOS синдрома (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified). Важно оговориться, что диагноз кПТСР отличается от традиционной нозологии, добавлением трех дополнительных измерений, а именно: эмоциональной дисрегуляции, негативной саморепрезентации и трудностей в отношениях с другими людьми, что соответствует представлениям о невротическом развитии личности под влиянием психотравмы, более привычной отечественным специалистам. Часто подобный диагноз выставляется при пролонгированной психотравматизации по причине жестокого обращения со стороны значимых фигур, что естественно искажает функционирование системы привязанности (Kubacka-Jasieck, 2019). В недавнем крупном мета-анализе, посвященном связи соматизации и небезопасной привязанности был показан небольшой, но значимый комбинированный размер эффекта ($\Delta \approx .12$ (95% CI .04 – .19)), что позволяет предположить, что тип привязанности в одиночку не может предсказать развитие соматоформных симптомов, но является одним из важнейших предикторов (Vesterling, 2020). В 2023 году вышло любопытное исследование, посвященное практической работе с психосоматическими симптомами, а именно, было показано, что курс когнитивной психотерапии, основанной на осознанности показал значительный положительный эффект в отношении самодифференциации и повышения чувства безопасной привязанности у женщин с психосоматическими симптомами, что косвенно может влиять, как следует из предыдущей части обзора, на выраженность психосоматических симптомов (Namjoo, 2023).

Вывод. Исследования последних десятилетий показывают важность небезопасной привязанности, являющейся, по всей видимости, медиаторным фактором между детской психологической травмой и ассоциированными стрессовыми расстройствами с одной стороны и развитием психосоматической патологии с другой, как следствия дисрегуляции механизмов стресс-реактивности, дефицита навыков стрессменеджмента, а также иных поведенческих, когнитивных и личностных дефицитов, нуждающихся в дальнейшем изучении.

УДК 159.96

В.Н. КОНОВАЛОВА, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань

Структурно-динамические особенности ангедонии при психических расстройствах

Актуальность. Термин «ангедония» традиционно обозначает специфическое психопатологическое состояние, характеризующееся дефицитом способности испытывать удовольствие от деятельности и ситуаций, которые считаются приятными и являлись субъективно приятными для субъекта ранее. Состояние может быть диффузным и касаться всех аспектов существования или ограничиваться некоторыми областями (социальная, физическая, интеллектуально-эстетическая, сомническая ангедония), кроме того, выделяется консуматорный и антиципаторный компоненты ангедонии.

Кроме того, исследователями предложено разделение мотивационного и гедонистического компонента ангедонии (Treadway & Zald, 2011).

В настоящее время исследователями ангедония рассматривается в качестве неспецифического, трансдиагностического элемента, «симптома без границ», при разных формах психической патологии — от шизофрении до болезни Паркинсона. Данный феномен труден для измерения и диагностики, положение в семиотике расстройств и границы ее не определены, в том числе и квалификация данного феномена как «симптома болезни» или как личностной преморбидной черты. Современные представления об ангедонии недостаточны для полноценного понимания этого феномена и нуждаются в дальнейшем изучении.

В последнее десятилетие поднимается вопрос о важности исследования трансдиагностической роли ангедонии за пределами аффективных и психотических расстройств. Часть исследователей, стоящих у истоков сетевой теории психических расстройств, рассматривают ангедонию как ключевой узел, запускающий и поддерживающий различные сети симптомов. В связи с этим делается предположение об относительной автономности данного симптома и производятся попытки дименсиональной его оценки (В.И. Крылов, 2014).

Являясь гетерогенным симптомом с разными феноменологическими характеристиками и патокинетическими закономерностями, ангедония позволяет дифференцировать синдромальные состояния. Важность правильной классификации данного симптома(синдрома) обусловлена еще и значимым влиянием его на снижение уровня социального функционирования, становясь одним из ведущих факторов риска социальной дезадаптации, а также фактором повышения суицидального риска.

Цель. Выявление клинико-психопатологических, феноменологических особенностей и структурно-дина-

мическая оценка феномена ангедонии у лиц с основными психическими расстройствами в сравнении со здоровой популяцией, установление вариантов динамики ангедонии, а также выявление прогностической роли этого феномена для течения болезни.

Материал и методы. Были обследованы 128 пациентов с выявленной и верифицированной психической патологией, находящихся на стационарном и амбулаторном обследовании и лечении РКПБ им. В.М. Бехтерева.

Контрольная выборка состояла из 32 пациентов не имеющих психических расстройств. Основные методы исследования: клинико-психопатологический и экспериментально-психологический.

Межгрупповые сравнения были проведены при помощи непараметрических критериев — критерия Манна-Уитни для количественных переменных и критерия χ^2 Пирсона, для качественных и категориальных переменных. В качестве критического уровня значимости выбрано значение 0,05.

Результаты. Половозрастные различия достоверно не оказали влияние на уровень измеряемого признака. Уровень образования и семейный статус в группе лиц с аффективными нарушениями и РЛ сочетался с достоверно более высокими уровнями ангедонии, $p > 0,05$.

«Конституциональный» тип ангедонии был выявлен в 7 случаях в основной группе у 2 пациентов с диагнозом «Шизофрения», у 5 пациентов контрольной группы, с преимущественно шизоидными и избегающими чертами характера.

На момент обследования все пациенты основной группы находились вне острой фазы заболевания, постоянно принимали поддерживающую терапию в стабильных дозах. Срок приема антипсихотических препаратов варьировал от 2 недель до 1 года. Суточная доза антипсихотиков была переведена в оланзапиновый и хлорпромазиновый эквивалент, величина которого составляла в среднем $12,1 \pm 8,5$ и $405,4 \pm 2,7$ соответственно (10 участников не принимали антипсихотическую терапию на момент включения в исследование). У пациентов с шизоаффективным и шизотипическим расстройствами отмечена достоверно меньшая выраженность консуматорной ангедонии, чем у пациентов с шизофренией $3,5 \pm 0,5$ и $1 \pm 0,5$ ($p < 0,05$). У пациентов с шизотипическим и шизоаффективным расстройствами отмечена большая выраженность социальной ангедонии, чем у пациентов с шизофренией. Получены данные с досто-

верно более высокими уровнями ангедонии в зависимости основного клинического синдрома — депрессивного (шкала SHAPS) и тревожного — (шкала RSAS). Данные имеющихся на данный момент исследований подтверждают, что наличие суицидальных мыслей\попыток сопряжено с более высокими показателями ангедонии, чем их отсутствие.

Выводы. Феномен ангедонии обнаружил существенную неоднородность при различных расстройствах.

Конституциональный тип ангедонии был выявлен в случаях в группе расстройств шизофренического спектра и у пациентов контрольной группы (условно здоровых) с преимущественно шизоидными и тревожно-избегающими чертами характера. Установлена связь физической ангедонии с преобладанием апатического

аффекта, социальной ангедонии с общим показателем дефицитарности переживания эмоций в группе больных шизофренического спектра

Больные с расстройствами шизофренического спектра в сравнении с группой аффективных расстройств и расстройств личности демонстрировали практически одинаковые показатели консуматорной и более высокие — антиципаторной ангедонии.

Достоверно более высокие уровни ангедонии были выявлены в группе респондентов с аффективными нарушениями по шкале SHAPS и BNSS (подшкала интенсивности переживания удовольствия — консуматорная А. Достоверно более высокие уровни ангедонии выявлены в зависимости основного клинического синдрома — депрессивного (шкала SHAPS) и тревожного — (шкала RSAS).

УДК 159.922.73

П.В. КОРОЛЕВА, В.Д. МЕНДЕЛЕВИЧ

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань

Самоповреждающее поведение в подростково-юношеском возрасте

Актуальность. Несуицидальное самоповреждение (НССП) определяется как прямое, повторяющееся повреждение тела без суицидального намерения. НССП включает в себя различные поведенческие модели, такие как порезы, ожоги, удары, царапания, выдергивание волос и прочее. Цель подобного поведения может варьироваться в зависимости от каждого человека, однако общепринятое — это стратегией регулирования негативных эмоций. Сообщалось, что распространенность НССП составила 60% — среди клинической популяции подростков, 17,2% — среди здоровых подростков, 13,4% — среди молодых людей и 5,5% — среди взрослых.

Самоповреждения в раннем подростковом возрасте могут говорить о возникновении психических расстройств в позднем подростковом возрасте, чаще коррелирует с повышенным уровнем депрессии, тревоги и расстройств пищевого поведения. Также самоповреждения приводят к негативным последствиям для семьи, например трудности в отношениях между родителями и детьми, нарушение семейного общения и функционирования.

Причины самоповреждающего поведения сложны и включают генетические, биологические, духовные, психологические, физиологические, социальные, культурные и другие факторы. Выявление факторов риска важно для раннего распознавания и предотвращения

этой поведенческой проблемы. Помимо этого, необходимо изучить проявления самоповреждающего поведения при различных психических расстройствах, а также оценить его место в нозологической структуре психических болезней.

Цель — выявить особенности самоповреждающего поведения в подростково-юношеском возрасте.

Материал и методы. Данная работа проводилась среди пациентов, получающих амбулаторное и стационарное лечение в психиатрической больнице. В выборку вошли 102 человека с проявлениями самоповреждающего поведения. Основные методы исследования включали клинко-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический анализ.

Результаты. В исследуемых группах присутствовало больше женщин — 64,7% (66 человек), чем мужчин — 35,3% (34 человека). Средний возраст пациентов, участвовавших в исследовании, составил $16,9 \pm 2,8$ лет. В соответствии с основным психическим расстройством, все пациенты были распределены на три группы: 1 — расстройства шизофренического спектра — 33,3% (34 человека), 2 — аффективные расстройства — 33,3% (34 человека), 3 — расстройства личности — 33,3% (34 человека).

У пациентов из группы с расстройствами личности были неблагоприятные семейные обстоятельства: 66,6% имели отягощения в виде алкоголизма, 8,8% сталкивались с другими психическими расстройствами (например, эпилепсией, деменцией), 34,6% сообщали о случаях сексуального насилия в детстве, а 36,2% о физическом насилии. 58% имели проблемные отношения с родителями. В качестве мотивации для самоповреждений выступали идея самонаказания и установление межличностных границ. Пациенты этой группы оценивались с самой низкой силой волевой саморегуляции в размере $2,8 \pm 1,5$ балла.

Среди пациентов с аффективными расстройствами менее часто наблюдалось неблагоприятное детство, случаи сексуального насилия составляли 18,9%, а физического — 20,3%. 1,6% отмечали случаи суицида среди родственников первой линии. 82,3% выбирало одну форму самоповреждения, наиболее часто используемая форма — самопорезы — 88,1%. В данной группе отмечались низкие показатели волевой саморегуляции — $4,0 \pm 2,1$ балла.

В группе с заболеваниями шизофренического спектра не выявлялись случаи насилия, взаимоотношения

с родственниками характеризовались, как хорошие или нейтральные — 73,4%. Наследственная отягощенность по расстройствам шизофренического спектра — 32,1%. Люди этой группы выбирали самопорезы, но другие популярные формы — вышивание на коже — 41,8%, обжигания кожи горячей водой — 27,7%. Мотивация выступала паралогическая — «нравится вид крови», «нравятся порезы», «люблю шрамы». Волевой саморегуляции показывала средние показатели $7,3 \pm 1,8$ балла.

Выводы. Самоповреждения могут проявляться в разных психических расстройствах. В группе с расстройствами шизофренического спектра обнаруживалось больше мужчин и паралогически объясняла причины самоповреждений ($p=0,018$). Во второй группе участников отмечался самый ранний возраст начала аутоагрессии ($p=0,044$), многообразие выбора форм самоповреждений ($p=0,006$). В группе с расстройствами личности у участников исследования наблюдался самый молодой возраст начала самоповреждений ($p=0,021$) и наличие мотивации самонаказания ($p=0,011$).

УДК 616-006

Г.Ф. КРОЯН, О.С. ГУРОВА

Алтайский государственный университет, г. Барнаул

Одиночество как экзистенциальный феномен пациентов с онкологическими заболеваниями

Актуальность. Проблемное поле, в рамках которого рассматривается феномен одиночества, достаточно широко. Зарождаясь в конструктах обыденного сознания, он постепенно переходит в область научного познания. Тема одиночества человека осмысливается с позиций философии (К. Маркс, Ф. Ницше, Ж.П. Сартр, М. Хайдеггер, А. Камю, В.С. Соловьев, Н.И. Бердяев, С. Кьеркегор, К. Ясперс и др.) и психологии (К.А. Абульханова-Славская, С.Г. Корчагина, Г.М. Тихонов, Ж.В. Пузанова, Н.Е. Покровский, Ю.М. Швалб, О.В. Данчева, О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев, А.У. Хараш). Число работ, посвященных изучению одиночества в различных аспектах, постепенно увеличивается и приобретает свою актуальность. Неугасающее внимание к феномену еще с античных времен делает его одной из констант мироощущения, выражающих специфику существования человека. Это одна из непреходящих характеристик бытия, с которой каждый неминуемо сталкивается. Несмотря на имманентность одиночества бытию человека, его актуализация в сознании чаще происходит

в кризисные для него периоды. Блокируя или стимулируя личностную активность, одиночество влияет на успешность протекания процессов ее социализации и индивидуализации в процессе разрешения кризисной ситуации. Важно, что в своем положительном проявлении такое влияние может становиться мощным источником развития самой личности. В условиях тяжелого соматического заболевания возникает новая жизненная ситуация, разрушающая сложившуюся до болезни индивидуально-личностную структуру. Актуализируются экзистенциальные размышления о смысле жизни, ее конечности. Часто человек обнаруживает себя одиноким в подобных переживаниях, что придает ситуации субъективно более тягостный характер и создает риск социальной и личностной дезадаптации. Тема представляется актуальной в связи с тем, что, имея возможность изучить одиночество пациентов с онкологическими заболеваниями, мы можем, так или иначе, предупредить его в случае деструктивного, разрушительного воздействия на личность.

Цель исследования — изучение взаимодействия когнитивной оценки отношения к болезни с психологическим одиночеством у женщин с онкологическими заболеваниями в период реабилитации.

Материал и методы. В исследовании использовались:

- теоретико-методологический анализ источников по проблеме исследования (положения о содержании одиночества и его формировании (В. Франкл, Е.Н. Осин, Д.А. Леонтьев, С.Г. Корчагина, И.М. Слободчиков); описание явлений, близких к одиночеству — изоляции, уединения и др. (О.Н. Кузнецов, В.И. Лебедев); теоретические представления о самоэффективности (Bandura A.); модель когнитивных стратегий саморегуляции в ситуации болезни (Evers A.W., Kraaijmaat F.W.)

- психологическое тестирование (Дифференциальный опросник переживания одиночества Е.Н. Осина и Д.А. Леонтьева; Опросник самоэффективности в отношении болезни Рассказовой Е.И. и Тхостова А.Ш.; Методика семантического дифференциала времени; русскоязычная версия опросника когнитивных представлений о болезни А. Evers и F.Kraaijmaat);

- математические методы анализа информации с использованием компьютерной программы «SPSS 23.0».

Результаты. В экспериментальном исследовании принимали участие женщины с онкологическими заболеваниями в возрасте от 55 до 74 лет, находящиеся на стадии реабилитации.

Для оценки одиночества как многомерного феномена с его негативными и позитивными сторонами, рассчитаны средние значения по шкалам методики «Дифференциальный опросник переживания одиночества» Е.Н. Осина, Д.А. Леонтьева. Состояние пациенток характеризуется отсутствием актуального ощущения одиночества, нехватки близкого общения с другими людьми. Более выраженным оказывается позитивное одиночество, связанное со способностью испытывать положительные эмоции в ситуациях уединения, находить в них ресурс для самопознания и саморазвития. Однако баллы по шкалам «Проблемное одиночество» и «Зависимость от общения» указывают на негативную сознательную оценку пациентками феномена одиночества, который представляется им преимущественно как ситуация уединения, связанная с неприятными или болезненными переживаниями, что повышает значимость присутствия других и эмоциональных связей с ними.

Результаты, полученные с использованием методик «Самоэффективность в отношении болезни» и «Опросник когнитивных представлений о болезни» показывают, что исследованной группе пациенток в меньшей степени свойственно чувство утраты контроля над болезнью, определяемое как когнитивное представление о собственной беспомощности, в большей степени им и свойственны такие позитивные конструкты как принятие болезни ($m=18$) и восприятие преимуществ в болезни ($m=18$).

Позитивные конструкты представляют адаптационный потенциал и

способствуют повышению эффективности совладания с ситуацией болезни. Показатели самоэффективности в отношении болезни как фактора изменения поведения, связанного со здоровьем, находятся у пациентов на высоком уровне ($m=42$).

С помощью корреляционного анализа Спирмена были изучены взаимосвязи шкал одиночества с параметрами методик «Опросник самоэффективности в отношении болезни» Е.И. Рассказовой и А.Ш. Тхостова, семантического дифференциала времени, «Опросник когнитивных представлений о болезни» А. Evers, F. Kraaijmaat в русскоязычной версии.

Шкала «Беспомощность», относящаяся к одной из стратегий когнитивной регуляции в отношении болезни, положительно взаимосвязана с такими параметрами как «Самоощущение» или ощущение себя как одинокого человека ($r=0,554$, $p \leq 0,026$), «Отчуждение» ($r=0,522$, $p \leq 0,038$), «Дисфория» ($r=0,528$, $p \leq 0,036$), «Общее переживание одиночества» ($r=0,548$, $p \leq 0,028$).

Беспомощность, как стратегия когнитивной регуляции в совладании с болезнью, сопровождается чувством безнадежности и утраты контроля над проявлениями болезни и её влиянием на привычный образ жизни. Преобладание данной стратегии в долгосрочной перспективе способствует личностной и социальной дезадаптации, что может приводить к отчуждению от окружения и потере эмоциональной связи с другими людьми. Объективная потеря связей и вынужденная изоляция вызывает дисфорию одиночества, то есть негативные чувства, связанные с пребыванием в изоляции. Всё вместе повышает общее переживание одиночества.

Шкала «Радость уединения» положительно коррелирует с восприятием пациентками своего будущего как «Полного» ($r=0,538$, $p \leq 0,032$), «Планируемого мной» ($r=0,636$, $p \leq 0,008$), «Светлого» ($r=0,582$, $p \leq 0,018$), «Упорядоченного» ($r=0,532$, $p \leq 0,034$). Шкала «Ресурс уединения» положительно взаимосвязана с восприятием «Планируемое мной» ($r=0,533$, $p \leq 0,033$). Шкала «Позитивное одиночество» имеет положительные взаимосвязи с восприятием будущего как «Планируемое мной» ($r=0,589$, $p \leq 0,016$), «Упорядоченное» ($r=0,598$, $p \leq 0,014$).

Применительно к опроснику самоэффективности в отношении болезни, корреляционный анализ показал следующие результаты. Шкала «Радость уединения» отрицательно взаимосвязана с уровнем показателя самоэффективности в отношении болезни ($r=-0,653$, $p \leq 0,006$), шкала «Ресурс уединения» также отрицательно коррелирует с уровнем показателя самоэффективности в отношении болезни ($r=-0,744$, $p \leq 0,001$), отрицательная связь и у показателя со шкалой «Позитивное одиночество» ($r=-0,809$, $p \leq 0,001$).

Возможно, полученный результат уровня показателя самоэффективности в отношении болезни со шкалами, отражающими позитивные аспекты одиночества, связан с тенденцией к избеганию фактов реальности, связанных с серьёзностью заболевания.

Выводы

1. Исследуемые пациентки, находящиеся на стадии реабилитации, не испытывают актуального состояния негативного одиночества.

2. Пациентки оценивают феномен одиночества как негативный, преимущественно как ситуацию уединения, связанную с неприятными или болезненными переживаниями, что повышает значимость для них присутствия эмоциональных связей и общения с другими людьми.

3. Способность находить ресурс в ситуациях уединения, положительно использовать их, имеет связь с представлениями пациенток о собственном будущем как светлом, полном, упорядоченном и планируемом ими.

4. Наблюдается отрицательная взаимосвязь между позитивным уединением и самоофективностью в отношении болезни.

УДК 616.895.8

И.С. КУШНЕРЕВ, А.Н. ГВОЗДЕЦКИЙ, А.Г. СОФРОНОВ

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

Структура назначений антипсихотиков в стационарном лечении параноидной шизофрении и ее связь с клиническо-динамическими показателями заболевания и социально-демографическими характеристиками больных

Актуальность. В данный момент в академической литературе активно обсуждаются различные аспекты длительной поддерживающей терапии шизофрении, которая представляет собой одну из сложнейших задач для врачей-психиатров. Авторы приводят разнообразные данные о частоте применения отдельных антипсихотиков, их сравнительной эффективности, безопасности и стоимости лечения (Ying J., 2023). Также обсуждается проблема приверженности пациентов к терапии, значение психосоциальных вмешательств и многое другое (Bighelli I., 2021). Особое внимание уделяется поиску взаимосвязей между эффективностью фармакотерапии, психосоциальными вмешательствами, качеством жизни и социальным функционированием пациентов с шизофренией (Davis B.J., 2019). Хотя большинство исследований направлены на лечение пациентов на амбулаторной основе, вопросы оказания медицинской помощи пациентам с шизофренией в условиях стационара рассматриваются гораздо реже. В доступных публикациях структура стационарных лекарственных назначений рассматривается без учета клинико-динамических, социально-демографических характеристик и психометрических показателей выраженности симптомов параноидной шизофрении у пациентов со шизофренией (Zhu M., 2021). Стоит отметить, что эти характеристики и показатели отражают степень тяжести клинического состояния, уровень снижения качества жизни и социального функционирования

пациентов, что может найти отражение в структуре лекарственных назначений.

Цель данного исследования заключается в изучении структуры стационарных лекарственных назначений и их связи с клиническими, социально-демографическими характеристиками, психометрическими показателями у пациентов с параноидной шизофренией с использованием современных методов математического моделирования.

Материал и методы. Выборка составила 315 больных параноидной шизофренией в возрасте от 18 до 50 лет с продолжительностью заболевания не менее 5 лет и общим баллом по шкале PANSS менее 120, проходивших стационарное лечение в СПб ГКУЗ «ГПБ №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Для исследования использовались клинико-психопатологические, психометрические и математические методы. Протокол исследования включал следующие разделы: основные психопатологические и клинико-динамические характеристики шизофрении (длительность заболевания, период с момента первого проявления симптомов, количество и продолжительность госпитализаций и прочее); социально-демографические данные (возраст, пол, образование, трудовая деятельность, инвалидность, особенности семейной ситуации и др.); психометрические показатели по шкале PANSS, опроснику

качества жизни ВОЗКЖ-СМ, а также шкале PSP. Для отображения структуры назначений на плоскости был использован совместный анализ соответствий (Joint correspondence analysis). Для выявления скрытого паттерна предпочтений назначений применялся иерархический кластерный анализ с использованием бинарной матрицы расстояний и метода Уорда (Ward. d2 linkage). Оптимальное количество кластеров определялось на основе усредненного значения статистики силуэта в диапазоне от 1 до 10. Ассоциация категориальных переменных с кластерами назначений анализировалась с помощью G-теста с поправкой Уильямса. Межгрупповой анализ для порядковых, дискретных и непрерывных переменных проводился с помощью критерия Брунера-Мунцеля при уровне значимости $p < 0,005$. Окончательное решение принималось на основе совокупности полученных результатов. Расчеты выполнялись на языке программирования R версии 4.3.3.

Результаты. Наиболее широко применяемыми антипсихотиками в рамках стационарного лечения оказались рисперидон (36,2%, $n=114$), галоперидол (17,1% $n=54$), оланзапин (15,6%, $n=49$) и клозапин (10,8%, $n=40$). Проекция лекарственных назначений на плоскость совместного анализа соответствий позволила выделить кластер пациентов, получающих определенные препараты и отнесенных к разным категориям. Кластерный анализ выявил стабильные различия в клинической картине, социально-демографических характеристиках и психометрических показателях между разными группами пациентов. Был выделен кластер пациентов психиатрического стационара, получающих галоперидол, клозапин и трифлуоперазин, отнесенных к категории «неблагополучных». Пациенты, принимающие другие препараты, были отнесены к категории «бла-

гополучных». Кластерный анализ показал различия между «благополучными» и «неблагополучными» пациентами в клинических, социально-демографических и психометрических характеристиках. Пациенты из «неблагополучного» кластера имели более выраженные негативные симптомы, более низкие значения показателей качества жизни, чем пациенты из «благополучного» кластера ($p < 0,05$). Больные из «благополучного» кластера имели меньшую длительность заболевания, меньше госпитализаций и больше обращений за амбулаторной помощью ($p < 0,005$). Результаты исследования указывают на важность выбора типа поддерживающей терапии для поддержки качества жизни и уровня социального функционирования больных параноидной шизофренией.

Выводы. Исследование показало наличие связи между тяжестью клинических проявлений заболевания, получаемой терапией, качеством жизни и социальным функционированием больных шизофренией. Применение современной фармакотерапии способствует снижению частоты госпитализаций и их продолжительности. Таким образом, психиатрическая помощь может быть успешно перенесена с ресурсоемкого стационарного учреждения на амбулаторное, с дополнительным участием дневных стационаров. Более того, с помощью современных методов лечения можно существенно повысить социальную активность пациентов, предотвратить раннюю инвалидизацию и сохранить их трудоспособность. Для определения клинической и экономической эффективности антипсихотиков нового поколения необходимо провести дальнейшие исследования, основанные на изучении практики их применения, что позволит создать надежную доказательную базу их преимуществ.

УДК 159.972

Е.И. ЛАПИНА

Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ, г. Казань

Влияние социальных и политических метаморфозов на психоэмоциональный фон пациентов с различной психопатологией и без таковой

Актуальность. Каждый человек живёт в социуме, где он зависит от обстановки, в которой находится, от традиций и устоев. Особенно в эпоху господства информационного контента, который не может не влиять на внутренний мир человека. Важность и необходимость отслеживания влияния социальных и политических факторов – возможность прогнозирования обществен-

ного настроения, вероятных изменений психического здоровья разных категорий граждан, в том числе лиц, находящихся на психиатрическом лечении.

Цель исследования. Выявить клинические особенности влияния и разницу в реакции, которые оказываются социальными и политическими метаморфозами

на психоэмоциональный фон пациентов с различной патологией в Республиканской клинической психиатрической больнице им. В.М. Бехтерева и студентов КГМУ.

Материал и методы. Были обследованы 44 пациента Республиканской КПБ им. Академика В.М. Бехтерева и 44 студента Казанского ГМУ, половина из каждой группы которых представлена мужским и женским полом.

Для оценки использовались:

1. Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера — Ханина.

2. Шкала оценки ангедонии Снайта — Гамильтона (SHAPS).

3. Метод цветовых выборов М. Люшера (в адаптации Л.Н. Собчик).

4. Анкетирование для выявления личного отношения к мировым событиям и связанных с этим физических и ментальных изменений за время проведения СВО.

Результаты. В ходе проведенных исследований выявлено, что лица, имеющие диагноз «Шизофрения» менее подвержены влиянию факторов внешней среды из-за апато-абулического компонента; у лиц, имеющих диагноз «Расстройство адаптации» с тревожно-депрессивным синдромом определяется некоторое усиление тревоги. У студентов Казанского ГМУ, как у лиц без психических расстройств, выявлено повышение реактивной тревожности, фрустрация и нарастающие ажитации.

Выводы. Внезапные, резкие изменения в социуме, в первую очередь, вызывают у лиц без психических расстройств реакции типа «невротической готовности». Напротив, у лиц, страдающих психическими расстройствами, это влияние ретардировано.

УДК 159.972

Е.Б. ЛЮБОВ, А.Н. КУЛИКОВ, М.В. РУДАКОВА

Московский НИИ Психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ, г. Москва

Личная жизнь психиатрических пациентов, участников интернет-форума

Актуальность. Данный опрос является прежде всего попыткой поговорить с психически больными людьми о сексе и показать, что для них эта тема такая же сокровенная и интимная, как и для людей без диагнозов, вопреки стереотипам об обязательной перверсности людей с психиатрическими заболеваниями.

Цель исследования. Изучение сексуальной сферы у пациентов, имеющих психические заболевания. Взаимодействие пациентов с врачами по вопросам сексуальной жизни, а также взаимного влияния секса и психических заболеваний.

Материал и методы. Разработан оригинальный полуструктурированный онлайн опросник. С помощью которого был проведен опрос психиатрических пациентов, участников форума <https://vk.com/stdeviation>, для выяснения актуальных тем сексуальной сферы. Некоторые использованные в опроснике вопросы предложили пациенты, суммарная выборка составила (n=40).

Среди пациентов 4 (10%) — мужчин и 36 (90%) — женщин. Из них 15 (37,5%) работают, 10 (25%) учатся, 8 (20%) безработные, 4 (10%) из них работает не по специальности и со снижением и 2 (5%) на пенсии по заболеванию.

Большинство пациентов 25 (62,5%) принимают нейрореплетики, 13 (32,5%) — антидепрессанты и 1 (2,5%) — нормотимики.

Результаты. 28 пациентов (70%) указывают, что отсутствие секса ухудшает психическое состояние, на вопрос ухудшает ли распутная жизнь психическое здоровье — 21 (52,5%) ответили положительно, 12 (30%) — отрицательно и 7 (17,5%) — оставили это поле пустым. В вопросе связи приема психотропных препаратов и психического расстройства с сексуальными проблемами, 19 (47,5%) — связывают, 19 (47,5%) — не связывают. Для 27 (67,5%) актуальны вопросы сексуальной жизни, в тоже время обсуждают эти вопросы с психиатром только 10 (25%) пациентов. 31 (77,5%) — указывают, что психиатр на приеме не интересуется сексуальной жизнью пациента, 30 (75%) также указывают, что психиатр не задает вопросы, касающиеся менструального цикла, эрекции и выделений из груди. У 20 пациентов (50%) есть опыт самоповреждений из-за несчастной любви или разрыва с любимым человеком, у 18 (45%) нет, 2 (5%) не ответили на этот вопрос. При ответе на вопрос о возможности покончить с собой из-за несчастной любви мнения разделились поровну: 18 пациентов (45%) ответили утвердительно, 18 (45%) отрицательно,

4 человека (10%) оставили это поле пустым. 10 человек (25%) пытались совершить суицид при крушении романтических отношений или затруднениях половой жизни.

Выводы. На страницу данного опроса зашло более 10 тысяч человек, и только 40 прошли опрос до конца. Благодаря тем, кто все же решился, мы узнали, что для большинства пациентов вопросы сексуальной жизни актуальны, но лишь в четверти случаев врачи интересовались этими вопросами на приеме, хотя выяснение вопросов, касающихся менструального цикла, эрекции и выделений из груди, важно для оценки влияния препаратов и течения болезни.

Хочется обратить внимание, что отсутствие секса оказывает значительно более негативное влияние на психическое состояние, чем беспорядочные половые связи. Психиатры и другие специалисты могут помочь пациентам разобраться в своем состоянии и разработать стратегии для безопасного и здорового сексуального поведения.

Отношения являются важной опорой для человека, но у наших пациентов выстраивание отношений осложняется сопутствующими заболеванию факторами, такими как недостаточное понимание собственных эмоций, неустойчивость настроения и поведения, ограниченные социальные навыки и пр., и, исходя из данных опросника, проблемы в данной сфере часто приводят к самоповреждающему и суицидальному поведению. Некоторые

пациенты на открытый вопрос о препятствиях в создании семьи указывали свое заболевание: «Препятствие — мое биполярное расстройство», «Я больна»; симптомы заболеваний: «Моё состояние нестабильно», «Эмоциональное истощение»; отсутствие необходимых навыков: «Нет навыка здоровых отношений», а также факт инвалидности: «Социальный статус инвалида».

Половина опрошенных имеет опыт самоповреждений из-за разрыва с любимым человеком, половина пациентов согласна с тем, что можно покончить с собой из-за несчастной любви, а четверть опрошенных пытались совершить суицид при крушении романтических отношений или затруднениях половой жизни.

Для проведения исследования требуется конкретизировать вопросы. Необходимо добавить вопросы, касающиеся проблем сексуальной сферы, что мешает обсуждению с врачами данных вопросов, а также вопросы о конкретных причинах суицидальных попыток, относящихся к романтическим отношениям и проблемам в сексе.

Также важно узнать мнение второй стороны — врачей. Вопросы сексуальной сферы пропускаются из-за недостаточной подготовки, собственных предубеждений или опасения вызвать дискомфорт у пациента? Игнорируя эту тему на приеме, врачи не только поддерживают стигматизацию сексуальной сферы и теряют огромное количество диагностически важной информации, как мы выяснили, иногда цена игнорирования — жизни пациентов.

УДК 159.972

В.Г. МИТИХИН, Т.А. СОЛОХИНА

Научный центр психического здоровья, г. Москва

Анализ трендов основных показателей психического здоровья населения России в период 1992-2022 гг.

Актуальность. Психическое здоровье населения является системным понятием, которое на уровне психиатрической службы имеет ряд основных показателей. Прежде всего к таким показателям относятся: регистрируемые уровни общей заболеваемости (prevalence) и первичной заболеваемости (incidence) психическими расстройствами.

Период коренных изменений в социально-экономической жизни в России, взявший начало в 90-х годах XX века и продолжающийся в настоящее время, неблагоприятно отразился на состоянии психического здоровья населения России. Указанный период предоставил обширный статистический материал для эпидемиологических исследований в области психиатрии.

Ведущие российские психиатры и эпидемиологи, начиная с 90-х годов, изучали влияние социально-экономических и медико-демографических факторов на состояние психического здоровья населения России (Киселев А.С., Жариков Н.М., Иванова Е.А. и др., 1993-1997; Александровский Ю.А., 1996-2000; Дмитриева Т.Б., Положий Б.С., 2002; Гурович И.Я. и др., 1994-1999; Ястребов В.С. и др., 2004-2008).

Цель. Провести анализ динамики основных показателей психического здоровья в указанный период на базе популяционных моделей, связывающих значения этих показателей с медико-демографическими и социально-экономическими факторами, а также с учетом кадрового ресурса службы помощи, значимо влияю-

щих на показатели психического здоровья населения России.

Материал и методы. В качестве источников информации использовались: 1) данные российской медицинской статистики о контингентах лиц, имевших психические расстройства в период 1992-2022 гг. и кадровом составе психиатрической службы (материалы сборников ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России); 2) данные официальной государственной статистики о медико-демографическом и социально-экономическом положении населения России в период 1992-2022 гг. (сборники Росстата).

Методы анализа данных: 1) для оценки значимости связей между показателями психического здоровья и медико-демографическими, социально-экономическими факторами использовался корреляционный анализ; 2) для построения регрессионных моделей (однофакторных и многофакторных) для основных показателей использовался регрессионный анализ. Все расчеты и статистические оценки значимости полученных моделей для основных показателей выполнялись в среде MS Excel.

Результаты. В результате корреляционного анализа были отобраны следующие базовые факторы: численность популяции (в млн. человек), ожидаемая продолжительность жизни (годы) и кадровый ресурс психиатрической службы (число должностей психиатров и психотерапевтов на 100 тыс. населения). Оказалось, что основные тренды показателей психического здоровья, в рассматриваемый период, определяются комбинациями этих факторов, в которых определяющим является кадровый ресурс службы.

Далее формировались популяционные регрессионные модели (однофакторные и двухфакторные), связывающие показатели психического здоровья с отобранными факторами. С помощью полученных регрессионных моделей удалось оценить основные тренды изменения рассматриваемых показателей. Надежность получаемых регрессионных моделей оценивалась с помощью коэффициента детерминации R^2 .

1) Для показателя общей заболеваемости (Pr — Prevalence) помощью однофакторных моделей получены следующие результаты:

1.1. Модель для зависимости Pr от численности населения (Po) является практически линейной (коэффициент детерминации $R^2 = 0.916$, т.е., объясняет на 91,6% вариацию показателя общей заболеваемости в рассматриваемый период).

Фактор Po входит в модель с отрицательным коэффициентом, что означает рост показателя общей заболеваемости (Pr) при уменьшении численности населения (Po). Этот факт подтверждает и очень высокий уровень корреляции между фактическими значениями Pr и Po для рассматриваемого периода ($r = -0,957$).

С учетом «принципа демографического императива» (С.П. Капица, 1996-2012) это явление следует трактовать как «стресс депопуляции», который явно прослеживался в период 1994–2007 гг.

1.2. Модель для зависимости Pr от кадрового ресурса службы (Ps) также является практически линейной (коэффициент детерминации $R^2 = 0,809$, т.е., объясняет на 80,9% вариацию показателя общей заболеваемости в рассматриваемый период).

Фактор Ps входит в модель с положительным коэффициентом, что означает рост показателя общей заболеваемости (Pr) при увеличении кадрового ресурса службы (Ps). Этот факт подтверждает и высокий уровень корреляции между фактическими значениями Pr и Ps для рассматриваемого периода ($r = 0,899$).

2) Полученные однофакторные модели (пункты 1.1 и 1.2) для показателя общей заболеваемости Pr от факторов Po и Ps соответствуют отдельным, разнонаправленным трендам изменения общей заболеваемости в рассматриваемый период (при уменьшении значения Po величина Pr возрастает и убывает при уменьшении значения Ps).

Поэтому для адекватного описания динамики величины Pr — показателя общей заболеваемости населения психическими расстройствами при наличии существенных разнонаправленных тенденций изменения Pr необходимо использовать многофакторные модели, которые дают описание с большей адекватностью. Аналогичный вывод имеет место и для показателя первичной заболеваемости.

2.1. На основе данных общей заболеваемости, факторов численности населения и кадрового ресурса психиатрической службы, использованных при построении моделей (пункты 1.1 и 1.2), получена регрессионная, двухфакторная модель для показателя общей заболеваемости. Полученная модель имеет очень высокую надежность ($R^2 = 0,982$).

2.2. Аналогично для показателя первичной заболеваемости (In — Incidence) населения России психическими расстройствами в 1992-2022 гг., была получена регрессионная 2-х факторная модель от факторов Ps и Ey , которая также имеет высокую надежность ($R^2 = 0,893$). Основным фактором, как и в моделях (1.2 и 2.1), следует считать кадровый ресурс службы. Уменьшение величины фактора Ps означает снижение доступности диагностики и помощи населению, что, соответственно, приводит к уменьшению показателя первичной заболеваемости и наоборот.

Второй аргумент (Ey) в этой модели — ожидаемая продолжительность (годы) жизни (для российской популяции) следует рассматривать как интегральный фактор-индикатор взаимодействия множества факторов, начиная от наследственности, образа жизни, особенностей питания, качества медицинской помощи, уровня образования и доходов граждан, до поведенческих стереотипов и социально-экономических обстоятельств жизни популяции. Статистическая корреляция между фактическим показателем In и величиной Ey в рассматриваемый период находится на высоком уровне значимости ($r = -0,733$). Отрицательное значение коэффициента корреляции означает уменьшение величины In (первичной заболеваемости) при увеличении значения Ey и наоборот. Этот факт также подтверж-

дается отрицательным значением коэффициента при аргументе E_y в модели для первичной заболеваемости.

Выводы

1) В работе получены с высоким уровнем значимости линейные популяционные модели для оценки влияния демографических, социально-экономических факторов (численность населения, ожидаемая продолжительность жизни) и кадрового ресурса психиатрической службы на динамику основных показателей (общей и первичной, заболеваемости) психического здоровья населения Российской Федерации в период 1992-2022 гг.

2) Модели разработаны с использованием стандартных математических и программных средств в рамках MS Excel и могут достаточно просто и оперативно перенастраиваться с учетом изменившихся факторов моделирования.

3) Полученные модели позволяют оперативно отслеживать тренды изменения кадрового ресурса психиатрической помощи. В последние 15 лет наблюдается тренд на снижение кадрового ресурса службы (в среднем на 1% в год). Как следует из полученных результатов в настоящей работе этот тренд — одна из весомых причин другого наблюдаемого тренда — уменьшения показателей заболеваемости психическими расстройствами населения России.

УДК 616.89-008.454

Е.Б. МИХАЙЛОВА, А.В. КУЧАЕВА, М.Л. МАКСИМОВ

КГМА — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, г. Казань

Проблема побочных эффектов у пациентов с депрессией, получающих тимоаналептическую терапию

Актуальность. Одним из наиболее эффективных методов лечения при непсихотических депрессиях является прием антидепрессантов. Несмотря на достижения современной психофармакологии и появление антидепрессантов нового поколения, обладающих лучшей переносимостью по сравнению с предшественниками, нежелательные явления при терапии этими препаратами возникают, по данным разных авторов, у 30-75% больных [Мосолов С.Н., 2021]. В этой связи в последние годы неуклонно растет интерес к изучению вопросов безопасности и переносимости терапии антидепрессантами [Weissman M. M. et al., 2023]. Проблема безопасности тимоаналептической терапии актуальна для рационального и эффективного назначения антидепрессантов данной группе пациентов.

Цель исследования — изучение проявлений нежелательных лекарственных реакций в результате приема антидепрессантов при непсихотической депрессии для оптимизации психофармакотерапии.

Материал и методы. Ретроспективно было обследовано 214 пациентов с непсихотической депрессией: 70 пациентов, с диагнозом органическое депрессивное расстройство – F 06.3, 79 пациентов – с диагнозом депрессивный эпизод легкой степени выраженности F 32.0; 65 пациентов с диагнозом депрессивный эпизод

средней степени выраженности F 32.1, средний возраст 36 ± 20 лет. Все пациенты находились на стационарном лечении в ГАУЗ РКПБ МЗ РТ им. акад. В. М. Бехтерева г. Казани, 2023 г. Пациенты получали лечение: антидепрессанты или их комбинации. Для оценки степени выраженности холинолитических нежелательных лекарственных реакций использовали шкалу оценки побочных эффектов UKU (Side Effect Rating Scale). Изучена структура назначения антидепрессантов при различных типах непсихотической депрессии с использованием АТХ классификации. Статистическая обработка материалов проведена с использованием стандартного пакета программ Statistica 6 for Windows с использованием параметрических показателей оценки сравниваемых величин (критерий Стьюдента). Достоверными считали различия при уровне статистической значимости 95% ($p < 0,05$).

Результаты. Нежелательные лекарственные реакции были зарегистрированы у 67% ($n=143$) пациентов с изучаемыми нами типами непсихотических депрессий ($p < 0,05$). Проведенное сравнительное исследование у всех изучаемых нами пациентов с непсихотическими депрессиями показало, что при терапии антидепрессантами были представлены психические — $12,98 \pm 0,94$ неврологические — $5,15 \pm 0,27$ и вегетативные (холинергические) — $14,98 \pm 1,51$ нежелательные явления (в соот-

ветствии с классификацией по шкале UKU) ($p < 0,05$). Вышеуказанные нарушения имели тенденцию к увеличению в отношении холинергических реакций: запоры — 22%, нарушение мочеиспускания (задержка) — 18%, учащенное сердцебиение/тахикардия — 16%, нарушение аккомодации — 14%, ортостатизм — 10%, тошнота/рвота — 8%, усиленное потоотделение — 5%, усиленное слюноотделение (гиперсаливация) — 4%, диарея — 2%, нарушение мочеиспускания (усиление) — 1% ($p < 0,05$). Вегетативными нежелательными лекарственными реакциями страдали 71 пациент. Наблюдаемые у больных вегетативные побочные эффекты терапии, проявляясь в течение $10 \pm 5,51$ дней. Средняя степень выраженность вегетативных нежелательных лекарственных реакций по шкале UKU во всех группах пациентов с изучаемыми нами депрессиями, получавших антидепрессанты разных фармакологических групп составила 1,1-2,7 балла.

Так как вегетативные нежелательные лекарственные реакции были выявлены чаще других изучаемых нами побочных эффектов, мы проанализировали суточные дозы (DDD) антидепрессантов, определенные АТС/DDD системой, вызывающих вегетативные нежелательные лекарственные реакции (шкала UKU) разной степени выраженности у пациентов с изучаемыми нами нозологиями (F06.36, F32.0, F32.1, F33.0, F33.1, F41.2.). При всех изучаемых нами типах депрессий вегетативные нежелательные лекарственные реакции были в значительной степени обусловлены применением классических антидепрессантов. В большинстве случаев использования антидепрессантов имела место политерапия. Среднее число тимоаналептиков на одного пациента с вегетативными реакциями составила

2,4 антидепрессанта. Антидепрессанты, вызвавшие вегетативные реакции: амитриптилин, сертралин, циталопрам, пароксетин, кломипрамин, эсциталопрам использовали в комбинированной терапии, сменными курсами и в дозах в 0,5 раза превышающих DDD-УСД. Также применяли антидепрессанты в дозах меньших, чем DDD-УСД: флуоксетин, моклобемид, мirtазапин. Наиболее частые комбинации антидепрессантов при лечении депрессии у пациентов с вегетативными нежелательными лекарственными реакциями, с усреднёнными суточными дозами в единицах DDD (приведёнными в скобках): флуоксетин (0,87 DDD) + кломипрамин (1,54 DDD); амитриптилин (1,44 DDD) + сертралин (1,24 DDD) + циталопрам (1,52 DDD); амитриптилин (1,56 DDD) + пароксетин (1,32 DDD); амитриптилин (1,47 DDD) + эсциталопрам (1,20 DDD). Одновременное назначение нескольких тимоаналептических средств привело к увеличению риска возникновения побочных явлений и не позволило подобрать наиболее эффективный для пациента препарат. Комбинированная терапия тимоаналептиками была связана с продолжительностью лечения, что, безусловно, говорит о все возрастающей тяжести депрессивных расстройств.

Выводы. При лечении депрессии антидепрессантами наиболее часто были выявлены вегетативные (холинергические) нежелательные лекарственные реакции. Развитию вегетативных (холинергические) нежелательных лекарственных реакций способствовала политерапия – комбинированное назначение нескольких тимоаналептических лекарственных средств.

УДК 343.225.1

А.С. МЮЛЛЕР, А.Е. ДОБРОВОЛЬСКАЯ, А.Г. СОФРОНОВ

Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова, г. Санкт-Петербург
Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Ранняя повторная госпитализация лиц с психическими расстройствами. Оценка факторов риска

Актуальность. Всё большее внимание уделяется сокращению повторных госпитализаций в психиатрические учреждения. Несмотря на то, что повторная госпитализация может быть клинически необходимой, ее, как правило, рассматривают в негативном ключе из-за связанных с этим затрат и бремени. Повторяющаяся госпитализация нарушает процессы социализации, трудовой деятельности или учебы. Кроме того, повторные

госпитализации, особенно те, что произошли через небольшой промежуток времени после выписки, часто рассматриваются как показатель более низкого качества медицинской помощи и считаются следствием сокращения продолжительности пребывания в больнице. (Phillips, Matthew S. et al., 2019)

Частота и сроки возвратов в стационар являются одним из главных критериев для оценки качества работы

медицинского учреждения. Стоит отметить, связь такого критерия как ранняя регоспитализация с целым рядом факторов, касающихся не только качества специализированной медицинской помощи, но и особенностей течения основного заболевания и др. (Cook, Judith A. et al., 2021).

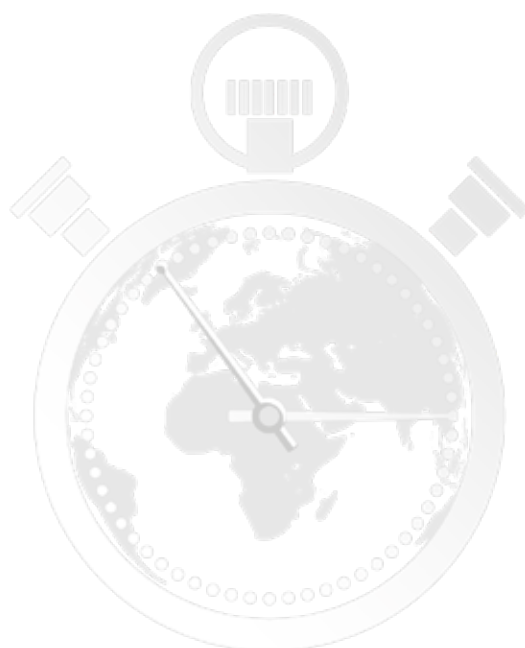
Цель исследования — определение факторов риска ранней регоспитализации у лиц с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Исследование проводилось в медицинском учреждении, оказывающем психиатрическую помощь в стационарных условиях с числом коек более 1,5 тысяч, расположенном в крупном мегаполисе с численностью населения 5,6 млн человек. В работу были включены результаты врачебной комиссии по качеству оказываемой медицинской помощи за 2021-2023 гг., из которых были отобраны 911 случаев раннего возвращения пациентов в стационар, 460 человек — были регоспитализованы в течение 30 дней после выписки из стационара, 451 — в течение года. Средний возраст пациентов составил 47,5 лет, минимальный — 18,2 лет, максимальный — 93,8 лет. Число мужчин, вернувшихся в стационар в течение месяца составил 287 человек (62,39%), женщин — 173 (37,6%); регоспитализованы в течение года 267 мужчин (59,2%) и 184 женщины (40,8%). Причины ухудшения состояния, повлекших раннее возвращение пациентов в стационар, были разделены на четыре основных группы: отказ пациента от приема поддерживающей терапии, нарушение схемы приема поддерживающей терапии, спонтанное ухудшение на фоне приема поддерживающей терапии и другие причины. С целью оценить раннюю регоспитализацию пациентов психиатрического стационара использовался метод логистической регрессии.

Результаты. При оценке причин, приведших к повторной госпитализации в течение 30 дней после выписки, выявлено следующее: наиболее частой причиной как у женщин, так и мужчин являлся отказ от приема назначенной терапии и составил 22,83 и 18,70% соответственно. Нарушение режима дозирования и/или сроков применения поддерживающей терапии привело к ранней госпитализации у 5% женщин и у 17,83% мужчин. Спонтанное ухудшение состояния на фоне приема поддерживающей терапии было у 8,7% женщин и у 13,91% мужчин. Другие причины регоспитализации для женщин составили — 1,09%, у мужчин — 11,96%.

При оценке причин, приведших к повторной госпитализации в течение года после выписки, отказ от приема поддерживающей терапии также являлся ведущей причиной как у женщин — 19,96%, так и мужчин — 22,62%. Второй по частоте причиной являлось нарушение режима дозирования и/или сроков применения поддерживающей терапии и привело к раннему возвращению в стационар 12,20% — женщин и 17,07% — мужчин. Спонтанное ухудшение состояния на фоне приема поддерживающей терапии выявлено у 7,98% женщин и у 11,97% мужчин. Другие причины регоспитализации для женщин составили — 0,67%, у мужчин — 7,54%.

Выводы. Наиболее часто причинами выраженного ухудшения психического состояния, потребовавшего ранней повторной госпитализации стали отказ от приема поддерживающей терапии и самостоятельное изменение кратности приема и дозы назначенных препаратов. С целью нивелирования этих факторов целесообразно проведение психотерапевтической и просветительской работы, направленной на повышение комплаенса пациентов.



УДК 343.225.1

И.Ф. НАБАТОВ, Т.Б. ПЕТРОВА, Н.А. БУРКОВА

Кировская областная клиническая психиатрическая больница им. академика В.М. Бехтерева, г. Киров

Организация реабилитации пациентов с когнитивными нарушениями различной степени тяжести в условиях стационара

В настоящее время во всем мире происходит демографическая перестройка: увеличивается продолжительность жизни населения, что приводит к росту доли пожилых людей в обществе. По данным статистики в Кировской области доля населения старше трудоспособного возраста на 01.01.2024 составляет 31,9%. Качество жизни стареющего человека в значительной степени зависит от уровня сохранности его психических функций, поэтому проблема когнитивной недостаточности, нарастающей тяжести когнитивного дефицита вплоть до деменции, развивающейся на фоне старения, — одна из центральных в современной медицине.

Ведение пациентов с когнитивными нарушениями требует мультидисциплинарного подхода к оценке и лечению выявленных расстройств. В Кировской области работа с этой целевой группой проводится в нескольких направлениях: от реабилитации в условиях дневного стационара до медикаментозной и реабилитационной терапии в круглосуточном стационаре. Реабилитация пациентов с легкими когнитивными расстройствами реализуется с целью восстановления или формирования их недостаточных или утраченных в результате болезни когнитивных навыков, для улучшения социального функционирования и повышения качества жизни с августа 2022 года в реабилитационном отделении «Клиника памяти», организованном на базе Центра психотерапии и реабилитации КОГКБУЗ «ЦППЗ». Программа «Клиники памяти» рассчитана на шестинедельный курс медико-социальной реабилитации, без фармакотерапии, включающий в себя:

- предварительное и итоговое обследование пациента, проведение диагностических исследований,
- курацию специалистами полипрофессиональной бригады (врач-психиатр, врач-психотерапевт, психолог, инструктор ЛФК, специалист по социальной работе),
- интенсивную психологическую коррекцию (цикл психологических когнитивных тренингов),
- проведение групповой и индивидуальной психотерапии, групповых тренингов,
- физическую реабилитацию, занятия лечебной адаптивной физкультурой,
- АРТ-терапию, музыкотерапию.

Пациенты с умеренными когнитивными расстройствами проходят курс медико-реабилитационной те-

рапии в условиях дневного стационара по программе «Золотой возраст». Принципиальным отличием данной программы от «Клиники памяти» является проведение фармакотерапии когнитивных нарушений у пациентов наряду с методами психотерапии.

Реабилитация пациентов с выраженными формами когнитивных расстройств вплоть до деменции различного генеза проводится пациентам в общепсихиатрических и соматопсихиатрических отделениях КОГКБУЗ «ЦППЗ».

Привлечение претендентов на программу реабилитации «Клиника памяти» осуществляют врачи-специалисты областных медицинских организаций, а конечный отбор претендентов проводится через прием психиатра КОГКБУЗ «ЦППЗ». Направление пациентов на госпитализацию осуществляется по строгим показаниям врачом-психиатром и психотерапевтом диспансерного отделения КОГКБУЗ «ЦППЗ».

Выбор методов реабилитации пациентам с когнитивными нарушениями проводится в соответствии с разработанными стандартами диагностики и лечения когнитивных расстройств специалистами полипрофессиональной бригады (врач-психиатр, врач-психотерапевт, психолог, инструктор ЛФК, специалист по социальной работе). Оценка эффективности реабилитационных мероприятий и фармакотерапии определяется как субъективным опросом пациентов, так и итоговой диагностикой когнитивных функций путем проведения психологического исследования. В среднем более 80% пациентов с легкими когнитивными нарушениями отметили субъективное улучшение общего состояния и восстановление когнитивных способностей, по данным психологической диагностики у более 60% пациентов отмечено снижение уровня тревоги и депрессии, у более чем 80% зафиксировано улучшение когнитивных функций.

Таким образом, опыт работы с пациентами с когнитивными нарушениями на сегодняшний день позволяет сделать вывод об эффективности программ и необходимости внедрения ее в широкую медицинскую практику. Высокая востребованность проектов «Клиника памяти» и «Золотой возраст» подтверждаются как отзывами пациентов, прошедших курс реабилитации, так и растущим спросом на участие в проектах жителей г. Кирова и Кировской области.

УДК 616.8-085.851

В.Б. НИКИТИНА, М.Ф. БЕЛОКРЫЛОВА, В.А. РУДНИЦКИЙ, Т.В. ШУШПАНОВА, М.М. АКСЕНОВ

НИИ психического здоровья, Томский НИМЦ РАН, г. Томск

Роль иммунобиологических показателей в дифференциальной диагностике непсихотических психических расстройств

Актуальность. В настоящее время существует высокая частота встречаемости непсихотических психических расстройств. Пациенты часто обращаются в первичное звено здравоохранения. Проблемой является недостаточный уровень адекватной диагностики данных расстройств и выставление соматических диагнозов либо смещение диагностических акцентов на другие расстройства [Дмитриев М.Н., 2011].

Актуальность дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства определяется схожестью клинических проявлений данных психических патологий. В клинической практике эмоциональная неустойчивость пациентов органического регистра мало отличается от эмоциональных нарушений больных с невротическими, связанными со стрессом расстройствами. Часто данные психопатологические состояния сочетаются между собой, но в интересах адекватной терапевтической тактики важно отделить основное психическое расстройство и сопутствующее [Дюкова Г.М., 2010; Бойко Е.О. и др., 2019].

К настоящему времени накоплены исследования о взаимодействии нервной и иммунной систем, показана значимая роль их тесной взаимосвязи при расстройствах адаптации и органических непсихотических расстройствах [Ветлугина Т.П. и др., 2020; Никитина В.Б. и др., 2023; Elenkov I.J. et al., 2020]. Выявление роли биологических критериев диагностического разграничения данных нарушений является актуальной научной и клинической задачей.

Цель исследования — выявить роль иммунобиологических показателей в дифференциальной диагностике расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства.

Материалы и методы. Обследовано 137 женщин в возрасте 45-65 лет, проходивших стационарное лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в возрасте 45-65 лет (средний возраст 50,62±6,12 лет). Все пациенты были распределены на две группы в зависимости от нозологических форм заболеваний: 1 группа (n=57) — расстройства адаптации (рубрики МКБ-10 F43.23 и F43.25), 2 группа (n=80) — органические психические расстройства (F06.61 и F06.68).

Лабораторное исследование включало: общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы; фенотипирование иммунокомпетентных клеток по кластерам дифференцировки методом проточной цитометрии на анализаторе системы Facs Calibur (BD, USA) с использованием серии реагентов Becton Dickinson Multitest™ (BD, USA); определение концентрации кортизола в сыворотке крови на автоматическом ИФА-анализаторе Lazurite (USA) с использованием набора реактивов ОАО «Вектор-Бест» (Россия).

Полученные данные были статистически обработаны с помощью программы Statistica v.12. Сравнение признаков проводилось по критерию Манна — Уитни. Для построения модели дифференциальной диагностики использовали линейный регрессионный анализ, позволяющий прогнозировать значение зависимой переменной по известным значениям переменных предикторов.

Результаты. Анализ результатов исследования выявил различия между группами женщин с разными нозологическими формами заболевания, имеющие высокий статистический уровень значимости. У женщин с расстройством адаптации повышено количество лимфоцитов (p=0,020027), цитотоксических Т-лимфоцитов (p=0,028499), уровень кортизола (p=0,004195) и снижено содержание лимфоцитов с рецепторами готовности к апоптозу (p=0,000019) по сравнению с показателями у женщин с органическими расстройствами.

На основании полученных данных было построено уравнение регрессии для дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства, которое имеет следующий вид:

$$Y = 3,62 - 0,013 \cdot \text{Лф} - 0,02 \cdot \text{CD8} - 0,08 \cdot \text{CD95} - 0,001 \cdot K,$$

где: Y — критериальная переменная диагностики, 3,62 — константа, 0,013, 0,02, 0,08 и 0,001 — регрессионные коэффициенты,

Лф — количество лимфоцитов в %,
 CD8 — количество цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8⁺-фенотипа) в %,
 CD95 — количество лимфоцитов с рецепторами готовности к апоптозу (CD95) в %,
 K — уровень кортизола в сыворотке крови в нмоль/л.

Если при решении уравнения значение зависимой переменной $Y < 1$, то диагностировали расстройство адаптации, а при значениях $Y \geq 1$ — в пользу органического эмоционально лабильного расстройства.

Эффективность математической модели оценивали по обучающей выборке, в которую вошли 100 женщин (40 — с расстройством адаптации; 60 — с органическим эмоционально лабильным расстройством). Чувствительность модели — 85,0%, специфичность — 83,3%. Прогностичность диагностики расстройства адаптации — 77,3%, прогностичность диагностики органического расстройства — 89,3%.

Использование иммунологических показателей и уровня кортизола для построения модели дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства обусловлено взаимодействием нервной и иммунной систем [De Luca C. et al., 2018; Farrar J.D., 2020]. Психологический стресс вызывает сложный комплекс нейрогуморальных изменений, которые влияют на активность клеток нервной и иммунной систем [Иванова С.А., 2000]. К основным проявлениям стресса относят повышение в крови уровня глюкокортикоидных гормонов, катехоламинов, количества гранулярных нейтрофилов, а также снижение массы тимуса [Кубасов Р.В., 2014; 22. Ярушкина Н.И., 2020].

Высокие концентрации кортизола, наблюдаемые при стрессе, способны вызвать апоптоз — запрограммированную клеточную гибель, что приводит к снижению числа функционирующих клеток иммунной системы [Вялова Н.М., Иванова С.А., 2007; Radojević K. et al., 2014]. В лимфоцитах пациентов с пограничными психическими расстройствами на фоне органических повреждений обнаружено увеличение активности ферментов семейства каспаз — ключевых участников процессов апоптотической гибели клеток, что свиде-

тельствует об активации апоптоза в лимфоцитах при данной патологии [Герасимович Е.С. и др., 2016].

Одним из важных механизмов реализации влияния стрессового воздействия на систему иммунитета является повышение лимфоцитарной активности иммунокомпетентных клеток [Cain D.W., Cidlowski J.A., 2017]. В иммуносупрессивном эффекте принимают участие Т-регуляторные клетки — особая популяция Т-лимфоцитов, которые наиболее чувствительны к действию глюкокортикоидов. Повышение концентрации кортизола в крови при стресс-реакции может привести к снижению активности регуляторных Т-лимфоцитов и, как следствие, к уменьшению интенсивности иммунных реакций [Quatrini L. et al., 2021]. Показано, что стресс оказывает выраженное негативное действие на формирование клеточного иммунного ответа в целом [Shimba A, Ikuta K., 2020; Taves M.D., Ashwell J.D., 2021].

Выводы. Предложена математическая модель дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства на основе иммунобиологических показателей. В модель вошли относительное количество лимфоцитов, цитотоксических Т-лимфоцитов, лимфоцитов с рецепторами готовности к апоптозу и уровень кортизола. Значение разграничения симптоматики, обусловленной органической патологией, от проявлений расстройств, связанных с действием психогенных факторов, невозможно недооценивать, так как ошибки и неточности в диагностике неизбежно влияют на перспективы лечения и прогноз заболеваний. По результатам исследования запатентован способ дифференциальной диагностики расстройства адаптации и органического эмоционально лабильного расстройства [Патент (ru) № 2787638].

УДК 347.426.42

Ю.И. ОСТЯНКО, В.В. ДУКОРСКИЙ

Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь

Моральный вред или психическая травма (анализ позиции белорусских судебных экспертов)

Право на возмещение «морального вреда» (психических страданий) закреплено в целом ряде российских и белорусских законодательных актов. Самым очевидным условием возникновения «морального вреда» является совершенное в отношении человека уголовное преступление. В особенности это касается насильственных преступлений, тогда риск развития психических расстройств наиболее высок. Вместе с

тем белорусские и российские юристы, а также специалисты области охраны психического здоровья отмечают, что несмотря на некоторый позитивный сдвиг последних лет в плане повышения востребованности, в целом отечественный институт возмещения «морального вреда» остается мало разработанным и недостаточно востребованным (Скугаревский О.А., 2024).

Самостоятельно жертвы преступлений практически никогда не обращаются за компенсацией, на что есть значимые причины. Во-первых, юридическая неграмотность населения, большинство граждан не знают о существовании возможности денежной компенсации перенесенных или имеющихся в настоящее время психических страданий.

Вторая причина — это название правового конструкта «моральный вред» явно неудачное, так как в общественном понимании «моральный вред» наделяется скорее философским смыслом и никак не отражает психических страданий, что ставит в тупик потерпевших даже когда на наличие «морального вреда» им указывает следователь, прокурор или судья.

В-третьих, существуют и исключительно психолого-психиатрические причины необращения потерпевших за компенсацией. Так, чувства вины и стыда, или симптомы тревоги, депрессии, фобии и ПТСР (избегание ситуаций, напоминающих обстоятельства получения травмы), приводят к тому, что потерпевшие всячески уклоняются от любых событий, связанных с ситуацией перенесенного травмирования, а тем более подробно судебного разбирательства.

В-четвертых, все еще существующая стигматизация психических расстройств. Психически травмированные люди боятся «навешивания ярлыка» психически больного, постановки на психиатрический учет и последующих социальных ограничений.

Еще одной причиной, также связанной с недостаточной теоретической и законодательной проработкой обсуждаемой проблематики, является чрезвычайно редкое участие в судебном процессе специалистов сферы психического здоровья. Между тем, привлечение квалифицированных психиатров и психологов, на наш взгляд, выступает обязательным условием всестороннего и объективного судебного разбирательства в контексте установления наличия морального вреда и степени его выраженности.

Все вышеуказанные обстоятельства приводят к тому, что жертва преступления не получает денежную компенсацию, что во многих случаях не позволяет ей воспользоваться качественной психиатрической, психотерапевтической и психологической помощью. Вместе с тем все указанные трудности могут быть достаточно быстро разрешены с помощью совместных усилий правоведов и специалистов сферы психического здоровья, направленных на создание общего конвенционального механизма, позволяющего технически устранить указанные нами проблемы.

Целью исследования было проанализировать позицию на правовую категорию «морального вреда» и ее реализацию профессионалов, специальность которых находятся на стыке области права и сферы охраны психического здоровья, а именно судебных психиатров и судебных психологов.

Материал и методы. Практикующими судебными экспертами-психиатрами и экспертами-психологами всех областей Республики Беларусь была заполнена анонимная анкета, состоящая из вопросов, посвященных механизму компенсации потерпевшим их психических страданий (морального вреда) в связи с совершенным в отношении них преступлением. Всего в анонимном анкетировании приняли участие 135 белорусских судебных экспертов (89 психиатров и 46 психологов). Исследование было проспективным, поперечным, сравнительным. Различия в частотном распределении внутри признака между группами оценивались с помощью критерия Пирсона χ^2 с использованием поправки Йейтса. Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета статистического анализа «Statistica 12.0».

Результаты анкетирования показали, что значительно большее количество экспертов [64,4%] ($\chi^2=47,3$; $p < 0,001$) считают, что правовая категория «моральный вред» требует глобального переосмысления в плане перенимания положительного опыта прогрессивных в данном вопросе стран, в том числе более релевантного названия соответствующей нормы — «психическая травма» [75,6 %] ($\chi^2=106,0$; $p < 0,001$). Весьма важным является четкий дифференцированный подход к оценке выраженности психической травмы, что непосредственно связано с попыткой выделения прозрачных, четких и справедливых подходов к определению суммы денежной компенсации потерпевшим. Большинство экспертов [65,9%] ($\chi^2=23,7$; $p < 0,001$) положительно отнеслись к идее разделения «психической травмы» на «ординарную психическую травму» (эмоциональные переживания, но нет достаточного количества критериев для установления какого-либо диагноза) и «психическую травму в виде психического расстройства». Значимо большая часть респондентов положительно относится к внедрению специализированных тестовых методик для подтверждения «психической травмы» [90,4%] ($\chi^2=200,0$; $p < 0,001$), а также к внедрению инструментальных методов (айтрекинга) [74,1%] ($\chi^2=91,1$; $p < 0,001$).

Большинство респондентов [70,4%] ($\chi^2=59,0$; $p < 0,001$) высказалась за необходимость назначения адвоката всем потерпевшим от насильственных действий, а также [80,7%] ($\chi^2=128,9$; $p < 0,001$) в поддержку создания специализированного фонда финансовой помощи потерпевшим (для оплаты психологической, медицинской, социальной, юридической и иных расходов).

Таким образом, результаты анонимного анкетирования белорусских судебных психиатров и судебных психологов показали, что значительно большее количество экспертов считают, что правовая категория «моральный вред» требует переосмысления и заимствования современных эффективных приемов ее усовершенствования.

УДК 364.277:616-057

**В.А. РОЗАНОВ, А.Я. ВУКС, М.В. АНОХИНА, В.Д. ИСАКОВ,
В.В. ФРЕЙЗЕ, Н.В. СЕМЕНОВА**

Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург

НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

**Суициды среди пожилых:
анализ тенденций на примере мегаполиса
как основа для стратегий превенции**

Актуальность. Суицидальное поведение в пожилом возрасте охарактеризовано намного слабее, чем аналогичное поведение подростков или молодых людей. В тоже время, смертность от суицида среди лиц старше 70 лет по данным ВОЗ примерно втрое выше, чем в возрастной группе до 25 лет. При этом существует неопределенность в понимании того, кого мы считаем «пожилыми людьми». Возраст старше 65 лет является границей, используемой ВОЗ, в то же время, в связи с ростом продолжительности жизни, постарением населением и повышением качества жизни доля пожилых людей растет. Одним из приемов, позволяющих (довольно условно) выделить пожилых людей как социальную, а не медицинскую категорию, является деление общества на «поколения». Деление на поколения было первоначально описано как явление англо-американского исторического процесса, однако впоследствии стало применяться в России (Милехин А.В., Сидорина А.В., 2021) Для Российского общества актуальным является деление на послевоенное поколение (аналог поколения американских «беби-бумеров», годы рождения 1946-1965); поколение X (годы рождения 1966-1984), поколение Y (миллениалы, годы рождения 1985-2000) и поколение Z (родившиеся после 2000 г.). Изучение суицидального поведения представителей этих поколений на примере населения мегаполиса предоставляет дополнительные возможности для сравнений, оценки динамики, различий между мужчинами и женщинами, поведения во время кризисов (например, пандемии) и использования тех или иных способов совершения суицида. Последнее представляет особый интерес в связи с наблюдаемым во многих странах и регионах России своеобразным «патоморфозом» суицида, выражающимся в увеличении доли прыжков с высоты (Demir M., 2018; Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В., 2023).

Цель исследования — изучить особенности завершенных суицидов среди послевоенного поколения (лица старше 60 лет) в г. Санкт-Петербурге в динамике за последние 7 лет.

Материал и методы. Данные о самоубийствах в формате «дата смерти, пол, возраст, способ самоповреж-

дения» получены из Санкт-Петербургского городского бюро судебно-медицинской экспертизы. В исследовании обработаны данные за период с 01 января 2016 г. по 31 декабря 2022 г. т.е. за 7 лет. Всего по г. Санкт-Петербургу за этот период зафиксирован 2471 случай, из них 1815 (73,45%) принадлежит мужчинам и 656 (26,55%) – женщинам. Данные были стратифицированы по принципу динамики по годам с учетом пола, способов самоповреждения (согласно МКБ-10) и возрастных групп в соответствии с концепцией поколений. В частности, были объединены между собой все случаи в возрастных диапазонах до 19 лет включительно (поколение Z), 20-39 лет (поколение Y), 40-59 лет (поколение X) и более 60 лет (поколение «беби-бумеров»). В последнюю группу вошли и более старшие категории, которые относят к поколению традиционалистов (те, кто старше 90 лет и чьи годы рождения пришлись на период 30-х и 40-х годов прошлого столетия), однако их численность, согласно данным демографической статистики Санкт-Петербурга, не превышает 2%. Расчет частот осуществлялся на 100 тысяч населения в год, 95%-ные доверительные интервалы частот рассчитывали по методу Уилсона (Гржибовский А.М., 2008). Способы совершения самоубийств были сгруппированы следующим образом: 1) самоотравления (X60-X69); 2) повешения, удушения, удавления (X70); 3) утопление (X71); 4) огнестрельные способы (X72-X74); 5) саможжения (X76); 6) самоповреждения острыми предметами (X78); 7) падение с высоты (X80); 8) падение под движущийся транспорт X81; 9) другие способы X75, X77, X79, X82-X84. Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью пакета SPSS, версия 26. Сведения о численности населения получены из официальных источников (Росстат), для расчета частот использовались среднегодовые показатели численности населения.

Результаты. В целом в России за последние десятилетия наблюдается медленное, но неуклонное снижение смертности от самоубийств. Это касается и старших возрастных групп. В тоже время, самоубийства в России характеризуются выраженными региональным различиями, а суицидальное поведение среди людей старших возрастных групп имеет особенности.

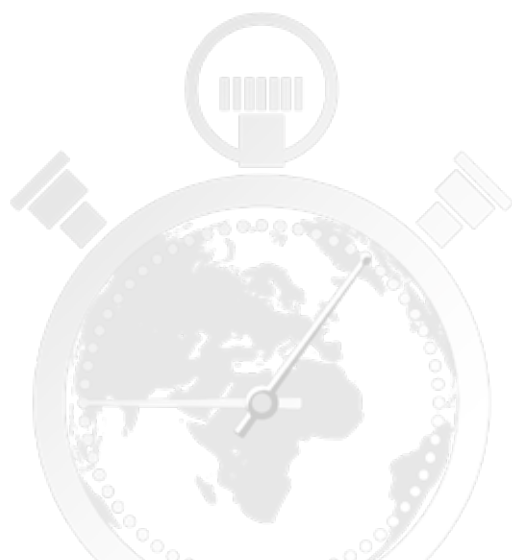
В г. Санкт-Петербурге из общего числа случаев за все годы (2471) поколению Z принадлежит 97 случаев (3,93%), поколению Y — 886 случаев (35,86%), поколению X — 734 случая (29,70 %) и послевоенному поколению — 754 случая (30,51%). Таким образом, в абсолютном выражении поколение беби-бумеров «ответственно» примерно за треть всех суицидов в Санкт-Петербурге. За последние 7 лет смертность от самоубийств среди населения мегаполиса характеризуется относительной стабильностью, с подъемами и спадами в различные годы. Индексы самого старшего поколения (более 60 лет) в отдельные годы значимо выше, чем индексы поколений X и Y, но чаще всего очень близки к ним и статистически неразличимы. В то время как преобладающей тенденцией среди самых молодых (поколения Z и Y) за последние 7 лет в Санкт-Петербурге был рост суицидов, среди старших поколений (поколение X и послевоенное поколение) наблюдалось снижение. В связи с этим период пандемии пришелся на различающиеся тренды в различных возрастных группах. Наиболее характерны изменения смертности на фоне пандемии выявились у поколения беби-бумеров: первый год пандемии не повлиял на понижающий тренд среди них, который наблюдался достаточно длительное время (с 2017 г. по 2020 г.), но в 2021 г. наблюдался небольшой подъем суицидальной смертности у обоих полов, после которого понижающий тренд восстановился. Таким образом, послевоенное поколение продемонстрировало устойчивость к кризисам.

Соотношение между мужскими и женскими самоубийствами по всему массиву данных составило 2,77 к 1, однако оно существенно отличается в различных возрастных группах. Так, среди самых молодых это соотношение составило 1,84+0,37, в более старших группах Y и X оно значимо растет, достигая 4,64+0,59 и 4,49+0,46, однако среди старшего поколения вновь снижается до 3,26+0,31 (значимо при сравнении с поколением Y, $p = 0,039$ и с поколением X, $p = 0,027$). Таким образом, в старшей возрастной группе разница между мужчинами и женщинами в плане завершеного суицида снижает-

ся, что приближает их к самым молодым. В целом среди населения Санкт-Петербурга первое место занимает повешение (64,12%), далее следуют падение с высоты (18,51%), повреждения острыми предметами (5,71%), отравления (5,43%), огнестрельные способы (4,58%), утопления (0,49%), самосожжения (0,41%) и падения под транспорт (0,24%). В тоже время у различных поколений наблюдались отличия по такому показателю как предпочитаемые способы самоубийств, особенно они касаются прыжков с высоты. Большая доля таких способов наблюдается среди самых молодых (37,1%) и самых пожилых (20,3%). При этом за последние 7 лет наблюдается неуклонный рост доли прыжков с высоты среди всех возрастных групп, включая пожилых. Это происходит за счет снижения доли повешений.

Многочисленные исследования, направленные на выявление приоритетных факторов риска завершеного суицида среди пожилых, упоминают мужской пол, использование насильственных способов, наличие психического расстройства (депрессия, тревога, биполярное расстройство), плохое состояние здоровья, стрессовые факторы, прежде всего, тяжелую утрату и одиночество. Наши данные подчеркивают наличие неких тенденций, связанных тем, что такой смертельный способ, как прыжок с высоты приобретает все большее звучание среди населения, включая пожилых беби-бумеров. Это выглядит как распространенная тенденция, которая, на наш взгляд, обусловлена повсеместным ростом высотного строительства, при том, что сам способ характеризуется простотой и высокой летальностью.

Выводы. В пожилом возрасте усилия по предотвращению самоубийств должны основываться на стратегиях оценки и лечения психических расстройств наряду с психологическими вмешательствами, особенно у мужчин. В тоже время, следует обратить внимание на возможности внедрения организационных, информационных и технических мер по предотвращению прыжков с высоты.



УДК 364.277:616-053.7

М.В. РОМАНОВСКАЯ, Ю.А. ФЕСЕНКО

Санкт-Петербургское государственное казенное учреждение здравоохранения Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина, г. Санкт-Петербург

Суицидоопасное поведение детей и подростков: современные методы психотерапии

Сегодня психотерапия признается основным методом коррекции суицидального поведения и внутриличностного конфликта человека, решившегося на самоубийство. Важно, чтобы психотерапия начиналась как можно раньше и проводилась непрерывно и длительно. Выбор методики психотерапии всегда сугубо индивидуален, он учитывает особенности личности конкретного пациента. При этом не следует забывать о роли семьи и близких в поддержке подростка, находящегося на грани выбора между жизнью и смертью. Кроме этого, члены семьи, участвуя в семейной психотерапии, позволяют более успешно разрешать внутрисемейные конфликты, обеспечивать необходимые меры безопасности ребенку, демонстрировать его значимость для семьи.

Когнитивно-поведенческая психотерапия. Сочетание индивидуальной и семейной психотерапии признано максимально эффективным при лечении несовершеннолетних суицидентов. Интегративная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) сочетает как индивидуальную и семейную КПТ, так и компонент обучения родителей. Семейная терапия на основе привязанности направлена на повышение качества связей при межличностном подходе к индивидуальной и семейной терапии. Многоуровневая семейная терапия фокусируется на ряде областей, в которых возникают поведенческие и эмоциональные проблемы, ведущие к суицидальному поведению (Положий Б.С., Панченко Е.А., 2012; Холмогорова А.Б., 2013). Основное в когнитивной (когнитивно-поведенческой) терапии — моделирование поведения. Этот метод удобен для применения в амбулаторных условиях. Лечебный процесс часто называют обучением, что важно для клиентов, которые негативно относятся к тому, что они пациенты. Кроме того, это еще и краткосрочный метод психотерапии. В «когниции» входят убеждения, установки, прогнозирование и оценка будущих событий, что и определяет терминологию метода: специфические нарушения эмоций и поведения зависят от ошибок в познавательном процессе, дефиците мышления. Целями когнитивной терапии являются: проведение функционального поведенческого анализа, изменение представления о себе, коррекция дезадаптивных форм поведения и иррациональных установок, развитие компетентности в социальном функционировании (Бек А.Т., Фриман А., 2002). Когнитивно-поведенческая

психотерапия у подростков с суицидальным поведением нацелена на общую уязвимость, выраженную в когнитивных искажениях, дефиците навыков совладания, дефиците регуляции аффекта и проблемном социальном поведении (Линехан М.М., 2020). Родителей тоже обучают решению проблем, когнитивной реструктуризации и регулированию аффектов, поведению в семье и выработке родительских решений.

Диалектическая поведенческая терапия. Диалектическую поведенческую терапию (DBT) Марша Линехан в 1993 году разработала для лечения взрослых женщин пограничным расстройством личности и с суицидальными наклонностями. При адаптации DBT к использованию ее у подростков учитывались множественные факторы, влияющие на особенности их развития. Оригинальная комплексная модель DBT была модифицирована для удовлетворения множества потребностей молодых людей, в рамках чего особое внимание было уделено биосоциальной теории, которая послужила основой для разработки психокоррекционных моделей DBT. Учитывая потребности подростков, был создан семейный модуль навыков — «хождение по срединному пути» для устранения дефицита навыков совладания у подростков и их семей, для обучения диалектическому мышлению и действиям, верной оценки себя и других, а также принципам обучения, таким, как положительное подкрепление и формирование цели (Брайан К.Дж., Радд М.Д., 2021; Rathus J.H., Miller A., 2015). В диалектической поведенческой терапии основным механизмом изменения является обучение навыкам DBT для улучшения способности человека эффективно регулировать эмоции. Уникальным компонентом DBT для подростков является вовлечение в лечение всей семьи. В DBT лечение происходит в четыре этапа. Каждый из этих этапов лечения имеет свои собственные цели лечения: достижение базовых способностей: безопасность, контроль за поведением; усиление неагрессивных эмоциональных переживаний: уменьшение травматического стресса; решение обычных жизненных проблем, повышение самооценки и самоуважения; обретение свободы и радости от происходящих перемен. Особенности проведения DBT у подростков является использование следующих компонентов (техник): индивидуальной терапии; мультисемейной профессиональной группы; телефонной связи (тренинга); консультационной группы. Семейные и родительские сеансы клинически не показаны.

DBT с подростками, склонными к суициду, представляет собой мультимодальное психосоциальное вмешательство, которое является признанным методом лечения, основанным на фактических данных. Читатели, заинтересованные в том, чтобы узнать, как проводить индивидуальную терапию DBT с подростками и как научить подростков навыкам DBT, могут обратиться к руководству по навыкам подростков Дж. Ратуса и А. Миллера (Rathus J.H., Miller A., 2015). Для педагогов, которые работают в школе, рекомендуется ознакомиться с DBT Skills в школах Дж. Мазза с соавт.: «Тренинг по навыкам решения эмоциональных проблем для подростков (Мазза Дж. Дж. и др., 2016).

Из всех многочисленных методов психотерапии, применяемых в зарубежных странах и в России, представляется целесообразным отдельно остановиться на терапии, основанной на ментализации (MBT), используемой до недавнего времени только за рубежом.

Терапия, основанная на ментализации (MBT), возникла как программа дневного стационарного лечения пограничного расстройства личности у взрослых (Bateman A, Fonagy P., 2001). Впоследствии этот подход был разработан в качестве амбулаторного лечения целого ряда различных расстройств, включая антисоциальное расстройство личности, депрессию, расстройства пищевого поведения. MBT также был адаптирован в качестве подхода к лечению подростков.

MBT-A — это годичная программа, включающая еженедельные индивидуальные сеансы MBT-A и ежемесячные семейные сеансы MBT (MBT-F). Метод представляет собой психодинамический психотерапевтический подход, который фокусируется на импульсивности и регуляции аффектов. MBT-A был разработан для лечения подростков, как с симптомами депрессии, так и без них, которые причиняют себе вред, т.е. для лечения суицидальности, поскольку связь между подростковым самоповреждением, депрессией и суицидальностью сегодня не вызывает никаких сомнений. MBT-A разработан, чтобы помочь пациентам улучшить свою способность более точно представлять свои собственные чувства и чувства других, особенно в контексте эмоциональных проблем и межличностных конфликтов.

Теория ментализации была сформирована в контексте ранних отношений привязанности. Способность к ментализации является конституциональным качеством человека, но оно сильно подвержено раннему влиянию окружающей среды. В подростковом возрасте возникают проблемы с возможностью поддерживать сбалансированное мышление; в этом периоде головной мозг все еще претерпевает значительные нейробиологические изменения, и это влияет на способность к социальному познанию. Молодые люди с недостаточной способностью к ментализации, становятся особенно уязвимыми, сталкиваясь со значительными проблемами развития на этом жизненном этапе, что неблагоприятно сказывается на процессе когнитивной ментализации, особенно в сфере регуляции аффекта и преодоления стресса (Blakemore S.J., Mills K.L., 2014). В MBT чужеродное «я» является ключевым понятием,

используемым для понимания суицидальности и импульса (влечения) к членовредительству. Когда способность к ментализации рушится, подростки также уязвимы и для чрезмерного вторжения чуждого «я», что, в соответствии с развивающей моделью ментализации, может оставить ребенка с ослабленным представлением о его собственном внутреннем состоянии, а это несовместимо с последовательной самопрезентацией. Чужеродное «я» также может снизить способность индивидуума понимать внутреннее состояние, связанное с эмоциональным возбуждением. В результате может быть активирован порочный круг, в котором подавляющее присутствие чужеродного «я» приводит к дальнейшему нарушению ментальных процессов в моменты бедствия. В модели MBT взгляд на суицидальность и членовредительство заключается в том, чтобы рассматривать их как попытку сохранить самоструктуру перед лицом внезапной дестабилизации и неуправляемого воздействия чуждого «я». MBT-A включает семейную терапию в качестве ключевого метода. Семейная работа в рамках MBT-A основана на MBT-F, которая объединяет системную практику с теорией привязанности и ментализации (Asen E., Fonagy P., 2017). Целью MBT-F является развитие ментализирующих навыков в семейных отношениях и уменьшение появления импульсивных действий, принуждения, аффективных бурь и патологических взаимодействий. MBT-A признан эффективным средством лечения пограничной патологии личности в подростковом возрасте, а также в снижении у них количества самоповреждений и уровня суицидальности. MBT-A основывается на нейробиологических исследованиях, выявивших, что существуют особые уязвимости в развитии, которые влияют на способность к сбалансированной ментализации у подростков, а также на том, что молодые люди, которые причиняют себе вред, могут получить помощь при развитии их ментализирующих способностей.

Патогенетическая рациональная психотерапия.

В отличие от психодинамического и поведенческого подхода, применяемых в MBT и DBT (соответственно) терапиях, рациональная психотерапия используется для разрушения неверных представлений и убеждений человека, влияющих на отношение к жизни, логическим путем. Ее применение может быть эффективным только при работе с теми индивидами, которые обладают достаточным уровнем ментализации, и, если говорить о детях и подростках, то метод рациональной психотерапии применим не к каждому из этой возрастной группы. Психотерапевт вместе с пациентом исправляет ошибки в суждениях, и объясняются причины неверного поведения суицидента. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Впервые наиболее подробно и системно рациональная психотерапия была изложена швейцарским

невропатологом П. Дюбуа в 1912 году. Рациональная психотерапия имеет два варианта: разъяснительная и собственно рациональная (в дальнейшем упоминается как «рациональная»). Разница между ними заключается в следующем. При разъяснительной психотерапии врач выступает в роли учителя, информируя больного о характере его заболевания, механизмах действия лекарств и выздоровления. При такой форме трудно избежать косвенного внушения. Поскольку патогенетическая психотерапия и была разработана в соответствии с концепцией невротозов В.Н. Мясищева, то основной задачей этой системы является выяснение жизненных отношений, сыгравших патогенную роль, лишивших данную личность способности адекватно переработать сложившуюся ситуацию и, как наиболее неблагоприятный исход этого – депрессивные состояния и суицидальное поведение. В процессе психотерапевтических бесед рациональный психотерапевт уточняет особенности жизненного опыта суицидента в различные возрастные периоды, отношения его к себе и окружающим, его тягостные и радостные переживаний, интересы, системы оценок, мотивацию своего поведения, понимание жизни и мира в целом и своего места в нем, его мечтания и ожидания, симпатии и антипатии – всё то, что образует внутренний мир человека, – и сопоставляет эти данные с реальными условиями его жизни в настоящем и прошлом. Основная задача заключается в том, чтобы в процессе психотерапии сам пациент уловил взаимосвязи между историей его жизни, сформированными ею отношениями, вытекающими из них неадекватными реакциями на сложившуюся ситуацию – все те взаимосвязи, которые он до того не осознавал. Решающим моментом служит перестройка нарушенных отношений больного, завершающая процесс рациональной психотерапии. При этом речь идет не просто об изменении отношения не только к данному травмирующему обстоятельству, но и к системе отношений пациента в целом.

Арт-терапия. Психотерапия творчеством также часто используется для символического преобразования конфликтной травмирующей ситуации, для поис-

ка удачного выхода из нее. К основным направлениям терапии искусством относят арттерапию и артпедагогику, библиотерапию, музыкотерапию, танцевальную терапию, драматерапию, этнотерапию, терапию творческим самовыражением (по М.Е. Бурно) и др. Для лечения и психокоррекции используют художественные приемы и творчество, такие как рисование, лепка, музыка, фотография, кинофильмы, книги, актерское мастерство, создание историй и многое другое. Арттерапевты работают с детьми, подростками и взрослыми. К основным приемам арт-терапии можно отнести создание творческих произведений, творческое общение, коллекционирование с целью познания собственной личности, общение с предметами детства, ведение дневника, переписка с врачом, «творческие путешествия» и творческий поиск. Основной механизм психокоррекции в арт-терапии – сублимация (опредмечивание аффектов в продуктах творческой деятельности, причем в социально приемлемом виде). Выделяют и проективное рисование (проективную арт-терапию), которое заключается в том, что пациенту предлагается определенный сюжет для рисования (наиболее продуктивными являются сюжеты с анамнестическими моментами), после чего рисунки обсуждаются и интерпретируются. Арт-терапия может быть и самостоятельным методом психотерапевтического воздействия, и использоваться в виде элементов, включенных в семейную, игровую, групповую психотерапию (Гарбузов В.И., Фесенко Ю.А., 2013).

На основании проведенного анализа существующих методов лечения, можно сделать вывод, что эффективные стратегии лечения, снижающие суицидальное и самоповреждающее поведение у детей и подростков, включают следующее: подробное планирование безопасности; вмешательство родителей и семьи; уменьшение суицидального и самоповреждающего поведения в качестве основной цели лечения (а не лечения сопутствующих диагнозов, например, депрессии); интенсивность лечения путем сочетания нескольких методов терапии; стратегии строгого соблюдения режима лечения.

УДК 616.853

Н.Г. ТОКАРЕВА

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва, г. Саранск

Эпилепсия в эпоху перемен: психосоциальный аспект

Психосоциальный компонент в клинической медицине становится специфической частью лечебно-диагностического процесса. Эпилепсия является областью обширных междисциплинарных исследований, что обуславливает значимость клинико-психологических, социологических исследований при этом заболевании. Влияние эпилепсии отражается на получении образования и трудоустройстве больных, при решении вопросов брака и семейной жизни, также значительно влияет на уровень социальной активности, профессиональную карьеру и т.д. С медицинской точки зрения в настоящее время эпилепсия неплохо поддается коррекции противоэпилептическими препаратами, но в социальном отношении такие больные все ещё остаются стигматизированными. Общество не в состоянии принять, что эпилепсия поддается излечению, и больной может быть полностью восстановлен в правах. Поэтому важным аспектом является улучшение качества жизни больных эпилепсией. Пациенты с эпилепсией чаще нуждаются в медицинской и социальной поддержке, включающей необходимость госпитализации, помощь психологов, социальных работников.

Современная концепция оказания психиатрической помощи больным эпилепсией как на амбулаторном, так и на стационарном этапах не ограничивается только биологическим и медицинским направлением и возникает необходимость принимать во внимание все аспекты — биологический, психологический, социальный, духовный.

В настоящее время основным принципом при оказании психиатрической помощи является ее комплексность, что подразумевает организацию полипрофессиональных бригад, где лечебно-реабилитационные задачи решаются совместными усилиями бригады специалистов, включающих врача-психиатра, врача-психотерапевта, клинического психолога, социального работника, среднего и младшего медицинского персонала.

Целью данной работы было изучение психосоциальных взаимодействий при эпилепсии.

Материал и методы. В исследование было включено 317 больных (мужчин — 120 чел., женщин — 197 чел.) в возрасте от 18 до 65 лет, с фокальными формами эпилепсии, с длительностью заболевания до 30 лет. Верификация диагноза у обследованных больных осуществлялась на основе результатов кли-

нико-неврологического, психопатологического, патопсихологического, электроэнцефалографического обследования и данных компьютерной томографии головного мозга. В выборке исследования трудоспособные пациенты составили 57%; нетрудоспособных пациентов — 43%; III группа инвалидности — отмечалась у 56% больных; II группа инвалидности — у 44% больных; средне специальное и среднее образование — 60 и 25% больных, не окончили обучение в связи с болезнью 15% больных.

В исследовании использован клинико-социологический опросник «Оценка социального самочувствия людей с эпилепсией», разработанный на базе ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», на кафедре психиатрии, наркологии и неврологии совместно с кафедрой социологии (авторы: Токарева Н.Г., Полутин С.В., Шумкова Н.В.). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы Statistica 10.0.

Результаты. Проведенный анализ изучения психосоциальных характеристик больных эпилепсией выявил некоторые диагностически важные показатели. Общее самочувствие как нормальное оценили 60% больных эпилепсией, 36% больных эпилепсией оценили общее самочувствие как плохое; ведущими ценностными ориентациями у больных эпилепсией являются материальный достаток — 23% больных, семья — 22% больных, здоровье — 14% больных. К сложностям, связанным с особенностями заболевания относятся: сложности, связанные с обучением выявлены у 76% больных, трудности в рабочей сфере отмечаются у 63% больных. Ведут дневник приступов только 35% больных эпилепсией, носят карточку с информацией о заболевании только 20% больных эпилепсией. Учитывают особенности своего заболевания при поиске работы — 34% больных эпилепсией, при планировании отдыха — 33% больных эпилепсией, при планировании режима дня — 20% больных эпилепсией.

Выводы

1. Проведенное исследование показывает значимость комплексного клинико-психологического, социологического изучения при эпилепсии, включающего необходимость оценивать совокупность психосоциальных показателей и их разнонаправленные результаты, что позволяет с большей точностью выстраивать терапевтический процесс.

2. В частном случае реализации данного метода возможно формирование социологического «портрета» участника данного опроса.

3. Особую значимость представляет изучение клинико-психологических, социальных характеристик болезни на ранних этапах исследования больных эпилепсией, когда только формируются основные формы их приспособительного поведения, большее значение следует уделять личностным и ситуационным факторам, представляющим потенциальную угрозу для нарушений психической адаптации больных.

лепсией, когда только формируются основные формы их приспособительного поведения, большее значение следует уделять личностным и ситуационным факторам, представляющим потенциальную угрозу для нарушений психической адаптации больных.

УДК 614.2

Е.Ю. ТЯВОКИНА, И.М. БАРСУКОВА, Х. БЕЖАУИ, С.В. ТЮХАЙ-ЛИПСКИЙ, Н.П. СЕДЫХ

Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И. И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург
Северо-Западный институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, г. Санкт-Петербург

Отдельные вопросы законодательной регламентации и правового регулирования недобровольных мер медицинского характера

Непосредственное участие в реализации режима недобровольной госпитализации пациента с тяжелыми расстройствами психики и поведения в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, является исключительной компетенцией врача-психиатра. Анализ динамики применения режима недобровольной госпитализации в период 2011-2021 гг. сообщает следующее: в 2021 г. количество таких случаев составляло 26,1 на 100 тыс. населения, что было значительно (на 45,5%) меньше, чем в 2011 г. (47,8 на 100 тыс. населения), кроме того, за период анализа на 45,9% снизилось число лиц, помещенных в психиатрический стационар в недобровольном порядке на основании постановления судьи (Макушкина О.А., Яздовская А.В., 2022). Вместе с тем, десятилетия практического применения подтверждают востребованность и действенность определенных нормами Закона РФ от 02.07.1992 N 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» соответствующего организационно-правового регламента. В новейшей истории отечественной психиатрии применение недобровольных медицинских мер сопровождается дискуссиями научного сообщества, практикующих врачей, сотрудников правоохранительных органов, общественных и политических деятелей. В центре внимания таких дискуссий оказываются вопросы правовой регламентации и необходимости совершенствования организационных механизмов недобровольной госпитализации (Аргунова Ю.Н., 2011, 2013, 2021; Бурашникова Н.А., 2019; Дмитриева Т.Б., 2001; Клименко Т.В., Козлов А.А., 2013; Менделевич В.Д., 2007; 2013; Ни-

кулинская Н.Ф., 2006, 2007; Полубинская С.В., 2018; Ржевская Н.К., 2018, 2020; Тафинцев П.Б., 2019; Тихомирова Ю.В., 2004, 2017; Трусов А.И., 2022; Шишков С.Н., 2014, 2022; Эртель Л.А., Стрижев В.А., Сташ Т.М., 2019; Яковлева М.В., 2021 и другие).

Вышеприведенные обстоятельства сообщают актуальность цели настоящей работы — анализу положений действующего законодательства, посвященных срокам подачи административного искового заявления и рассмотрения административного дела по административному исковому заявлению о госпитализации гражданина в недобровольном порядке и продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке. Применены общенаучные методы теоретического уровня, методы сравнительно-правового и системно-структурного анализа.

Результаты. Уважение чести и достоинства человека, осознание ценности свободы и личной неприкосновенности, обязанности государства по их защите и основы механизмов их реализации устанавливаются конституционными положениями, закрепляющими основы правового статуса личности в Российской Федерации. Статьи 1 (часть 1), 2, 3, 9, 15 (часть 4), 17 (части 1 и 2), 19 (части 1 и 2), 21 (часть 1), 22 (часть 1), 55 (части 2 и 3) и 64 Конституции Российской Федерации определяют невозможность произвольного вмешательства в сферу личной жизни и автономии.

Согласно статье 17 Конституции Российской Федерации, осуществление прав и свобод человека и гражданина не должно нарушать права и свободы других лиц (часть 3).

Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства (статья 55 часть 3 Конституции).

Ограничение свободы и личной неприкосновенности допускается на основе принципов правовой определенности и справедливости, соразмерности (пропорциональности) и необходимости.

На основании ст. 29 Закона РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (далее — Закон о психиатрической помощи) лицо, страдающее психическим расстройством, может быть госпитализировано в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, без его согласия либо без согласия одного из родителей или иного законного представителя до постановления судьи, если его психиатрическое обследование или лечение возможны только в стационарных условиях, а психическое расстройство является тяжелым и обуславливает: а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи. Статьей 32 Закона о психиатрической помощи определен обязательный порядок психиатрического освидетельствования госпитализированного лица комиссией врачей-психиатров медицинской организации, в которой реализуется госпитализация. Установлены временные рамки выполнения психиатрического освидетельствования (в течение 48 часов). В случае обоснованности госпитализации заключение комиссии врачей-психиатров в течение 24 часов направляется в суд по месту нахождения медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, для решения вопроса о дальнейшем пребывании лица в ней (часть 2 статьи 32 Закона о психиатрической помощи).

Мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в медицинской организации прилагается к административному исковому заявлению. Дела о госпитализации в недобровольном порядке рассматриваются в административном судопроизводстве. Таким образом достигается баланс публичных и частных интересов, обязанностей, интересов и административных возможностей государственных органов, необходимости компенсации ограниченных возможностей состоятельности ментально нездорового лица и созданию дополнительных гарантий обеспечения его прав процессе рассмотрения дела. Данная категория дел подлежит рассмотрению в порядке главы 30 Кодекса административного судопроизводства РФ (далее — КАС РФ).

Заявление о госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях, в недобровольном порядке подается в суд представителем медицинской организации, в которой находится лицо, либо прокурором (часть 2 статьи 33 Закона о психиатрической помощи). Следует заметить, что формулировка части 2 статьи 33, соотносится с содержанием статьи 247 КАС РФ, регламентирующей вопросы применения правил производства по административным делам о продлении срока госпитализации гражданина в недобровольном порядке и о психиатрическом освидетельствовании гражданина.

Принятие заявления сопровождается выдачей судьей санкции на пребывание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде (часть 3 статьи 33 Закона о психиатрической помощи, часть 1 и 2 статьи 276 КАС РФ). По основаниям части 1 статьи 34 Закона о психиатрической помощи и части 1 статьи 277 КАС РФ, рассмотрение заявления осуществляется судьей в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в указанной медицинской организации.

Вместе с тем, по основаниям части 3 статьи 280 КАС РФ и согласно части 5 статьи 25 Закона о психиатрической помощи административное дело по административному исковому заявлению о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке рассматривается судом в течение трех дней со дня принятия административного искового заявления, судья решает вопрос о даче санкции в трехдневный срок с момента получения всех материалов.

Выводы

Статья 19 Конституции российской Федерации провозглашает равенство всех перед законом и судом и гарантирует равенство прав и свобод человека не зависимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств. Согласно статье 22 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на свободу и личную неприкосновенность (часть 1); арест, заключение под стражу и содержание под стражей допускаются только по судебному решению; до судебного решения лицо не может быть подвергнуто задержанию на срок более 48 часов (часть 2).

Срок выдачи судьей санкции на пребывание лица в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде, может исчисляться 72 часами. В этот период времени свобода, личная неприкосновенность и передвижение такого лица ограничены условиями недобровольной стационарной госпитализации. Сроки рассмотрения административного искового заявления в суде в этом случае ограничены пятью днями, что контрастирует с временем,

установленным для рассмотрения заявления о психиатрическом освидетельствовании гражданина в недобровольном порядке (три дня с момента получения всех материалов).

Психиатрическое освидетельствование лица без его согласия или без согласия его законного представителя зачастую реализуется в амбулаторных условиях. Возможные юридические последствия, ограничение личных прав и свобод, степень произвольного вмешательства в сферу индивидуальной автономии человека в случае психиатрического освидетельствования лица

без его согласия значительно меньше таковых при недобровольной госпитализации в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

В антидискриминационных целях, для приведения в соответствие с основными конституционными положениями необходимо изменение временных сроков реализации правового регламента недобровольной госпитализации лица в медицинскую организацию, оказывающую психиатрическую помощь в стационарных условиях.

УДК 159.922

М.В. УСЮКИНА, М.В. ЛАВРУЩИК

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

Обоснование невменяемости и ограниченной вменяемости: структура синдрома и механизмы поведения при органических психических расстройствах

Актуальность. Конечным этапом экспертного исследования является сопоставление клинической картины в целом и психопатологических расстройств в юридически значимой ситуации с медицинским и юридическим критерием невменяемости-ограниченной вменяемости, а также анализ взаимодействия психического состояния и конкретной криминальной ситуации, в которой разворачивается то или иное аномальное поведение. Исходя из этого, квалификация особенностей психики у лиц с органическими психическими расстройствами является необходимым этапом при решении экспертных вопросов. Последнее время отмечается возрастание интереса к дименсиональному подходу в диагностике психических расстройств с отходом от категориального метода оценки, который преобладал длительное время и был основан на нозологическом принципе классификации. Дименсиональный подход позволяет уточнить и объективизировать, по результатам клинической картины, экспертную оценку различных психопатологических состояний с выделением ряда дименсий: позитивные, негативные, депрессивные, когнитивные.

Цель исследования — точнение критериев диагностики психических расстройств при органических психических расстройствах для оценки способности больных к осознанно-волевой регуляции своего поведения.

Материал и методы. Обследованы больные с органическими психическими расстройствами, в том числе и эпилепсией, в возрасте 18-50 лет с длительностью заболевания от 6 до 20 лет, находящиеся на обследовании в ФГБУ «НМИЦПН им. В.П. Сербского». При проведении исследования использовались клиничко-психопатологический, статистический методы.

Результаты. Были выделены основные психопатологические синдромы (церебрастенический, аффективный (депрессия или мания), психопатоподобный, дисфорический, синдром легкого когнитивного снижения, слабоумие, галлюцинаторные, бредовые, помрачения сознания с квалификацией ведущего синдрома. Когнитивные нарушения характеризовались наличием различной степени выраженности когнитивных расстройств с поражением 6 нейрокогнитивных функций (внимание, речь, память, зрительно-пространственные функции, исполнительные функции, социальное познание). На основании клиничко-психопатологического исследования выделено три группы: с легкими, умеренными и выраженными когнитивными нарушениями. Клинически при лёгкой степени выявлялись нарушения внимания при относительно сохранной памяти, обстоятельность и замедленность мышления, а также астеническая симптоматика и эмоциональная лабильность. При умеренной степени преобладали нарушения памяти, речи, проявления брадикинезии и

и олигофазии, на первый план выступала торпидность мышления больных с фиксацией на субъективно значимых деталях с трудностями разграничения главного и второстепенного, снижением переключаемости и способности к обобщению и абстрагированию, нарастанием нарушений динамического компонента мышления в виде инертности и тугоподвижности мыслительных процессов. Под выраженной степенью подразумевались стойкие нарушения всех когнитивных функций, инертность всех психических процессов, явления олиго-брадифазии, обстоятельность, малопродуктивность и вязкость мышления, грубое нарушение критических способностей с проявлениями назойливости, несостоятельностью в оценке окружающих событий. Депрессивные симптомы включали депрессивный аффект с идеями самообвинения и самоуничтожения, суицидальными мыслями, преобладанием тревожного компонента, пароксизмальных и непароксизмальных дисфорических состояний. Позитивные расстройства обнаруживались в виде галлюцинаторно-бредовых состояний, синдромов нарушения сознания. Содержанием бреда чаще были идеи воздействия и преследования, он носил обыденный, конкретный характер и был связан с реальным окружением больного, структура его была фрагментарной, без склонности к развитию и систематизации, насыщенной деталями. Негативные расстройства были представлены характерными для любых психических расстройств нарушениями в виде притупленного или уплощенного аффекта, алалии или обеднением речи, снижением психической и речевой активности (анергия), а также бедностью побуждений.

Содержанием медицинского критерия невменяемости являлись внезапно возникающие психотические состояния, сопровождающиеся расстройством сознания в период общественно опасного деяния («временное психическое расстройство»); бредовые шизофреноподобные расстройства и органические изменения личности («хронические психические расстройства»), а также деменция («слабоумие»). В качестве медицинского критерия «ограниченной» вменяемости выступало органическое расстройство личности, представленное сочетанием когнитивных нарушений с характерными изменениями личности (дефензивный и эксплозивный варианты). При диагностике острого психоза на момент общественно-опасного деяния интеллектуальный и волевой компоненты нарушаются в связи с дезинтеграцией всех мыслительных процессов и возникающей, в связи с этим дезрегуляцией деятельности. При наличии бредового (шизофреноподобного) расстройства нарушение интеллектуального компонента обусловлено паралогичностью, нецеленаправленностью мышления, волевого компонента —

психотической дезорганизацией деятельности. При органическом расстройстве личности нарушение способности к осознанию своих действий (интеллектуальный компонент) связано с торпидностью, замедленностью мыслительных процессов, нарушением способности к определению существенного, абстрагированию с невозможностью своевременной адекватной оценки происходящего; невозможность руководить своими действиями обусловлено повреждением сдерживающих интеллектуальных механизмов регуляции поведения. Диагноз органического расстройства личности часто обуславливает «ограниченную» вменяемость таких больных ввиду нарушения преимущественно волевого компонента с ведущими в клинической картине личностными изменениями эксплозивного типа и обоих компонентов с преобладанием интеллектуального — у больных с когнитивными нарушениями и дефензивными изменениями личности. В данных случаях при обосновании «ограниченной вменяемости» необходимо в первую очередь думать об аффектогенных механизмах и о ситуационных обстоятельствах, являющихся пусковым моментом к совершению противоправного деяния. Оценивается соответствие сложности ситуации потенциальным ресурсам личности. В ряде случаев ситуация возникает внезапно, неожиданно для субъекта, развивается быстро, требует принятия незамедлительного решения, у части больных ситуация развивается постепенно, не требуя незамедлительного принятия решения.

Выводы. Была проведена оценка способности больных с органическими психическими расстройствами к осознанно-волевой регуляции своего поведения. Выделены психопатологические механизмы ООД с квалификацией ведущего на момент конкретного криминального действия синдрома и определением характера связи между ведущим синдромом и конкретным противоправным поведением. Рассмотрена структура интеллектуального и волевого компонента юридического критерия при диагностике острого психоза, бредового (шизофреноподобного) расстройства на момент общественно-опасного деяния, а также при органическом расстройстве личности. Представлены аффектогенные механизмы противоправного поведения. Оценивалось соответствие сложности ситуации потенциальным ресурсам личности при ограниченной вменяемости с реализацией непосредственно возникающих побуждений, снижении волевого контроля и соответственно нарушении целедостижения при эксплозивном типе реагирования и отсроченном реагировании со сложностью принятия решений, прогноза и оценки — при дефензивном.

УДК 613.816

Р.Р. ШАРИПОВА

Республиканский клинический наркологический диспансер МЗ РТ, г. Казань

Особенности лечения женщин с расстройствами поведения, больных алкоголизмом, проживающих с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем

Актуальность. Для коррекции психопатологических расстройств у наркологических больных используют различные психотропные средства и методы психотерапии. Однако возникают сложности, когда индивидуально-психологическая проблема становится парно-групповой. Поэтому крайне актуальный вопрос супружеских форм злоупотребления алкоголем, их лечение и реабилитация. В структуре патопсихологии отмечается своеобразие поведения, с чем связано учащение госпитализаций и регоспитализации данных когорты людей. Расстройства поведения при алкогольной зависимости ухудшают прогноз и эффективность терапии, ухудшают комплаентность, снижают уровень социальной адаптации и качества жизни, обуславливают серьезные экономические проблемы в семье из-за нарастания нетрудоспособности и способствуют неблагоприятным последствиям медицинского и социального характера. Негативное воздействие супруга-алкоголика является условием реализации алкогольных предпосылок у женщин, а именно проявляется в выраженных нарушениях поведения, таких как агрессивность; оппозиционность поступков; нарушения общественных норм и законов; совершение поступков, наносящих вред окружающим; прогулы на работе, неспособность справиться с воспитанием детей; ведение асоциального быта. В парно-супружеских формах употребления формируются специфические системные отношения с взаимоотношением расстройств поведения у каждого из супругов, что трудно поддается лечению.

Цель — выявить особенности лечения женщин с расстройствами поведения, больных алкоголизмом, проживающих с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем.

Материал и методы. Исследование проводилось среди 105 пациенток, находящихся на стационарном лечении в РКНД МЗ РТ, имеющих расстройства поведения и диагноз хронического алкоголизма с фактом проживания с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем.

Результаты. У исследуемых женщин применялись психофармакотерапия (ПФТ), психотерапия и совместное применение ПФТ и психотерапии. Средний возраст пациентов, включенных в исследование $39,7 \pm 2,5$. От 20 до 30 лет — 10 чел. (9,5%), от 31 года до 40 лет — 41 чел. (39%), от 41 года до 50 лет — 23 чел. (22%),

51-60 лет — 17 чел. (16,2%), старше 61 года — 9 чел. (8,6%). Средний возраст — $39,7 \pm 2,7$. Уровень образования: неполное среднее — 9 чел. (9%), среднее специальное — 51 чел. (49%), неоконченное высшее — 28 чел. (27%), высшее — 12 чел. (11,4%). Трудовая деятельность: работа по специальности у 5 чел. (4,7%), со снижением квалификации у 57 чел. (54%), безработные 38 чел. (36%). Жилищно-бытовые условия: 63 чел. (60%) проживали в квартире (чаще с большим количеством людей, на маленькой территории), 20 чел. (19%) — в частном доме (чаще без удобств: без водоотведения, горячей воды, с частыми отключениями электричества за неплату), 15 человек (14,3%) в общежитии, 2 чел. (2,1%) в коммунальной квартире (чаще со всей семьей на крайне малой территории, чаще с аналогичным контингентом соседей). Распределение по группам согласно выбранному методу лечения, распределение больных по группам — однородное.

Первая группа — ПФТ — 37,1% (39 чел.), психотерапия — 41,0% (43 чел.), психофармакотерапия и психотерапия совместно — 21,9% (23 чел.).

Среди пациентов первой группы отмечались высокие показатели стабилизации состояния в начале лечения. Аффективных и поведенческие симптомы были купированы до третьей недели стационарного лечения (у 63 чел — 60%). При этом реабилитационный показатель оставался низким. В данной группе не было инициативности продолжения лечения в отделе реабилитации. Треть пациенток в течение года регоспитализировались (25,6% — 13 чел.).

Вторая группа пациентов характеризовалась постоянными конфликтами среди больных, аффективными нарушениями, манипулятивным поведением по отношению к медицинскому персоналу в течение стационарного лечения. Однако их состояние купировались на групповых и индивидуальных формах психотерапии. Данная группа была мотивирована на продолжение лечения в условиях реабилитационного отделения (93% — 40 чел. из группы дали информированное добровольное согласие на продолжение лечения в условиях реабилитационного отделения), однако при прохождении реабилитационного курса, 22,5% — 9 пациенток отказались от пребывания в отделении.

В третьей группе пациенты проходили ПФТ и психотерапию. На фоне проводимой ПФТ групповые занятия проходили с соблюдением правил проведения групповой психотерапии, без конфликтов, без «срывов групп».

21 человек из третьей группы были направлены в реабилитационное отделение, из которых 16 человек (69,5%) продолжают еженедельно посещать группы АА.

Выводы. Первая группа при быстром стабилизации состояния имела прогностически низкий реабилита-

ционный потенциал. Вторая группа, нацеленная на реабилитацию в последующем возвращались к употреблению алкоголя, не удерживались в рамках отделения. У пациентов третьей группы отмечается высокий реабилитационный потенциал и благоприятный прогноз.

УДК 616.895.8

И.И. ШОШИНА, А.В. КОСИКОВА, А.С. ФЕДОРОВА, А.А. МОРИТЦ, И.С. ЛЯПУНОВ, С.И. ЛЯПУНОВ, О.В. ЛИМАНКИН

Санкт-Петербургский государственный университет, Институт когнитивных исследований, г. Санкт-Петербург
Институт общей физики им. А.М. Прохорова, РАН, г. Москва
Городская психиатрическая больница № 1 имени П.П. Кашенко, г. Санкт-Петербург

Особенности зрительного восприятия при расстройствах шизофренического спектра: контрастная чувствительность и окулярный микротремор

Введение. Расстройства шизофренического спектра включают шизофрению, шизоаффективное и шизотипическое расстройства, дифференциальная диагностика которых требует тонкого подхода. Нейробиологические данные имеют решающее значение для объективизации диагностики, мониторинга состояния, оценки эффективности методов лечения психических расстройств. Поиск биомаркеров психических расстройств за пределами генов, крови и мозга может позволить получить недорогие, неинвазивные и объективные маркеры диагностики и мониторинга состояния, ответа на лечение и прогноза рецидива. Активный интерес к нарушениям зрения при различных психических расстройствах связан с тем, что они являются потенциальным маркером объективизации психического состояния. Нарушения зрительного восприятия встречаются более чем у 60% больных шизофренией и представляют собой зрительные галлюцинации, искажение восприятия цветов, форм и интенсивности света, снижение интеграции контуров, нарушение следящих движений глаз. Достаточно много данных накоплено относительно особенностей контрастной чувствительности зрительной системы при различных расстройствах и, при шизофрении в том числе (Zemon et al., 2020; Jurišič et al., 2020; Шошина и др., 2021; Silverstein et al., 2017; 2021). Однако практически нет данных о наличии или отсутствии особенностей контрастной чувствительности при шизотипическом и шизоаффективном расстройствах. Harper et al. (Harper et al., 2020) недавно продемонстрировали нарушение контраст-

ной чувствительности у пациентов с шизотипическим расстройством в диапазоне низких пространственных частот. Контрастная чувствительность является фундаментальной характеристикой зрительного восприятия, отражающей процессы как низкоуровневой, так и высокоуровневой обработки зрительной информации (Shoshina et al., 2021). Согласно теории треморного модуляционного сигнала (Ляпунов, 2018) контрастная чувствительность зрительной системы взаимосвязана с характеристиками окулярного микротремора. Окулярный микротремор (ОМТ) относится к категории произвольных движений глаз, имеет среднюю частоту около 87 Гц и амплитуду — 20-40 угл/с, управляется ядрами ретикулярной формации ствола головного мозга (Кубарко и др., 2009). Треморный сигнал может существовать бесконечно долго на границе перепада яркости, что определяет его роль в обеспечении мозга информацией в момент фиксации на объекте и наступление ощущения темноты. Активный интерес к природе и функциям ОМТ наблюдался еще в 60-е годы XX века и нашел применение в медицине, как метод оценки глубины анестезии и прогнозирования выхода из комы (Graham et al., 2023). По данным литературы сниженная частота ОМТ, по сравнению со здоровым контролем, наблюдается у пациентов с рассеянным склерозом и болезнью Паркинсона (Graham et al., 2023). Данные о параметрах ОМТ при психопатологии в литературе отсутствуют, тогда как нарушение афферентного контроля при шизофрении связывают с изменением состояния ретикулярной активирующей системы.

Цель исследования — изучение особенностей контрастной чувствительности и окулярного микротремора при расстройствах шизофренического спектра.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 человек условно здорового контроля ($28,8 \pm 9.7$ лет), 20 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (27.7 ± 5.0 лет), 13 больных шизоаффективным расстройством (25.5 ± 6.3 лет) и 18 пациентов с диагнозом шизотипическое расстройство личности (24.0 ± 9.8 года). Контрастную чувствительность определяли методом визоконтрастометрии (Шелепин и др., 1985) при предъявлении элементов Габора с пространственной частотой от 0.2 до 10.0 цикл/град. ОМТ фиксировали методом высокоскоростной видеорегистрации с помощью оригинальной оптической установки (Shoshina et al., 2023). Статистический анализ данных осуществляли с использованием многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) и U-критерия Манна — Уитни пакета IBM SPSS Statistics 26.

Результаты. Установлено снижение контрастной чувствительности в диапазоне средних и высоких пространственных частот при расстройствах шизофренического спектра, по сравнению с условно здоровым контролем. Значимые различия между группами расстройств по контрастной чувствительности не установлены.

Статистический анализ данных свидетельствует о значимом снижении средних значений частоты

и повышении амплитуды ОМТ при шизофрении по сравнению с группой здорового контроля. Значимо выше была средняя амплитуда ОМТ и при шизотипическом, и при шизоаффективном расстройстве, чем в контроле. Детальный анализ спектра ОМТ позволяет получить более полные данные, скрывающиеся за средними значениями. Анализ спектра ОМТ свидетельствует о значимом снижении при шизофрении частоты ОМТ в диапазоне 70-110 Гц и повышении амплитуды ОМТ во всем спектре частот. Повышение амплитуды микротремора глаз относительно группы условно здорового контроля наблюдалось и при шизоаффективном расстройстве - почти во всем диапазоне спектра частоты ОМТ, начиная от 40 Гц; у больных шизотипическим расстройством — в диапазоне до 50 Гц и от 100 Гц и выше.

Заключение. Наблюдаемые характеристики рассматриваются как свидетельства изменения активности ретикулярной формации ствола головного мозга при расстройствах шизофренического спектра, как потенциальные маркеры мониторинга функционального состояния центральной нервной системы и сенсорно-когнитивных функций при расстройствах шизофренического спектра.

Источник финансирования: выполнено при поддержке РФФИ (проект № 24-25-00494).

УДК 616.85-056.4

Т.В. ШУШПАНОВА, И.Е. КУПРИЯНОВА, Т.П. НОВОЖЕЕВА, Е.Д. СЧАСТНЫЙ, В.Б. НИКИТИНА, Т.В. КАЗЕННЫХ, И.Н. СМИРНОВА, А.А. ЗАЙЦЕВ, О.А. ВАСИЛЬЕВА, В.В. УДУТ

НИИ психического здоровья «Томский НИМЦ РАН», г. Томск
Томский НИИКиФ ФГБУ ФНКЦ МРИК ФМБА России

Оценка фармакометаболизующей функции печени у пациентов с нервно-психическими расстройствами

Актуальность. Целью фармакокинетических (ФК) исследований лекарственных средств (ЛС) является повышение эффективности их использования в клинической практике. Действие психотропных средств может в значительной степени зависеть от скорости их выведения из организма. Механизмы лекарственных взаимодействий психотропных средств связаны с процессами биотрансформации препаратов ферментами микросомального окисления цитохромов P-450 в печени (Грибакина О.Г. и др., 2016; Шушпанова Т.В. и др., 2023). Различные ЛС могут повышать или снижать активность микросомальных ферментов монооксидантной цитохром P450-зависимой системы, что может

приводить к изменению эффективного уровня ЛС в организме пациента за счет ингибирования или стимуляции индукции ключевых печеночных ферментов.

Материалы и методы. Исследование проведено в отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН и включало 32 пациента мужского пола, средний возраст составил $42,73 \pm 4,39$ лет. Пациенты были распределены на три группы в зависимости от нозологических форм заболеваний по МКБ-10: 1-я группа (12 человек) — рубрика F43.23 «Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций» и F43.25 «Смешанное расстройство эмоций и поведения, обусловленное расстройством адаптации»,

2-я группа (12 человек) — рубрика F06.61 «Органическое эмоционально лабильное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга», 3-ю группу (10 человек) составили пациенты с диагнозом F41.2 по МКБ 10 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство». Пациентам в 1-й группе в качестве средства основной терапии назначали Алпразолам в дозе 0,5-1,5 мг/сут., во 2-й группе — Бромазепам дозировкой 6-12 мг/сут., в 3-й группе — Лития карбонат в дозе 500-1000 мг/сут. Курс терапии в группах пациентов составила 21 день. Пациентам 2-й группы дополнительно назначали сосудистую терапию (винпоцетин), ноотропный препарат (пирацетам), а также витаминотерапию. Группу сравнения составили 10 здоровых добровольцев, стандартизированные по полу и возрасту. Оценку фермент-индуцирующего действия инновационного противосудорожного средства мета-хлор-бензгидрилмочевины на параметры фармакокинетики АП проводили в слюне у здоровых добровольцев с назначением препарата в дозе 200 мг/сут., курсом 21 день, поскольку у исследуемых пациентов данный препарат не назначался в процессе терапии. Процессы окислительной биотрансформации в печени исследуемых лиц оценивали по оценке уровня тест-свидетеля АП в слюне. Проба с АП проводилась для определения ФК параметров препарата в качестве тест-свидетеля процессов элиминации из организма пациентов и добровольцев перед назначением исследуемых препаратов и после окончания курса терапии. АП назначали добровольцам и пациентам в дозе 10 мг/кг однократно натощак. Пробы слюны собирали через 0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 6,0; 12,0; 24,0 ч после приема тест-лекарства. Образцы слюны хранили при -200°C . Концентрацию АП оценивали по методике Семенюк А.В. (1982) спектрофотометрически. Содержание АП рассчитывали по графику, построенному по растворам АП возрастающей концентрации (0,5-100 мкг/мл). Расчёт модельно-независимых параметров фармакокинетики: период полувыведения ($T_{1/2}$, ч), общий клиренс (CLt, мл/мин), площадь под фармакокинетической кривой (AUC, мкг·мин/мл) проводили по методу статистических моментов в модификации Пиотровского В.К. (1986). Статистическую обработку данных проводили с использованием «Statistica 12.0» для Windows непараметрического χ^2 -критерия Колмогорова — Смирнова. Выборки на нормальность распределения проверяли по тесту Шапиро — Вилкоксона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Цель — оценить влияние фармакотерапии психотропных препаратов: Алпразолама, Бромазепама, Лития карбоната на скорость метаболизма модельного субстрата антипирина в слюне у пациентов с нервно-психическими расстройствами; фермент-индуцирующее действие мета-хлор-бензгидрилмочевины на

монооксигеназную систему цитохрома P450 печени у добровольцев.

Результаты. Приём Алпразолама в качестве основной терапии пациентами 1-й группы в дозе 0,5-1,5 мг/сут., курсом 21 день значительно не влиял на ФК параметры АП: период полувыведения АП ($T_{1/2}$), общий клиренс (CLt), площадь под фармакокинетической кривой (AUC). Алпразолам не изменял элиминацию АП из слюны пациентов — как показатель состояния окислительного метаболизма ксенобиотиков в печени у пациентов. У пациентов 2-й группы, получавших Бромазепам, отмечено фоновое сокращение периода полувыведения АП ($T_{1/2}$), увеличение общего клиренса (CLt), снижение площади под фармакокинетической кривой — концентрация-время (AUC), обусловленной проводимой сосудистой, ноотропной и витаминотерапией. Сравнение фармакокинетических показателей АП под влиянием курса терапии с назначением Бромазепама в суточных дозах 6-12 мг с фоновыми показателями достоверных различий не выявило, что свидетельствует об ускоренной элиминации АП в связи с проведением интенсивной сопутствующей терапии. Терапия с применением Лития карбоната в дозе 500-1000 мг у пациентов 3-й группы не изменяла ФК параметры элиминации АП. Полученные данные свидетельствуют об отсутствии у изучаемых психотропных препаратов в указанных дозировках влияния на активность микросомальной монооксигеназной системы печени у исследуемых пациентов. Изучение влияния применения мета-хлор-бензгидрилмочевины на ФК параметры АП у здоровых добровольцев выявило диаметрально противоположные данные: значимое уменьшение времени полувыведения ($T_{1/2}$) ≈ 2 раза, увеличение общего клиренса (CLt), сокращение площади под фармакокинетической кривой (AUC), что свидетельствует об ускоренной элиминации АП из слюны обследуемых лиц и указывает на индукцию микросомального окисления печени. Применение мета-хлор-бензгидрилмочевины у пациентов с наркологическими расстройствами имеет особое значение в связи с его нормотимической активностью и, благодаря индукции печеночных ферментов монооксигеназной системы цитохрома P450 и ускоренной элиминации из организма человека, дополнительной детоксикационной активностью у этих пациентов.

Выводы. Механизмы взаимодействия данных психотропных ЛС в исследуемых группах пациентов не связаны с индукцией или ингибированием печеночных ферментов, что свидетельствует об отсутствии лекарственной интерференции. Выявлено индуцирующее действие мета-хлор-бензгидрилмочевины на монооксигеназную систему цитохрома P450 печени у добровольцев.