Диагностика экзогенно-органических психических расстройств в исправительных учреждениях

Алигаева Н.Н.
Академия ФСИН России, Рязань

В последние десятилетия специалистами активно обсуждается положение лиц с психическими заболеваниями в условиях отбытия наказания в местах лишения свободы. По данным УФСИН России по Саратовской области, за первый квартал 2020 г. в исправительных учреждениях отбывали наказание около 10 500 человек. Среди них выявлены следующие категории: лица с диагностированными психическими расстройствами – 11,9%, склонные к злоупотреблению ПАВ – 8,5%, больные алкоголизмом – 6,2% [1]. В целом аналогичная ситуация наблюдается практически во всех исправительных учреждениях страны.

Одним из ведущих правовых документов в отношении данных лиц является Закон Российской Федерации от 02.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» [2]. Данный контингент осужденных, будучи достаточно уязвимым в связи с патологией психической деятельности, требует постоянного контроля и своевременного оказания квалифицированной психиатрической помощи. Вместе с тем необходимо отметить, что не во всех исправительных учреждениях имеется штатный врач-психиатр. Должности в штатном расписании и организационной структуре, как правило, предусмотрены, но рабочие места фактически долгое время могут быть не укомплектованы. Например, на 38 учреждений ГУФСИН России по Свердловской области выделено 22,5 ставки психиатра, в то время как фактически заняты только 13 рабочих мест [5]. Факторами, способствующими развитию данных обстоятельств, являются сложность и напряженность условий работы, специфика контингента и их преступная отягощенность, строгая регламентированность деятельности и т.д. Из-за отсутствия кадров данной направленности некоторые обязанности психиатров вынужденно возлагают на психологов учреждения. В данных условиях остро встает вопрос о профессиональной компетенции специалистов и необходимости разграничения их служебных полномочий и возможностей.

В связи с этим особую актуальность приобретает повышение квалификации или профессиональной переподготовки пенитенциарных психологов в области клинической психологии, что расширяет границы сферы их возможностей и позволяет непосредственно реализовывать психологическую помощь с осужденными, имеющими установленные диагнозы психиатрического спектра.

При поступлении в исправительное учреждение осужденный попадает в карантинное отделение, где с ним проводят первичные беседы и кон-

сультации специалисты различных отделов, в том числе медицинского, социального и психологического. В ходе анализа личного дела осужденного и первичного осмотра врач-психиатр подтверждает имеющееся заболевание и при необходимости назначает соответствующее медикаментозное лечение. Роль психолога заключается в психологическом сопровождении осужденного с первых дней прибывания в исправительном учреждении с целью адаптация к новым условиям жизни и подготовке к освобождению и дальнейшей ресоциализации в обществе.

Экзогенные органические психические расстройства часто являются результатом черепно-мозговых травм, связаны с воздействием опухоли, сосудистых поражений, интоксикаций и т.д., поэтому внимательное изучение личного дела и медицинской карты, тщательный опрос и сбор анамнеза позволяют выявить детерминанты, способствующие развитию того или иного симптома психического заболевания. Часто осужденные с поведенческими нарушениями имеют коморбидную алкогольную и/или наркотическую зависимость, что сопровождается первичными и вторичными интоксикациями. На фоне данных опьянений могут возникать кризисные и конфликтные ситуации или несчастные случаи, которые приводят к различным травмам, в том числе к черепно-мозговым.

Некоторые специфические особенности, характерные для лиц с экзогенно-органическими расстройствами, могут быть отмечены не только специалистами в данной области, но и другими сотрудниками, которые часто взаимодействуют с контингентом лиц: начальниками отряда, сотрудниками отдела безопасности, оперативными сотрудниками, социальным работникам, психологами, мастерами цеха и т.д. Психопатологическая симптоматика проявляется в чрезмерной утомляемости, неустойчивой концентрации внимания, повышенной чувствительности, эмоциональной лабильности, перепадах настроения, импульсивности, низком самоконтроле, нарушениях сна. Сбор независимых характеристик позволяет получить более подробную информацию и оказывает действенную помощь при дифференциальной диагностике.

Исследователями предлагаются следующие меры по эффективному выявлению, оценке и учету осужденных с психическими расстройствами: своевременная диагностика вновь прибывшего с участием специалистов в области психиатрии, психологии и психотерапии; направление запроса в учреждения здравоохранения по месту регистрации (пребывания) для получения дополнительной информации; разработка методических материалов для сотрудников, непосредственно взаимодействующих с данным контингентом осужденных, с указанием информации о выявлении первичных признаков различных психических отклонений; разработка алгоритма действий сотрудников при выявлении различных симптомов психического расстройства [3].

Как правило, осужденные в большей степени подвержены приобретению экзогенных органических психических расстройства в связи с неблагоприятными условиями предшествующей жизни: частыми алкогольными и наркотическими интоксикациями, под воздействием которых страдают различные системы организма, склонностью к конфликтным ситуациям в качестве инициаторов или участников с серьезными последствиями. Симптомы психического расстройства зачастую характеризуются сезонностью, что обусловлено снижением уровня серотонина, и активно проявляются весенне-осенний период в связи с гормональными и биологическими изменениями в организме человека. Данные лица становятся опасными не только для себя из-за возможной аутоагрессии, но и для других, именно поэтому в данные периоды г. находятся под усиленным наблюдением администрации учреждения [4].

Таким образом, своевременная диагностика экзогенных органических психических расстройств с использованием анализа личного дела, медицинской карты, первичного осмотра и беседы, сбора независимых характеристик позволяет сотрудникам контролировать соблюдение регламента и норм поведения в исправительном учреждении, предотвращать потенциальные кризисные и конфликтные ситуации, связанные с проявлением симптомов психического заболевания у осужденных.

Список литературы

1. В УФСИН России по Саратовской области подвели итоги оперативно-служебной и производственно-хозяйственной деятельности за 1 квартал 2020 г. / УФСИН России по Саратовской области. URL: https://64.fsin.gov.ru/news/detail.php?ELEMENT_ID=506241 (дата обращения: 08.08.2023).
2. Закон Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании». КонсультантПлюс. URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (дата обращения: 08.08.2023).
3. Кисляков А.В. Распространенность психических расстройств среди лиц, отбывающих наказания в исправительных учреждениях, как социальная проблема. Пенитенциарное право: юридическая теория и правоприменительная практика. 2020. № 1 (23). С. 68-75.
4. Курочкина В.Р. К вопросу о психических аномалиях у лиц, отбывающих наказание в исправительных учреждениях. Уголовное право в эволюционирующем обществе: проблемы и перспективы. Сборник научных статей в рамках проведенного симпозиума с международным участием. Редколлегия: А.А. Горохов (отв. ред.). Курск, 2021. С. 237-241.
5. «Психически здоровых у нас нет»: главврач Свердловского ГУФСИН рассказал, как в колониях лечат людей с отклонениями. ЕАН: интерактивные новости. URL: https://eanews.ru/news/psikhicheski-zdorovykh-u-nas-net-glavvrach-sverdlovskogo-gufsin-rasskazal-kak-v-koloniyakh-lechat-lyudey-s-otkloneniyami_04-03-2020 (дата обращения: 08.08 2023).

Исследование влияния степени тяжести стереотипий у детей с расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей

Аттаева Л.Ж.[1], Макаров И.В.[2, 3]

[1] ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ», Москва

[2] Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург

[3] Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

Введение. В течение последних 10 лет всё большее количество детей с расстройством аутистического спектра (РАС) выявляется как за рубежом, так и у нас в стране (Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э., 2019). Анализируемая переменная находится в диапазоне 0,87–2,64% (Фесенко Ю.А., Фесенко Е.Ю., 2021). РАС оказывает значительное влияние на жизнь детей и членов их семей. Дети с РАС испытывают затруднения при общении с окружающими, в том числе с членами семей (Гречаный С.В., 2021). Наличие РАС может привести так же к агрессивному поведению и самоповреждениям в ситуации психологического стресса. Таким образом, течение РАС влияет как на самого ребенка, вызывая трудности в адаптации к окружающей среде, потерю навыков социализации, ограниченность интересов, так и на членов его семьи. Что касается родителей, то результаты опубликованных исследований показывают у них наличие тревоги, раздражительности, нервозности, психовегетативной симптоматики или проявления депрессивных симптомов (Саркеева Д.Ю., 2019).

Учитывая масштабы стремительного распространения РАС и возможные негативные последствия (нуждаемость в пожизненном уходе и психосоциальной поддержке при тяжелых нарушениях, с которыми сталкиваются родители таких детей, важно знать уровень тревоги последних, чтобы определить их потребности в помощи специалистов и своевременно оказывать соответствующие меры поддержки. В нашей стране исследований по данной тематике не проводилось. В связи с этим **целью** исследования являлось выявление уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РАС, а также определение корреляционной взаимосвязи между степенью тяжести стереотипий у этой группы детей и уровнем тревоги их родителей.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе филиала ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 15». Сроки выполнения исследования: с 2022 г. по 2023 г.

С целью исследования степени выраженности стереотипий для определения тактики лечения у детей использованы результаты опроса родителей (n=507) с помощью специально разработанного валидизированного опросника. Применяли шкалу степени тяжести стереотипий от 3 до 12 баллов по результатам оценки частоты, прерывания стереотипного поведения и его влияния на повседневное общение ребенка с окружающими. Оценка степени тяжести проявления стереотипий проводилась по количеству набранных баллов: 3-4 балла – легкая степень; 5-7 баллов – средняя степень; 8-12 баллов – тяжелая степень. В исследовании приняли участие родители детей в возрасте от 3 до 10 лет (средний возраст 3,7±1,2 года). В выборке исследования выявлено преобладание мальчиков (n=364, 71,8%) по сравнению с девочками (n=43, 28,2%). Средний возраст постановки диагноза находился в пределах 3,0±1,2 г. (от 1 до 4 лет). Большинство (65,4%) детей на момент проведения исследования находились на домашней форме обучения.

С целью исследования уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РАС, была проведена психодиагностическое тестирование с помощью методики самооценки тревоги «Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)», подшкала тревоги. Оценка степени тяжести проявления тревоги определяли по дополненной шкале, разделив клиническую выраженность в зависимости от степени тяжести проявления тревоги: 0-7 баллов (нормальный уровень, тревога/депрессия отсутствуют), 8-10 баллов (субклиническая тревога/депрессия), 11-15 баллов (клиническая умеренно выраженная тревога/депрессия), 16-21 балл (тяжелый клинически выраженный уровень тревожности/депрессии).

Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на участие в нем. Статистическую проработку полученных результатов проводили с помощью программного пакета Microsoft Excel 2020 и Statistica 10.0. Перед статистическими расчетами полученные данные были проверены на нормальность распределения с использованием критерия Колмогорова–Смирнова. В случае отсутствия нормального распределения количественные данные описывались с помощью долевого соотношения в выборке, медианы (Me), нижнего и верхнего квартилей (Q1 – Q3). Направление и теснота корреляционной взаимосвязи между двумя количественными показателями оценивались с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Для интерпретации результатов корреляционного анализа и определения тесноты связи показателей использовалась шкала Чеддока. Учитывали наличие связей по показателям 0,50-0,69 – «средний», 0,70-0,89 – «сильный», более 0,90 – «очень сильный». Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости «p» принимался равным 0,05.

Результаты. У большей доли (64,5%) детей с РАС выявлены ежедневные стереотипии с трудным отвлечением от совершаемых действий или прерыванием стереотипного поведения (56,8%), которые мешают ребенку общаться с другими детьми (89,55%), с родителями и родственникам (76,73%), затрудняют индивидуальные занятия детей (83,23%). Средний показатель частоты возникновения стереотипий составил 1,88±0,58 балла. Средний показатель легкости отвлечения ребенка или прерывания стереотипного поведения составил 1,9±0,65 балла. Средний показатель влияния стереотипного поведения на общение ребенка с окружающими составил 3,82±1,2 балла. Средний общий балл тяжести стереотипий составил 7,6±2,3 балла, что расценивалось как (средняя степень тяжести стереотипий.

По результатам исследования уровня тревоги у родителей, воспитывающих детей с РАС, на основе психодиагностического тестирования с помощью методики самооценки тревоги HADS, подшкала тревоги установлено, что около половины (47,93%) родителей детей с РАС характеризуется клинически умеренно выраженной тревогой. Средний показатель тревоги в анализируемой выборке родителей составил 11,6±3,01 балла, что свидетельствовало об умеренно выраженном уровне тревожных переживаний.

Проведенное исследование зависимости выраженности тревоги родителей от степени выраженности стереотипий у детей показало наличие статистически значимой ($p=0,0001$, $r=0,819$) тесной связи влияния степени тяжести стереотипий на уровень тревоги у родителей.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают более ранние исследования о влиянии РАС на социально-коммуникативное функционирование детей (Беспалько А.А., 2020; Balfour L.J., 2007), о влиянии психиатрической патологии у ребенка на уровень психического состояния (в частности аффективной реактивности) родителей (Kalvin C.B., Marsh C.L., Ibrahim K. et al., 2020; Keating J., Van Goozen S., Uljarevic M. et al., 2023; Shiloh G., Gal E., David A. et al., 2023). Авторами показано, что тревога и неподчинение способствуют раздражительности родителей, однако в этих исследованиях не учитывалась тяжесть проявления стереотипного поведения при РАС.

Заключение. Тяжесть повторяющегося поведения у ребенка с РАС может рассматриваться как предиктор риска развития симптомов тревоги у родителя. Понимание того, что у родителей детей с РАС возможно развитие тревожных расстройств актуально для практических врачей при составлении индивидуальных комплексных программ терапии. Полученные результаты могут использоваться в рамках программ раннего вмешательства для нормализации жизни ребенка и семьи.

Значение коморбидного органического поражения головного мозга в диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства у комбатантов

Баранов В.В., Романенко В.Н., Климов П.С., Шакурин А.О.
ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Актуальность. Проблема коморбидности психических расстройств в настоящее время является высоко актуальной. Согласно современным представлениям, под коморбидностью понимают наличие у пациента не менее двух расстройств, каждое из которых может считаться самостоятельным и диагностироваться независимо от другого. Неслучайным является тот факт, что после открытия феномена коморбидности в медицинсмких исследованиях в 1970 г., одними из первых изучать его стали психиатры (Нуллер Ю.Л., 1993; Смулевич А.Б., 1997 и др.). Именно исследователи-психиатры разработали первые модели коморбидности, основные из которых заключаются в том, что у пациента может сосуществовать два или более расстройства, взаимосвязанных между собой патогенетически либо совпадающих между собой по времени. Многочисленные исследования не дают однозначного ответа на вопрос, какая из предложенных моделей находится ближе к истине. Можно предполагать, что на современном этапе развития медицинской науки мы не можем установить патогенетические связи между сосуществующими расстройствами. В психиатрии в последние годы активно изучается проблема коморбидности невротических и связанных со стрессом расстройств, аффективных расстройств, заболеваний шизофренического спектра, расстройств личности, проблема сосуществования наркологической и психической патологии.

Часть научных изысканий в области психиатрии в последние годы посвящена вопросу изучения сложных психопатологических образований, обусловленных сочетанием симптоматики посттравматического стрессового расстройства и другой психопатологии (шизофренического спектра, аффективных и тревожных расстройств, синдрома зависимости от психоактивных веществ), а также коморбидности ПТСР и расстройств личности, которой посвящено много публикаций в зарубежной литературе. Исследователями делается вывод о существовании группы расстройств, обозначаемых как атипичные ПТСР, включающих в себя видоизмененные симптомы, характерные для разных нозологических форм. В большинстве случаев наблюдается не простая суммация симптомов, а их взаимовлияние, усиление сходных клинических проявлений с появлением сложных психопатологических картин (Фастовцов Г.А., Соколова Е.А., 2012).

Цель исследования: оценка значения коморбидности посттравматического стрессового расстройства и органического поражения головного мозга травматического генеза в клинике, течении и прогнозе заболевания.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе стационара Новокузнецкой клинической психиатрической больницы путем клинико-психопатологического обследования и анализа историй болезни пациентов-мужчин, имеющих установленный диагноз «Посттравматическое стрессовое расстройство» (F43.1), участников специальной военной операции. Всего проанализировано 10 клинических случаев, которые разделены на 2 группы: с выявленным сопутствующим травматическим поражением головного мозга в ходе боевых действий, подтвержденным медицинской документацией или анамнезом в сочетании с данными неврологического и экспериментально-психологического обследования (основная группа, n=6), и без такового (группа сравнения, n=4). Возраст пациентов составил от 24 до 46 лет, в среднем 28,5 года. В анамнезе у обследованных до участия в СВО не имелось клинически значимой органической церебральной патологии. Все они имеют среднее или среднее профессиональное образование, ранее проходили срочную военную службу, протекавшую, как правило, без отклонений в состоянии здоровья (1 обследованный из группы сравнения комиссован со срочной службы по статье 18 Расписания болезней Постановления Правительства РФ «О военно-врачебной экспертизе», на СВО отправился добровольцем). Соотношение добровольцев и мобилизованных военнослужащих в обеих группах значительно не отличалось – по 50% в основной группе и преобладание мобилизованных (75%) в группе сравнения. Характер травматических повреждений ЦНС в основной группе большей частью представлен контузиями (травмами взрывной волной) с сотрясениями головного мозга, реже – ушибами головного мозга, а также огнестрельными (осколочными) ранениями головы. Давность их возникновения варьировала от 3 до 9 месяцев до момента обращения за психиатрической помощью по поводу ПТСР, симптомы органического расстройства, как правило, предшествовали развитию клинической ПТСР в результате перенесенной психотравмы. Психопатологические проявления органических повреждений мозга соответствовали диагностическим критериям постконтузионного (постконкоммоционного) синдрома (F07.2). Пациенты находились на обследовании и лечении в стационаре Новокузнецкой клинической психиатрической больницы в отделении неврозов и общепсихиатрических отделениях. Все они обследованы в соответствии с клиническими рекомендациями с учетом диагностических возможностей учреждения. Помимо медикаментозной терапии, все пациенты получали лечение методом психотерапии (групповой и индивидуальной).

Результаты. В структуре психопатологических расстройств в обеих группах доминировали жалобы на постоянную тревогу, напряжение, пугливость, сниженное настроение, эмоциональную притупленность, апатию, ангедонию, нарушения сна, кошмарные сновидения, частые наплывы воспоминаний о психотравмирующих событиях, избегание информации, связанной с боевыми действиями. В основной группе у пациентов, помимо сказанного, выявлялись расстройства церебрастенического характера (головные боли, звон в ушах, тремор рук, плохая переносимость духоты, быстрая утомляемость, постоянное чувство усталости), в отдельных случаях – речевые нарушения (логоневроз) и расстройства кратковременной памяти. В основной группе тяжесть тревожной и депрессивной симптоматики по психометрическим шкалам была более выраженной, в отдельных случаях достигала клинического уровня. Наблюдались острые приступы тревоги с вегетативными проявлениями в виде тахикардии, колебаний артериального давления. Также в основной группе чаще наблюдались аффективная неустойчивость с раздражительностью, частыми конфликтами с микросоциальным окружением, более частое злоупотребление алкоголем, демонстративное суицидальное и самоповреждающее поведение. У одного из пациентов основной группы на фоне истероидного преморбида отмечались отдельные галлюцинаторные переживания при пробуждениях в ночное время («человек с автоматом»). При экспериментально-психологическом обследовании пациентов основной группы во всех случаях отмечались проявления «органического» патопсихологического симптомокомплекса (нарушения внимания, истощаемость, замедление психических процессов), в отдельных случаях снижение механической памяти. Средние сроки стационарного лечения составили 59,1 дня в основной группе и 49,5 дня в группе сравнения. Динамика расстройств на фоне лечения характеризовалась более медленным регрессом симптоматики в основной группе пациентов, худшей их доступностью в плане психотерапевтических воздействий, склонностью больных с травматическим повреждением головного мозга к «фиксации» симптоматики с «застыванием» некоторых симптомов (чаще расстройств сна и наплывов травмирующих воспоминаний). Повторность госпитализаций в основной группе имела более высокий показатель, чем в группе сравнения.

Выводы. С учетом небольшого объема выборки трудно сделать выводы о статистически значимых различиях между исследованными группами. По нашим наблюдениям, в группе пациентов с коморбидным ПТСР травматическим повреждением головного мозга наблюдался больший полиморфизм симптоматики, её усложнение и утяжеление, появление несвойственных для данной диагностической категории феноменов, худшая динамика на фоне терапии, и худший прогноз.

По нашему мнению, вопрос коморбидности ПТСР с органическим повреждением головного мозга требует дальнейшего изучения как с позиций совершенствования оказания помощи таким пациентам, так и с целью дальнейшего улучшения диагностических подходов.

Возможности искусственного интеллекта в психиатрии: анализ и перспективы

Богданов Я.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Искусственный интеллект (ИИ) представляет собой инновационную технологию, которая имеет значительный потенциал для трансформации психиатрической практики. В статье описываются возможности, которые ИИ предлагает в области психиатрии, включая диагностику, лечение, прогнозирование и самоуправление пациентами, обсуждаются преимущества использования ИИ, перспективы его развития.

Психические расстройства являются значительной глобальной проблемой здравоохранения, требующей инновационных подходов к диагностике и лечению. ИИ обладает потенциалом для революционных изменений в психиатрии, предлагая новые методы анализа данных, прогнозирования психических состояний и персонализированного лечения.

Диагностика психических расстройств и оценка психического состояния

1. ИИ в психиатрии позволит разработать системы автоматизированной диагностики, основанные на анализе медицинских записей и симптомов пациентов. Это может сократить время и повысит точность диагнозов, помогая врачам в определении подходящих лечебных стратегий (5).

2. Обработка и анализ медицинских изображений: ИИ может быть использован для обработки и анализа медицинских изображений, таких как МРТ и КТ, и при проведении диагностики психических расстройств. Это позволит выявлять маркеры, которые ускользают от привычного клинического анализа, что улучшит диагностику (1, 2, 6, 7).

3. Мониторинг поведения и эмоций: ИИ может использоваться для мониторинга поведенческих и эмоциональных паттернов пациентов. С помощью анализа данных, собранных из носимых устройств, сенсоров и социальных медиа, ИИ может распознавать изменения настроения, тревоги или риска самоповреждения. Это позволяет врачам получать более объективную информацию о состоянии пациента и адаптировать лечение в реальном времени (3).

4. Поддержка в принятии решений: ИИ может служить врачам в качестве инструмента для принятия решений, предоставляя рекомендации по выбору оптимальной стратегии лечения на основе анализа множества данных и эмпирических знаний.

Стратегии лечения и реабилитации

1. ИИ позволит разработать персонализированные лечебные подходы на основе анализа данных о пациентах, включая генетическую информацию, катамнез с учётом клинических рекомендаций. Это позволяет оптимизировать выбор лекарственных препаратов и психотерапевтических методик для каждого пациента с учетом их индивидуальных потребностей и характеристик.

2. Разработка новых методов лечения: ИИ может использоваться для разработки новых методов лечения психических расстройств. С помощью алгоритмов глубокого обучения ИИ может исследовать большие объемы данных и идентифицировать новые терапевтические цели или предлагать инновационные подходы к лечению.

3. Терапевтические приложения: ИИ может быть интегрирован в терапевтические приложения, позволяющие пациентам получать поддержку и рекомендации в режиме реального времени. Это включает различные техники, такие как когнитивно-поведенческая терапия, которые могут быть представлены в виде интерактивных задач, руководств и упражнений. ИИ может адаптировать контент и подходы в зависимости от индивидуальных потребностей и прогресса пациента (4).

4. Интеграция ИИ с традиционными методами лечения: ИИ может быть интегрирован с традиционными методами лечения психических расстройств, дополняя и усиливая возможности врачей.

Прогнозирование и превенция психических расстройств

1. Раннее обнаружение психических расстройств: ИИ позволяет проводить анализ больших объемов данных и выявлять предвестники психических расстройств. С помощью мониторинга поведения, анализа социальных медиа и других источников информации ИИ может помочь выявить факторы риска и предупредить о возможных психических расстройствах на ранних этапах развития.

2. Индивидуализированная поддержка и наблюдение: ИИ может предоставлять индивидуализированную поддержку и наблюдение, основанную на непрерывном мониторинге и анализе данных пациента. Это позволяет предупреждать возникновение декомпенсаций психических расстройств, предлагать стратегии их предотвращения и предоставлять неотложную помощь в случае необходимости.

3. Прогнозирование эффективности лечения: ИИ может помочь предсказать эффективность различных лечебных стратегий для каждого пациента. Анализ данных о реакции на определенные препараты или терапевтические подходы позволяет определить наиболее эффективные методы

лечения, учитывая индивидуальные характеристики пациента и маркеры отклика на терапию.

Телемедицинские технологии, системы с виртуальной и дополненной реальностью (AR)

1. ИИ может быть использован для разработки систем телемедицины, которые позволяют пациентам получать консультации и поддержку в режиме онлайн. Это особенно полезно для пациентов, находящихся в удаленных или недоступных районах.

2. Технологии ИИ, метавселенных и AR позволят визуализировать симптомы психических расстройств, создать виртуальные терапевтические среды, поможет исследователям визуализировать и анализировать активность различных областей мозга, связанных с психическими расстройствами. С помощью AR-моделей мозга можно исследовать воздействие различных лекарств и лечебных методов на мозговую активность. Это может ускорить процесс клинических испытаний новых препаратов и помочь разработать более эффективные и персонализированные подходы к лечению психических расстройств. Использование метавселенных и AR-технологий позволит проводить удаленные консультации и терапевтические сессии с пациентами, устраняя географические и физические ограничения. Это особенно полезно для пациентов, которым трудно получить доступ к специалистам в области психиатрии. ИИ в сочетании с AR-приложениями могут использоваться для обучения психиатров и психотерапевтов, а также для тренировки студентов и практикующих специалистов.

Искусственный интеллект предлагает множество возможностей для преобразования психиатрической практики, включая диагностику, лечение, прогнозирование и самоуправление пациентами. Для успешной интеграции ИИ в психиатрию необходимо учитывать риски и разрабатывать этические и прозрачные подходы. С постоянным развитием и совершенствованием алгоритмов ИИ, психиатрическая практика может достичь нового уровня эффективности, персонализации и доступности для всех пациентов.

Искусственный интеллект – продолжение естественного, человеческого, его ассистент. То, что мы называем ИИ сегодня – не более чем часть отчуждённой от психической деятельности, которая лишь имитирует психику. Самостоятельно ИИ пока функционировать не может. Он не является психическим организмом, каким является человеческая психика. Он может поражать нас своими, ещё вчера немыслимыми достижениями, удивлять тем, что в каких-то частных вопросах превосходит нас многократно. Но пока это не психический организм, он всецело в руках людей: общества или отдельных групп. ИИ – просто инструмент, который может быть использован для решения проблем. Он не имеет свои собственные цели и намерения, он действует только в соответствии с тем,

что планируют люди. Текущее состояние ИИ ограничено его зависимостью от данных. Модели ИИ обучаются на больших наборах данных о человеческом поведении, и они могут делать только то, чему их обучили. Это означает, что ИИ хорош ровно настолько, насколько хороши данные, на которых он обучен. Это суждение справедливо до появления более совершенных моделей ИИ, гуманоидного типа: рефлексирующих и эмотивных. Тогда, вполне возможно, модели ИИ станут более сложными и способными к независимому мышлению. Однако важно помнить, что ИИ должен и впредь оставаться инструментом, и люди сами должны решать, как его использовать.

Список литературы

1. Rashkov G., Bobe A., Fastovets D., Komarova M. Natural image reconstruction from brain waves: a novel visual BCI system with native feedback. https://www.biorxiv.org/content/10.1101/787101v2.full
2. Takagi Y., Nishimoto S. High-resolution image reconstruction with latent diffusion models from human brain activity. http://orcid.org/0000-0003-0503-785X https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.11.18.517004v1.full
3. Ермолина Д.О., Никитин П.В. Методы оценки изменения настроения при дистанционном обучении с помощью методов глубокого обучения. Современные информационные технологии и ИТ-образование. 2021. Т. 17, № 3. С. 749-756.
4. Робот-психотерапевт: как технологии заботятся о нашем ментальном здоровье. https://trends.rbc.ru/trends/industry/63f32b339a7947d4b54ef6ed
5. Васильченко К.Ф., Усов Г.М. Применение свёрточных нейронных сетей в качестве инструмента объективизации диагностики шизофрении: пилотное исследование. Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32, № 1. С. 23-27.
6. Tang J, LeBel A, Jain S, Huth AG. Semantic reconstruction of continuous language from non-invasive brain recordings. Nat Neurosci. 2023 May;26(5):858-866. doi: 10.1038/s41593-023-01304-9. Epub 2023 May 1. PMID: 37127759.
7. Dado T, Güçlütürk Y, Ambrogioni L, Ras G, Bosch S, van Gerven M, Güçlü U. Hyperrealistic neural decoding for reconstructing faces from fMRI activations via the GAN latent space. Sci Rep. 2022 Jan 7;12(1):141. doi: 10.1038/s41598-021-03938-w. PMID: 34997012; PMCID: PMC8741893.

Искусственный интеллект в психиатрии: современные достижения

Богданов Я.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Искусственный интеллект (ИИ) обладает потенциалом произвести революцию в психиатрии во многих отношениях. Системы ИИ могут использоваться для диагностики психических расстройств, мониторинга состояния пациентов, разработки новых методов лечения, оказания поддержки и консультирования пациентов.

По мнению М.А. Савиной (1) «сейчас мы находимся в критической точке четвёртой индустриальной эры после эры механики, электроники и интернета, получившей название «цифровая революция», которая характеризуется синтезом технологий. И ведущей такой технологией является искусственный интеллект, который был открыт в 1956 году. Многие сферы общества уже применяют его, но в медицине он встречается с осторожностью».

Использование ИИ в психиатрии все еще находится на ранних стадиях, но у него есть потенциал произвести революцию в способах диагностики, лечения и профилактики психических заболеваний. Инструменты, основанные на ИИ, потенциально могут сделать психиатрическую помощь более доступной и действенной. В психиатрии есть очень много скептиков, которые сопротивляются введению данной технологии, несмотря на множество ценных практических выводов. В частности, это касается применения ИИ в исследованиях биомаркеров (1). Существует большое количество заболеваний, которые имеют специфические генетические признаки. ИИ вычисляет эти признаки очень хорошо, с точностью 90% можно выявить болезнь Альцгеймера, синдром гиперактивности и дефицита внимания, шизофрению и другие расстройства (1). Ещё одна область в психиатрии — замещение искусственным интеллектом врача. Существуют роботизированные интервьюеры, причём исследования показывают, что они вполне могут заменить человека, и оптимисты по применению ИИ в психиатрии говорят о том, что он превосходит среднестатистического интервьюера (1). Существует когнитивно-поведенческие терапевты. Есть два варианта – либо робот применяет их самостоятельно, либо под супервизией врача (1). Существуют социальные помощники и роботы для тренировки когнитивных функций (1).

В англоязычных странах люди советуется с нейросетью ChatGPT по личным вопросам и принимают жизненно важные решения по её подсказке. В Кении чат-бот Tess используется для оказания помощи женщинам в лечении послеродовой депрессии. В России бот-тренер Фил учит

подростков понимать эмоции и управлять ими (6). Рынок автоматизированных решений для психического здоровья все еще достаточно молод. Несмотря на это, по оценке The New York Times уже в 2017 г. насчитывалось около 10 тыс. WellTech-приложений, включая терапевтические, психологических и обучающих чат-ботов (6).

Вот наиболее известные проекты, которые используют в своей работе возможности ИИ:

1. IBM Watson – мощная система ИИ, которая используется для диагностики заболеваний, например в онкологии. Watson может анализировать большие объемы данных, такие как медицинские записи и электронные медицинские карты, чтобы выявить закономерности, связанные с различными психическими заболеваниями. Затем эта информация может применяться для разработки алгоритмов, которые помогут клиницистам более точно и эффективно диагностировать психические заболевания.

2. Woebot – англоязычный чат-бот, разработанный психологами Стэнфордского университета и доступный пользователям с 2017 г. Используется для оказания поддержки в области психического здоровья пациентам с тревожно-депрессивными, пограничными психическими расстройствами. Woebot основан на когнитивно-поведенческой терапии. Woebot доступен в App Store и Google Play. Предлагает несколько тем для диалога с человеком: достижение целей, управление эмоциями, отношения, позитивное мышление, стресс, осознанность и медитация, самооценка. В рамках каждой темы чат-бот проводит диалог-сессию продолжительностью от 2 до 20 минут. Он задаёт пользователю различные вопросы о его самочувствии, желаниях, физическом состоянии и так далее, анализирует его настроение и отслеживает возможность возникновения депрессии. Также пользователь может сам задавать Woebot вопросы о том, как повлиять на своё настроение. Разработчики заявляют, что Woebot обучен понимать естественный язык человека, однако работа с ним напоминает следование заданному сценарию – большинство ответов чат-бот предлагает выбрать из предложенных вариантов, а не написать самостоятельно. В настоящее время проводится изучение эффективности Woebot среди методов лечения послеродовой депрессии (6).

3. Wysa – англоязычный чат-бот, созданный в Индии в 2015 г. и представленный как платформа для психологического здоровья, основанная на искусственном интеллекте. Wysa предлагает для общения более 30 тем и более 100 упражнений для улучшения своего психического состояния. Каждое упражнение в среднем занимает от 2 до 10 минут. Техники, используемые в приложении, позиционируются как имеющие научное обоснование – Wysa показывает ссылки на научные статьи и объясняет простым языком их смысл. При необходимости внутри приложения можно связаться со специалистом и получить психотерапевтиче-

скую помощь. Однако независимый экспертный ресурс Choosing Therapy делает вывод, что работа в приложении похожа не на психотерапию, а скорее на коучинг по психологическому здоровью (6).

Исследование, опубликованное в Nature Medicine, показало, что алгоритм на базе ИИ способен диагностировать шизофрению с точностью 96% по сравнению с точностью 83% для врачей-людей. Алгоритм также смог идентифицировать пациентов, подверженных риску развития шизофрении еще до того, как у них проявились какие-либо симптомы (1, 2).

Цифровое психическое здоровье – важное направление, которое развивается более чем в 15 институтах по всему миру. Оно позволяет с помощью технологии смартфона получить богатые мультимодальные данные о поведения в их динамике. Анализ может существенно улучшить классификация болезней и определить траекторию развития заболевания. Такой метод оказался эффективным для предсказания обострения биполярного расстройства, депрессии, зависимости, суицидального поведения. Так, например, исследователи обнаружили, что во время эпизодов мании люди печатают быстрее, а во время депрессии пишут более короткие сообщения. Вообще, большая часть работ, посвященная цифровому психическому здоровью, разработана для диагностики депрессии, в частности в одной из таких работ осуществлялось интервьюирование с помощью робота людей и были выявлены модели речи по её содержанию, тону голоса, скорости речи, даже почерку (1).

К.Ф. Васильченко, Г.М. Усов (5) исследовали свёрточную нейросеть для диагностики шизофрении. Исследование выполнено с помощью программного обеспечения (ПО) для ЭВМ «Neurosampler_V 1.0». Архитектура свёрточной нейронной сети была подобрана и реализована с использованием языка программирования Python 3.0 и библиотеки Keras. Полученная точность распознавания изображений, нарисованных пациентами с установленным диагнозом шизофрении и теми лицами, у которых диагноз шизофрении или расстройств шизофренического спектра не был установлен, свидетельствует о высоком потенциале применяемого алгоритма для скринингового обследования разных групп населения, а также для дифференциальной диагностики. Однако говорить о внедрении в практическую деятельность данного алгоритма на текущем этапе работы преждевременно. Точность выполнения нейросетью поставленной задачи зависит от качества обучающей выборки, следует также обратить внимание на ограниченный объем базы изображений, использованной в исследовании. Говоря о чистоте выборки, авторы не могли исключить вероятность наличия лиц с шизофренией или расстройствами шизофренического спектра в группе сравнения. Последующее увеличение объема выборки, включение дополнительных сведений об особенностях психического статуса участников исследования, а также коррекция архитектуры

нейросети и её гиперпараметров могут способствовать повышению точности распознавания изображений (5). В зависимости от задачи классификации сверточная нейронная сеть (Convolutional Neural Network, CNN – тип нейронной сети глубокого обучения, изначально разработанный для анализа изображений) может быть обучена обнаруживать паттерны изображения разного уровня: от низкого (текстура, цвет, край) до характеристик более высокого порядка, определяемого числом слоев в архитектуре нейросети (5).

Ряд исследований показали, что алгоритмы глубокого обучения могут быть использованы в анализе фотографий и аудио- и видеорядов с целью выявления проблем, связанных с эмоциональным и психическим состоянием, что может облегчить диагностику заболеваний (4).

Примером успешного применения ИИ в психиатрии является применение латентносемантического анализа в сочетании с алгоритмами машинного обучения для оценки психического состояния пациентов (9). Этот же метод был успешно применен для обнаружения тонких различий в особенностях психических процессов между родственниками первой степени родства больных шизофренией и здоровыми людьми при анализе их речи (8). Кроме этого, алгоритмы ИИ могут быть эффективно использованы для прогнозирования риска манифестации психотических состояний, протекающих с нарушениями мышления, поведенческой дезорганизацией или кататонией (10, 11).

Представляет интерес обзор методов ИИ, используемых сегодня в психиатрии и их анализ, а также предполагаемые перспективные направления в развитии «психиатрического» ИИ (2). Исследование упоминает различные виды ИИ, в том числе искусственные нейронные сети (ANNs), сверточные нейронные сети (CNNs), рекуррентные нейронные сети (RNNs). Автор делает вывод, что использование ИИ способно улучшить сферу психиатрии по определенным критериям: объективность клинических результатов; выявление скрытых связей; обработка большего количества информации; более высокая точность диагноза; возможность прогнозирования развития болезни (либо конкретных симптомов); преодоление проблемы конфиденциальности клинических данных; улучшение прогнозирования течения заболеваний. По мнению автора, выявление скрытых когнитивных связей или же напротив, нарушение структуры мышления возможно реализовать через когнитивные методы – например, построением когнитивных карт, однако автоматизация этого процесса, получение точных результатов в данный момент является целью будущих исследований (2). Ещё одной из важных проблем развития ИИ в психиатрии является сложность обработки клинических записей. Их форма отличается от обычных структурированных данных, включающих физиологические параметры, результаты лабораторных тестов и т.п. Из-

за этого невозможно применить методы и алгоритмы, которые уже применяются для работы с медицинскими записями (2).

На наш взгляд, развитие генеративных языковых моделей (больших языковых моделей, таких как ChatGPT, Bard, GigaChat, YandexGPT), адаптированных для нужд психиатрии и которые могут вести диалог и оценивать тексты на естественном языке, помогут решить эту проблему.

Многообещающей выглядит новость о том, что 22 мая 2023 г. Google объявила о запуске программы AI for Health для стартапов. Основная цель программы – предоставить безопасные ИИ-технологии партнёрам, которые могут помочь специалистам в области охраны здоровья в проведении исследований и улучшении медицинского обслуживания. Инициатива Google AI for Health – часть более широких усилий компании по продвижению исследований в области здравоохранения и ИИ в медицине. В рамках Google Health создаются и тестируются модели ИИ, которые должны помочь справиться с глобальной нехваткой врачей и ограниченным доступом к современным инструментам диагностики в некоторых странах мира. Основное внимание компании сосредоточено на создании новых инструментов с помощью машинного обучения. Они должны повысить доступность и точность медицинских услуг во всём мире. По словам представителей Google, система учится «извлекать медицинские знания, точно отвечать на медицинские вопросы и обосновывать выводы». Кроме того, компания сотрудничает с организациями здравоохранения по всему миру для проведения исследований по улучшению здравоохранения (7). Уже существующие системы работают на Тайване, помогая в диагностике рака молочной железы, и в Кении, помогая будущим матерям. С высокой долей вероятности эта программа будет включать и внедрение ИИ при оказании психиатрической помощи (7).

В заключение необходимо сказать, что на сегодняшний день ИИ в медицине в целом и в психиатрии в частности видится как ассистент, помощник, который не заменяет и не подменяет собой специалиста. Естественный интеллект специалиста в области психического здоровья остаётся незаменимым, даже появление так называемых систем сильного ИИ либо переход к эмотивному ИИ вряд ли поставит под сомнение это утверждение. Прикладное значение могут иметь разные по архитектуре нейросети – от перцептрона до свёрточных сетей, которые с недавних пор развиваются взрывообразно. Внедрение и обучение ИИ – новое поприще для медицинских работников, которое реализуется в тесном сотрудничестве со специалистами в сфере IT-технологий. ИИ в психиатрии – новая реальность, которая скоро станет всеобъемлющей.

Список литературы

1. Савина М.А. Применение искусственного интеллекта в психиатрии: проблемы и перспективы. https://phc.hse.ru/humai/news/581284032.html
2. Подоплелова Е.С. Анализ методов искусственного интеллекта, применяемых для решения задач в психиатрии. Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2022. № 2 (226). С. 180-189.
3. Ермолина Д.О., Никитин П.В. Методы оценки изменения настроения при дистанционном обучении с помощью методов глубокого обучения. Современные информационные технологии и ИТ-образование. 2021. Т. 17, № 3. С. 749-756.
4. Васильченко К.Ф., Усов Г.М. Применение свёрточных нейронных сетей в качестве инструмента объективизации диагностики шизофрении: пилотное исследование. Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32, № 1. С. 23-27.
5. Робот-психотерапевт: как технологии заботятся о нашем ментальном здоровье. https://trends.rbc.ru/trends/industry/63f32b339a7947d4b54ef6ed
6. Google представила программу ИИ для стартапов в области здравоохранения //https://www.ixbt.com/news/2023/05/22/google-predstavila-programmu-ii-dlja-startapov-v-oblasti-zdravoohranenija.html
7. Elvevåg B, Foltz PW, Rosenstein M, Delisi LE. An automated method to analyze language use in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. J Neurolinguistics. 2010 May 1;23(3):270-284. doi: 10.1016/j.jneuroling.2009.05.002. PMID: 20383310; PMCID: PMC2850213.
8. Landauer T., Dumais S. A solution to Plato's problem: the latent semantic analysis theory of the acquisition, induction, and representation of knowledge. Psychol. Rev. 1997. N 104. P 211-240.
9. Du Y, Li B, Hou Y, Calhoun VD. A deep learning fusion model for brain disorder classification: Application to distinguishing schizophrenia and autism spectrum disorder. ACM BCB. 2020 Sep;2020:56. doi: 10.1145/3388440.3412478. PMID: 33363290; PMCID: PMC7758676.
10. Stevens JR, Prince JB, Prager LM, Stern TA. Psychotic disorders in children and adolescents: a primer on contemporary evaluation and management. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(2):PCC.13f01514. doi: 10.4088/PCC.13f01514. Epub 2014 Mar 13. PMID: 25133052; PMCID: PMC4116281.

Искусственный интеллект в расшифровке мыслей и образов: от нейровизуализации к психовизуализации. Перспективы внедрения в клиническую психиатрию и психологию

Богданов Я.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

В последнее время в самые разные сферы человеческой деятельности, не исключая здравоохранение, проникают технологии искусственного интеллекта (ИИ), прежде всего это касается нейронных сетей и компьютерного зрения. Нейронные сети (НС) – тип алгоритма машинного обучения, который моделирует работу естественных нейронов в мозге. Они способны извлекать сложные закономерности из полученных данных и уже с большим успехом используются в задачах распознавания изображений, обработки естественного языка, распознавания речи, компьютерного зрения (КЗ). В последние годы растет интерес к использованию НС для оценки психоэмоционального состояния. НС способны изучать паттерны мозговой активности, связанные с мыслями и образами. Потенциально это может привести к разработке новых технологий, которые позволят узнавать содержание мыслительной деятельности, обмениваться этим содержанием, создавать социальные сети с использованием нейроинтерфесов на основе искусственного интеллекта (ИИ). КЗ – область ИИ, которая занимается разработкой систем и алгоритмов, позволяющих компьютерам «видеть» и интерпретировать изображения и видео как человек. Основная цель КЗ заключается в создании компьютерных систем, способных автоматически анализировать и понимать содержимое изображений, а также принимать решения на основе полученной информации.

Одним из примеров исследований в этой области является проект BrainNet, разработанный в Университете Вашингтона. BrainNet – это система, которая позволяет трем людям общаться между собой через интерфейс мозг-мозг. Эта система использует нейросети и нейровизуализацию для расшифровки мыслей и образов участников (1). Интерфейс сочетает в себе электроэнцефалографию (ЭЭГ) для записи сигналов мозга и транскраниальную магнитную стимуляцию (ТМС) для неинвазивной доставки информации в мозг. Интерфейс позволяет трем человеческим субъектам сотрудничать и решать задачу, используя прямую связь «мозг-мозг». Двое из трех испытуемых являются «отправителями», сигналы мозга которых декодируются с помощью анализа данных ЭЭГ в реальном времени для принятия решений о том, следует ли поворачивать блок в игре, подобной тетрису, прежде чем он будет отброшен для заполнения строки. Решения отправителей передаются через Интернет в мозг третье-

го субъекта, «получателя», который не может видеть экран игры. Решения передаются в мозг получателя с помощью магнитной стимуляции затылочной коры. Приемник интегрирует полученную информацию и принимает решение, используя интерфейс ЭЭГ, либо повернуть блок, либо оставить его в том же положении. Второй раунд игры дает Отправителям еще один шанс подтвердить действия получателя и предоставить обратную связь по ним. Пять групп по три испытуемых успешно использовали BrainNet для выполнения задания Тетрис со средней точностью 0,813. Более того, варьируя информационную надежность отправителей путем искусственного внесения шума в сигнал одного отправителя, обнаружено, что получатели способны определить, какой отправитель более надежен, основываясь исключительно на информации, передаваемой в их мозг. Авторы считают, что их результаты повышают вероятность будущих интерфейсов «мозг-мозг», которые позволят людям совместно решать проблемы, используя «социальную сеть» подключенных мозгов (1).

Другая исследовательская группа занимается стартапом Affectiva – это компания, которая разрабатывает программное обеспечение для распознавания эмоций на основе микровыражений и невербального поведения. Они используют нейросети для анализа физиологических данных, таких как изменения в голосе и лице (2, 3). Компания утверждает, что её ИИ понимает человеческие эмоции, когнитивные состояния, действия и объекты, которые люди используют, анализируя выражения лица и голоса. Являясь ответвлением MIT Media Lab, Affectiva создала новую технологическую категорию искусственного эмоционального интеллекта – Emotion AI. ИИ Affectiva построен на основе глубокого обучения, компьютерного зрения, речевой аналитики и больших объемов данных, собранных в реальных сценариях. ИИ использует оптический датчик, такой как веб-камера или камера смартфона, для идентификации человеческого лица в режиме реального времени. Затем алгоритмы компьютерного зрения идентифицируют ключевые черты лица, которые анализируются алгоритмами глубокого обучения для классификации выражений лица. Затем эти выражения лица преобразуются обратно в эмоции. Было обнаружено, что результаты обучения для анализа выражения лица Affectiva iMotions сопоставимы с результатами, полученными с помощью электромиографии лица. Affectiva использует компьютерное зрение для обнаружения ключевых точек тела, чтобы определить движение и местоположение. Речевая технология компании анализирует аудиосегменты, их акустико-просодические особенности. Affectiva планирует внедрения в автомобильной аналитике, медиа-аналитике, здравоохранении, сфере психического здоровья, робототехнике, диалоговых интерфейсах, образовании, играх (2, 3).

И.Ю. Жовнерчук, Е.В. Жовнерчук запатентовали в 2020 г. «Способ дистанционного распознавания и коррекции с помощью виртуальной реальности психоэмоционального состояния человека» (4), в котором для распознавания психоэмоционального состояния используется индивидуальный динамический мониторинг мимики лица, движений и речи. Для определения мимических показателей, двигательной и речевой активности человеку предъявляют тестовый материал для воздействия на его рецепторное поле. Затем по полученным данным определяют психоэмоциональное состояние в соответствии с системой кодирования лицевых движений. Полученное мимическое изображение классифицируется системой ИИ как аффективный компонент нарушения эмоций – по выраженности и длительности эмоциональных нарушений, определяемых как простая эмоция, настроение, аффект, по характеру эмоциональных нарушений – сниженное или повышенное настроение, неустойчивая эмоциональная сфера, качественное искажение эмоций, по моторному компоненту аффективных нарушений – повышенная и сниженная двигательная активность, идеаторный компонент аффективных нарушений – по быстрой и медленной речи, и запоминается как база данных спектра эмоций индивидуального человека. После чего проводят дистанционный мониторинг с использованием ИИ для постоянного сопоставления данных сокращения мимических мышц, двигательной и речевой активности со сформированной базой данных спектра эмоций человека.

Представляет интерес исследование: «Методы оценки изменения настроения при дистанционном обучении с помощью методов глубокого обучения» (5). По мнению авторов, в проведении своевременной диагностики психических расстройств может помочь ИИ, который лишён субъективизма, присущего разным исследователям. В статье представлен обзор технологий (ИИ) и его применения в здравоохранении, обзор последних оригинальных исследований в области ИИ, посвященных психическому здоровью, и обсуждение того, как ИИ может дополнить современную модель дистанционного обучения, нацеленную на контроль эмоционального состояния обучающихся, а также области, требующие дополнительных исследований. Проанализированы исследования, в которых использовались видеозаписи, снятые с помощью различных устройств, и фотографии для прогнозирования и классификации психических заболеваний, включая депрессию, расстройства настроения (аффективные расстройства), а также разных уровней стресса. В совокупности эти исследования показали высокую точность и предоставили примеры потенциала ИИ в области психического здоровья. Большинство из них следует рассматривать как ранние пробные работы, демонстрирующие потенциал использования алгоритмов машинного обучения для решения проблем психического здоровья.

Авторы исследования «Hyperrealistic neural decoding for reconstructing faces from fMRI activations via the GAN latent space» (6) используют генеративные состязательные сети (GAN). Участникам исследования предъявляли стимульный материал, фиксировали изменения на ФМРТ (функциональной магнитно-резонансной томографии), обучали нейросеть на дата-сетах картинок с соответствующими им паттернами ФМРТ. Последующее декодирование результатов ФМРТ-измерений с помощью GAN (состязательных генеративных нейросетей), когда нейросети заранее не был известен стимульный материал, привело «к беспрецедентным реконструкциям восприятия» (6). По мнению авторов, продолжение исследований поможет людям с ограниченными возможностями, например сделать этот метод предпочтительным средством общения с изолированными пациентами. Учитывая скорость прогресса в области генеративного моделирования, авторы полагают, что эта структура, вероятно, приведет к еще более впечатляющим реконструкциям восприятия и, возможно, даже образов в ближайшем будущем.

Исследователи из Национального университета Сингапура и Китайского университета Гонконга разработали процесс, способный генерировать видео из сканов мозга (7). Свою работу они назвали «Cinematic Mindscapes: High-quality Video Reconstruction from Brain Activity» (Кинематографические ландшафты сознания: Высококачественная видеореконструкция мозговой активности) и опубликовали её в мае 2023 года. Ученые использовали сканы, полученные с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) для обучения модели Stable Diffusion. В результате исследователям удалось создать высококачественные видео того, что видит человек. В последние месяцы появились сообщения об успешном воссоздании неподвижных изображений, полученных по сканам мозга с помощью модели Stable Diffusion, которая обычно используется для создания изображений. Но, как говорит ведущий автор работы Цзясинь Цин, получение «видеороликов» представляет собой особую задачу. В процессе фМРТ-сканирования обычно регистрируются сигналы, зависящие от уровня насыщения крови кислородом. Изображения активности мозга делаются раз в несколько секунд. Это приводит к получению видеоизображений низкого качества. Чтобы получить нужную скорость – 30 кадров в секунду – надо добиться непрерывного «перетекания» кадра в кадр. В системе, разработанной учеными, это сделать удалось с помощью Mind-Video – инновационного ИИ. Восстановленные видео были оценены с использованием различных семантических показателей и показателей на уровне пикселей. Исследователи достигли средней точности в 85% в задачах семантической классификации и 0,19 в индексе структурного сходства (SSIM), превзойдя предыдущий уровень технических возможностей на 45%.

Менее впечатляющими выглядят на этом фоне результаты исследователей из Университета Киото в Японии, полученные в 2017 г. (8). Команда использовала НС глубокого обучения для восстановления воображаемых волонтёрами изображений, мозговая активность которых была записана с помощью ФМРТ. Исследователи смогли реконструировать изображения с точностью до 80%. Количество подобного рода исследований растёт лавинообразно, раз начатые и получившие первые успешные результаты, они стремительно двигаются дальше.

Нейровизуализация с помощью технологий ИИ предоставляет всё больше возможностей для психовизуализации – от молниеносной оценки эмоциональных состояний до всё более точного и детального воспроизведения статичных и динамичных образов. Пока зачастую в специально созданных условиях эксперимента, но и не только. Несмотря на успешные, но пока зачаточные исследования психовизуализации с помощью ИИ, исследование применения технологий машинного обучения для диагностики психических состояний, выявления болезненных представлений, образов, кажется довольно очевидным.

Одним из подходов к расшифровке мыслительной деятельности с помощью НС является обучение НС на данных ЭЭГ. Несмотря на распространённость этого вида исследования и возможности использования портативных ЭЭГ-гарнитур, преобладающая масса работ по внедрению ИИ для оценки ЭЭГ касается оценки самой ЭЭГ как таковой, т.е. выявления её специфических паттернов – эпилептических и неэпилептических. И в этой области тоже продемонстрированы впечатляющие результаты.

Что же относится к попыткам оценки психоэмоциональных состояний с помощью ЭЭГ и НС, то их немного. Хотя почти каждая клиника имеет подобного рода аппаратуру, в отличие от того же ФМРТ. Представляет интерес исследование, целью которого было найти отличительные признаки на основе ЭЭГ и соответствующие методы классификации паттернов мозговых волн на основе их уровня активности или частоты для распознавания психического состояния. Классифицированы три возможных состояния (расслабление, нейтральность и концентрация), определенные когнитивно-поведенческими исследованиями. В итоге точность прогнозирования состояний составила 87,16%. Авторы планируют продолжение исследований, которые будут нацелены на определение аффективных состояний при оказании психиатрической помощи (9).

Анализируя уже достигнутые результаты в оценке психоэмоциональных состояний с помощью технологий ИИ, можно утверждать, что в ближайшем будущем можно будет говорить не только о нейровизуализации, но и психовизуализации. И это, конечно, может существенно повлиять как на диагностику и лечение психических расстройств, так и на саму профессию врача-психиатра.

Большое значение в ближайшем будущем для клинической психиатрии будут иметь следующие направления.

1. Исследование возможностей ИИ для распознавания микровыражений и невербальных сигналов. Например, распознавание микровыражений грусти или тревоги может помочь в диагностике депрессии или тревожных расстройств.

2. Оценка социальной коммуникации: НС могут применяться для анализа невербальных сигналов, связанных с социальной коммуникацией, таких как жесты, мимика, интонация и другие факторы. Изучение невербальных сигналов может помочь психиатрам в оценке качества и эффективности коммуникации у пациентов с аутизмом, социальными фобиями.

3. Мониторинг прогресса лечения: НС могут быть обучены анализировать изменения в микровыражениях и невербальных сигналах пациента со временем. Это может помочь психиатрам в оценке эффективности лечения и мониторинге прогресса пациента. Например, они могут использоваться для определения изменений в эмоциональной выразительности или социальных навыках пациента после применения определенных терапевтических методов.

4. НС можно обучить распознавать микровыражения и невербальные сигналы с высокой степенью точности. Это может помочь психиатрам выявить пациентов, испытывающих проблемы с психическим здоровьем, даже если они не осознают их.

5. Уменьшенная предвзятость: НС не подвержены тем же предубеждениям, что и врачи-люди. Это может помочь обеспечить справедливый диагноз пациентам, независимо от их расы, пола или социально-экономического статуса.

6. Повышенная эффективность: НС могут быстро и легко обрабатывать большие объемы данных. Это может помочь психиатрам быстрее и эффективнее диагностировать пациентов, освобождая их время для того, чтобы сосредоточиться на других аспектах ухода за пациентами.

Оценка микровыражений – прерогатива систем компьютерного зрения. Подобные системы гораздо проще внедрить, чем НС в связке с ФМРТ или даже НС в связке с ЭЭГ, а между тем их потенциал может быть очень большим. Ведь не так уж важно знать конкретное содержание мыслей человека, куда важнее понимать, диссимулирует ли психически больной своё состояние, имеет ли суицидные мысли, может ли представлять непосредственную опасность для себя или окружающих, насколько актуальными остаются его переживания в целом, сохраняется ли противоправная активность у лица, находящегося на принудительном лечении и так далее. Подобные системы могут наблюдать за психическим состоянием пациентов круглосуточно, без устали и помогать персоналу вовремя замечать изменения психического состояния.

Что же касается систем ИИ, направленных на изучение содержания мыслительной деятельности (ФМРТ+ИИ, ЭЭГ+ИИ), то и здесь есть ряд потенциальных направлений для применения: 1) оказание помощи людям с ограниченными возможностями, которые не в состоянии общаться устно, или ограничены в выражении своих мыслей, 2) выявление диссимуляции психического состояния, 3) выявление суицидных мыслей и представлений, 4) выявление мыслей и образов, несущих потенциальную опасность окружающим, 5) собственно исследовательская цель – подобного рода интерфейсы помогут лучше понять особенности поведения каждого пациента.

В целом разработка и внедрение ИИ в психиатрии, в том числе и части, которая касается психовизуализации, прежде всего должна способствовать персонализация лечения, отслеживанию прогресса лечения, отслеживанию за психическим состоянием.

Несмотря на взрывной характер развития ИИ, скорость его внедрения в различные сферы человеческой деятельности, в том числе в здравоохранение, существует ряд проблем, связанных с использованием НС для расшифровки мыслей и образов. Во-первых, нейронным сетям требуется много данных для обучения. Чтобы обучить НС расшифровывать мысли, исследователям необходимо собрать данные от людей, которые думают о конкретных вещах. Эти данные могут быть собраны с помощью ЭЭГ или МРТ. Во-вторых, обучение НС может быть дорогостоящим. Стоимость обучения НС зависит от размера набора данных (датасета) и сложности задачи. В-третьих, результаты, полученные с использованием НС, могут быть трудны для интерпретации. Иногда бывает трудно понять, почему НС делает тот или иной прогноз. Вот некоторые из проблем, которые необходимо решить, прежде чем НС смогут широко использоваться в психиатрии.

1. Доступность данных: НС для обучения требуются большие объемы данных. Эти данные может быть трудно получить, особенно при редких психических расстройствах.

2. Интерпретация результатов: НС – сложные алгоритмы, интерпретировать результаты их предсказаний может быть сложно. Это может затруднить понимание того, почему НС сделала тот или иной прогноз, что может затруднить использование прогнозов для улучшения лечения.

3. Этические соображения: существует ряд этических соображений, которые необходимо учитывать при использовании НС для расшифровки мыслей, образов, психоэмоциональных состояний. Например, как будут использоваться эти данные? Кто будет иметь доступ к этим данным? Как данные будут защищены от неправильного использования? Как быть с неприкосновенностью частной жизни?

Выводы. Предполагается, что в будущем ИИ, НС могут быть использованы для создания устройств, которые смогут читать наши мысли (психовизуализация). Однако существует ряд проблем, которые необходимо преодолеть, прежде чем НС можно будет использовать таким образом. Использование ИИ, НС для расшифровки мыслей и образов в психиатрии все еще находится на ранних стадиях, но потенциальные преимущества значительны. Поскольку технология продолжает развиваться, вполне вероятно, что мы увидим, как нейронные сети будут все чаще использоваться в психиатрии для улучшения диагностики и лечения психических расстройств, наблюдения за психическим состоянием.

Список литературы

1. Jiang L, Stocco A, Losey DM. et al. BrainNet: A multi-person brain-to-brain interface for direct collaboration between brains. Sci Rep. 2019. 9, 6115. https://doi.org/10.1038/s41598-019-41895-7
2. HOW IT WORKS – Affectiva: Affectiva. https://www.affectiva.com/how/how-it-works/.
3. Kulke L, Feyerabend D, Schacht A. A Comparison of the Affectiva iMotions Facial expression analysis software with EMG for identifying facial expressions of emotion. Front Psychol. 2020 Feb 28;11:329. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00329. PMID: 32184749; PMCID: PMC7058682.
4. Жовнерчук И.Ю., Жовнерчук Е.В. Способ дистанционного распознавания и коррекции с помощью виртуальной реальности психоэмоционального состояния человека. https://patents.s3.yandex.net/RU2711976C1_20200123.pdf
5. Ермолина Д.О., Никитин П.В. Методы оценки изменения настроения при дистанционном обучении с помощью методов глубокого обучения. Современные информационные технологии и ИТ-образование. 2021. Т. 17, № 3. С. 749-756.
6. Dado T, Güçlütürk Y, Ambrogioni L, Ras G, Bosch S, van Gerven M, Güçlü U. Hyperrealistic neural decoding for reconstructing faces from fMRI activations via the GAN latent space. Sci Rep. 2022 Jan 7;12(1):141. doi: 10.1038/s41598-021-03938-w. PMID: 34997012; PMCID: PMC8741893.
7. Chen Z, Qing J, Zhou JH. Cinematic mindscapes: high-quality video reconstruction from brain activity. https://arxiv.org/abs/2305.11675
8. Shen G, Horikawa T, Majima K, Kamitani Y. Deep image reconstruction from human brain activity. PLoS Comput Biol. 2019 Jan 14;15(1):e1006633. doi: 10.1371/journal.pcbi.1006633. PMID: 30640910; PMCID: PMC6347330.
9. Bird JJ, Manso LJ, Ribeiro EP, Ekart A, Faria DR. A Study on mental state classification using EEG-based brain-machine interface. 9th International Conference on Intelligent Systems. Madeira Island, Portugal 2018. https://www.sci-hub.ru/10.1109/is.2018.8710576

Риски и проблемы использования искусственного интеллекта в психиатрии

Богданов Я.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Введение. ИИ предлагает широкий спектр возможностей в области психиатрии – от автоматизации процессов диагностики до разработки персонализированных методов лечения, ИИ может стать сильным инструментом для улучшения качества здравоохранения, но внедрение ИИ в психиатрию вызывает ряд важных рисков и проблем, которые следует рассмотреть (3). В настоящее время ведутся исследования по внедрению и адаптацию в медицину и психиатрию различных типов нейросетей (рекуррентных, генеративных, свёрточных, глубоких, гибридных) (4, 5, 6, 7).

Риски использования искусственного интеллекта в психиатрии:

1. Ограничения в качестве данных: использование ИИ требует доступа к большим объемам данных, включая медицинские записи пациентов. Однако некорректные или неполные данные могут привести к неверным выводам и диагнозам, что может иметь негативные последствия для пациентов.

2. Этические вопросы: применение ИИ в психиатрии включает сбор, хранение и анализ конфиденциальной информации о пациентах. Возникают вопросы о конфиденциальности и безопасности данных, о согласии пациентов на использование ИИ в их лечении.

3. Недостаток человеческого фактора: психиатрия требует эмпатического взаимодействия между пациентом и врачом. Использование ИИ может привести к уменьшению человеческого фактора, что может отрицательно сказаться на качестве психиатрической помощи и взаимодействии с пациентами.

4. Непредсказуемость и недоверие: ИИ, основанный на алгоритмах машинного обучения, может проявлять сложное и непредсказуемое поведение, является своеобразным «чёрным ящиком» (точные механизмы взаимодействия между собой «нейронов» в нейросети до конца непонятны, даже если известна их архитектура). Это может вызвать недоверие со стороны пациентов и врачей, особенно когда ИИ принимает важные решения, например, в выборе метода лечения или прогнозировании изменений в психическом состоянии

5. Ответственность и юридические вопросы: использование ИИ в психиатрии вводит новые вопросы о юридической ответственности и этике. Кто несет ответственность за ошибочные диагнозы или неправильные рекомендации, сделанные ИИ? Как определить, когда принимать решение, основанное на ИИ, а когда полагаться на мнение врача?

6. Пристрастность и неравенство: алгоритмы машинного обучения, используемые в ИИ, могут быть подвержены пристрастности, основанной на нерепрезентативности данных или предвзятых алгоритмических решениях. Это потенциально может привести к дополнительной стигматизации.

7. Взаимодействие с пациентами: врачи-психиатры должны быть готовы к обучению пациентов в использовании систем ИИ и объяснению им, как эти системы могут помочь в их лечении. Некоторым пациентам может вызвать беспокойство или сопротивление идея общения с машиной, поэтому врачи должны уметь объяснить пациентам преимущества и ограничения такого взаимодействия.

Всё сказанное выше применимо не только к психиатрии, но и к другим отраслям медицины, в которых взаимодействие между врачом и пациентом имеет существенное значение, а ещё шире – касается фундаментальных вопросов взаимодействия ИИ с человеком. Краеугольный вопрос – гуманистический. Основополагающая цель – гуманизация ИИ. Главные задачи – общественный контроль, законодательное регулирование, развитие ИИ с учётом гуманистических потребностей (2).

Принимаемые меры. Европейский Союз (ЕС) готовится ввести первый в мире закон, регулирующий использование ИИ, профильные комитеты Европарламента поддержали проект, за которым закрепилось название AI Act. Если документ примут, то во всех странах ЕС введут ограничения, в том числе на системы распознавания лиц в общественных местах, прогнозирование правонарушений и социальный рейтинг на основе ИИ. Распознавание лиц – только с разрешения суда (эта технология может иметь значение для диагностики психических расстройств). Законопроект, предполагает разделение систем, основанных на ИИ, на четыре категории по риску. От степени риска зависят ограничения, которые будут накладывать на сервисы: 1) ИИ-системы с минимальным риском – игры или спам-фильтры. Будут работать без ограничений; 2) системы с ограниченным риском. Вероятно, этот статус получат чат-бот ChatGPT или фотогенератор Midjourney. Создатели таких сервисов должны соблюдать требования о «прозрачности» и предупреждать пользователя, что текст или изображение, которые он видит, созданы нейросетью; 3) системы с высокой степенью риска. К этой категории относятся проекты (в сфере образования и трудоустройства), где ИИ определяет, кто из абитуриентов заслуживает поступить, а кто из соискателей – получить работу. По замыслу законодателей, такие сервисы не должны попасть к конечному пользователю, пока не пройдут тщательную оценку; 4) «неприемлемые» системы. Под эту категорию подходят ИИ-сервисы для выставления «социального рейтинга» на основе благонадежности граждан, аналогичные системе, принятой в Китае. Кроме того, планируется

запретить системы «дистанционной биометрической идентификации», разделяющие людей по полу, расе, этнической принадлежности, гражданству, религии и политическим взглядам. Также под запретом окажутся системы предиктивной аналитики для выявления будущих преступников.

Вероятно и российское законодательство будет отражать вызовы современности в части касающейся ИИ, в том числе и закон о психиатрической помощи наверняка будет дополнен статьями, регулирующими сбор биометрических данных, регламентирующими соответствующие процедуры, а также их анализ с использованием ИИ.

Заключение. Использование ИИ в психиатрии предоставляет значительные перспективы для улучшения диагностики, лечения и самоуправления пациентами. Однако необходимо учитывать и риски, такие как ограничения в качестве данных, этические вопросы, недостаток человеческого фактора. Разработка эффективных стратегий для управления этими рисками и обеспечения этического использования ИИ является неотъемлемой частью успешной интеграции ИИ в психиатрию. Постоянное обучение и совершенствование алгоритмов ИИ должны быть нацелены на создание надежных и прозрачных систем помощи, как пациентам, так и специалистам в области психиатрии.

Список литературы

1. Искусственный интеллект в медицине: сферы, технологии и перспективы. https://habr.com/ru/companies/first/articles/682516
2. Медицина и искусственный интеллект – опасная связь? https://news.un.org/ru/story/2021/06/1405512
3. Савина М.А. Применение искусственного интеллекта в психиатрии: проблемы и перспективы. https://phc.hse.ru/humai/news/581284032.html
4. Подоплелова Е.С. Анализ методов искусственного интеллекта, применяемых для решения задач в психиатрии. Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2022. № 2 (226). С. 180-189.
5. Ермолина Д.О., Никитин П.В. Методы оценки изменения настроения при дистанционном обучении с помощью методов глубокого обучения. Современные информационные технологии и ИТ-образование. 2021. Т. 17, № 3. С. 749-756.
6. Курейчик В.В., Родзин С.И., Бова В.В. Методы глубокого обучения для обработки текстов на естественном языке. Известия Южного федерального университета. Технические науки. 2022. № 2 (226). С. 189-199.
7. Васильченко К.Ф., Усов Г.М. Применение свёрточных нейронных сетей в качестве инструмента объективизации диагностики шизофрении: пилотное исследование. Социальная и клиническая психиатрия. 2022. Т. 32, № 1. С. 23-27.

Побочные эффекты при применении типичных и атипичных нейролептиков у больных с первым психотическим эпизодом (сравнительный анализ)

Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Цель: исследовать влияние нейролептиков разных фармакологических групп на нейрокогнитивные функции и моторную систему в процессе терапии.

Задачи: 1) провести сравнительную оценку выраженности побочных эффектов в двигательной сфере на фоне приёма атипичных и классических нейролептиков, 2) оценить в динамике показатели памяти и внимания в зависимости от приёма нейролептиков разных групп, 3) сравнить показатели в группах пациентов, принимавших типичные и атипичные нейролептики.

Материалы и методы: клинико-экспериментальные методики для оценки памяти, внимания и побочных эффектов приёма нейролептиков; психометрические шкалы (10-балльная шкала Симпсона-Ангуса (SAS) для оценки экстрапирамидных расстройств; 4-балльная рейтинговая шкала Барнса (Barnes) для оценки акатизии; шкала ЭПР ESRS; Таблицы Шульте, Методика «10 слов»

Исследование проводилось на базе 1-3-го отделения ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница».

Критерии включения: диагноз «Острые и преходящие психотические расстройства» (F23), в том числе острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) и с симптомами шизофрении (F23.1); лечение нейролептиками, возможность вести беседу и выполнять необходимые пробы, выраженность психотической симптоматики не более 80 баллов по Шкале оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), число госпитализаций не более 2, давность установления диагноза не более 2 месяцев, длительность приема нейролептиков до включения в исследование не более 10 дней.

Критерии исключения: агрессивное поведение, хронические заболевания в стадии обострения, органические поражения ЦНС.

В зависимости от поколения принимаемых антипсихотических препаратов были сформированы две группы, в каждую группу включено одинаковое число пациентов (n=10): 1-я группа – принимающие нейролептики второго поколения (атипичные, АН), 2-я группа – принимающая нейролептики первого поколения (типичные, ТН).

Всего в исследовании приняли участие 20 человек, мужчины, в возрасте от 20 до 35 лет.

Продолжительность исследования составила 8 недель (60 дней). В течение периода исследования больные получали среднетерапевтические суточные дозы нейролептиков. У всех больных в начальной точке исследования отсутствовали или были минимальные, маловыраженные симптомы акатизии, экстрапирамидные расстройства. Контрольными точками терапевтического процесса являлись Д1, Д7, Д14, Д28, Д42, Д60 (соответственно 1-я, 2-я, 3-я, 4-я, 6-я недели и окончание терапии).

Таблица 1. **Распределение показателей по Шкале BURNS для оценки акатизии у пациентов, принимавших антипсихотические препараты**

Вид антипсихотической терапии	Контрольные точки мониторинга терапии				
	Д7	Д14	Д28	Д42	Д60
Аитипичные нейролептики	1,9	2,6	2,8	2,4	1,9
Типичные нейролептики	3,2	5,0	5,6	5,2	4,4

Лечение антипсихотиками в 1-й группе начиналось с 1-го дня поступления в стационар во всех случаях, в этой группе выявлены незначительные, минимальные проявления акатизии, сохранившиеся к 28-му дню лечения. В начальной стадии терапии (через 7-10 дней) менее чем у половины (n=4) пациентов 2-й группы в связи с низкой выраженностью (80 баллов и менее) психотической симптоматики в клинической картине обнаружены минимальные проявления акатизии со средним значением 0,9. Как видно из таблицы 1, средний балл по шкале при приёме типичных нейролептиков возрос от 7-го к 14-му дню терапии, пик зафиксирован на 28-й день терапии типичными нейролептиками.

Таблица 2. **Распределение показателей по Шкале SAS Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных расстройств у пациентов, принимавших антипсихотические препараты**

Экстрапирамидный побочный эффект	Контрольные точки мониторинга терапии					
	Д1	Д7	Д14	Д28	Д42	Д60
Походка	0	0	3	4	4	2
Свободное падение рук	0	0	1	1	1	0
Качание плеч	0	0	0	1	1	0
Ригидность локтей	0	0	0	0	0	0
Ригидность запястий	0	0	0	0	0	0
Вращение головы	0	0	0	1	1	1
Постукивание переносицы	0	1	1	1	1	1
Тремор	0	0	2	3	3	2
Слюноотделение	0	3	3	4	4	3
Акатизия	0	3	4	4	4	2
Общий бал	0	5	14	19	19	11
Средний бал	0	0,5	1,4	1,9	1,9	1,1

В дальнейшем в обеих группах пациентов проведено психодиагностическое тестирование по Шкале оценки экстрапирамидных побочных эффектов, в частности непроизвольных движений отдельно по группам мышц (включая 10 параметров по шкале от 0 до 4).

Таблица 2. **Распределение показателей по Шкале SAS Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных расстройств у пациентов 1-й группы, принимавших атипичные нейролептики**

Экстрапирамидный побочный эффект	Контрольные точки мониторинга терапии					
	Д1	Д7	Д14	Д28	Д42	Д60
Походка	0	0	3	4	4	2
Свободное падение рук	0	0	1	1	1	0
Качание плеч	0	0	0	1	1	0
Ригидность локтей	0	0	0	0	0	0
Ригидность запястий	0	0	0	0	0	0
Вращение головы	0	0	0	1	1	1
Постукивание переносицы	0	1	1	1	1	1
Тремор	0	0	2	3	3	2
Слюноотделение	0	3	3	4	4	3
Акатизия	0	3	4	4	4	2
Общий бал	0	5	14	19	19	11
Средний бал	0	0,5	1,4	1,9	1,9	1,1

Таблица 3. **Распределение показателей по Шкале SAS Симпсона-Ангуса для оценки экстрапирамидных расстройств у пациентов 2-й группы, принимавших типичные нейролептики**

Экстрапирамидный побочный эффект	Контрольные точки мониторинга терапии					
	Д1	Д7	Д14	Д28	Д42	Д60
Походка	3	10	17	19	17	12
Свободное падение рук	2	10	11	11	10	8
Качание плеч	2	8	8	9	8	8
Ригидность локтей	1	5	5	5	4	4
Ригидность запястий	1	2	1	1	0	0
Вращение головы	1	5	5	6	3	3
Постукивание переносицы	0	2	2	3	2	1
Тремор	0	8	12	14	10	8
Слюноотделение	1	5	11	13	16	12
Акатизия	2	10	26	22	24	10
Общий бал	13	50	98	103	94	66
Средний бал	1,3	5,0	9,8	10,3	9,4	6,6

Оценка исследования по Шкале SAS проводилась по общему и среднему баллам. В 1-й группе больных, принимающих АН, минимальные непроизвольные движения выявляются на 14-й день, слегка заметное

снижение объема движений во время ходьбы (3 балла), учащенное моргание (1 балл), появление слюноотделение (3 балла), акатизия в виде легкого двигательного беспокойства (3 балла). Средний балл имел значение 1,4. Только к 28-му дню лечения обнаружено возрастание среднего балла до 1,9. В этой точке исследования у больных появляются такие симптомы, как тремор, увеличивается слюноотделение, появляется незначительная скованность плечевого пояса и головы.

Во 2-й группе пациентов, принимавших типичные нейролептики, 4 пациента начали обследование с 7-10-го дня лечения, что вызвано низким значением показателей ПАНС (менее 80), у них отмечались легкие минимальные проявления нежелательных побочных явлений в 1-й день визита. Однако к 7-му дню терапии отмечался значительный рост нежелательных побочных явлений, средний балл составил 5,0. Нежелательные явления наблюдались у 7 пациентов, также и у тех, кто получал корректоры психофармакотерапии. 3 больным назначался циклодол 2-4 мг сут. К 14-му дню средний балл увеличился в 2 раза и составил 9,8, преимущественно за счет акатизии. Пик зарегистрирован на 28-й день контроля. Несмотря на активное корректирующее лечение, отмечались проявления паркинсонизма. Но уже к 42-му и 60-му дням контроля зафиксирован спад нежелательных побочных явлений. Средний балл составил 9,4 и 6,6 соответственно.

Таблица 3. **Распределение показателей по Шкале ESRS для оценки выраженности экстрапирамидных расстройств у пациентов, принимавших антипсихотические препараты**

Экстрапирамидные симптомы	Контрольные точки мониторинга терапии					
	Д1	Д7	Д14	Д28	Д42	Д60
Атипичные нейролептики						
Паркинсонизм	0	0	20%	20%	20%	10%
Дистония	0	0	0	0	0	0
Дискинезия	0	0	0	0	0	0
Типичные нейролептики						
Паркинсонизм	10%	40%	50%	60%	60%	30%
Дистония	20%	20%	10%	30%	0	0
Дискинезия	0	0	0	0	0	0

В таблице 3 представлены результаты сравнительного анализ выраженности экстрапирамидных нарушений по данным психометрической шкалы ESRS, однако показано не оценочное значение, а приводится процентное соотношение пациентов, имеющих побочные эффекты. В 1-й группе пациентов, получающих АН, отмечались минимальные нежелательные эффекты, обнаруженные в 20% случаев в виде явлений паркинсонизма.

В то время как во 2-й группе пациентов, получающих терапию ТН, начиная с 1-й контрольной точки обследования отмечались явления паркинсонизма и дистонии, к 28-му дню терапии проявления паркинсонизма увеличились до 60%, дистонии – до 30%.

На следующем этапе по Таблицам Шульте проводилась психодиагностика внимания и зрительной памяти (устойчивость, объём). В таблице 4 показана динамика способности концентрировать внимание по результатам контрольных точек терапии Д1, Д28 и Д60, данные представлены в виде средних значений времени в секундах. В обеих группах пациентов (принимавших АТ и ТН) прослеживается тенденция к снижению внимания, концентрации, переключению на другое занятие, врабатываемости. Однако у пациентов 1-й группы способность воспринимать и перерабатывать новый материал оказалась выше, они были менее истощаемы при выполнении заданий по оценке внимания и умственной работоспособности, чем пациенты 2-й группы (ТН), о чем свидетельствует более низкие показатели затрат времени на реализацию задания.

Таблица 4. **Распределение показателей по Таблицам Шульте для оценки когнитивных функций у пациентов, принимавших антипсихотические препараты**

Вид антипсихотической терапии	Контрольные точки мониторинга терапии		
	Д1	Д28	Д60
Аитипичные нейролептики	56 с.	52 с	50 с
Типичные нейролептики	58 с	66 с	60 с

Таблица 5. **Распределение показателей по Методике10 слов для оценки непосредственного кратковременного, долговременного, произвольного и непроизвольного запоминания у пациентов, принимавших антипсихотические препараты**

Вид антипсихотической терапии	Контрольные точки мониторинга терапии		
	Д1	Д28	Д60
Аитипичные нейролептики			
Кратковременная память	7,2	8,4	8,6
Отсроченная память	5,4	5,8	6,2
Типичные нейролептики			
Кратковременная память	7,6	7,5	7,8
Отсроченная память	5,6	5,4	5,4

Представленные в таблице 5 показатели демонстрируют снижение как кратковременной, так и долговременной памяти в обоих группах, при этом у пациентов 1-й группы показатели более низкие, чем во 2-й группе. Выявленные отличия незначительные (в 2-3 словах), по окончании периода обследования зарегистрировано улучшение когнитивных функций по сравнению с началом лечения (на период поступления в стационар).

Обсуждение результатов. Согласно результатам исследования, частота возникновения побочных эффектов в моторной сфере в виде дискоординации движений значительно выше во 2-й группе больных (ТН). Так, во 2-й группе 7 пациентам потребовалось назначение корректора циклодола в дозе 2-4 мг, а в 1-й группе – только 2 пациентам. Корректоры в начале исследования не назначались с профилактической целью, а только при появлении побочных эффектов. Кроме того, у пациентов 1-й группа (АН) побочные действия проявлялись в более поздние сроки и быстрее устранялись небольшими дозами корректора. В 2-й группе пациентов (ТН) побочные действия развивались гораздо быстрее – уже на 1-2-й неделе терапии, что купировалось более высокой дозой корректора побочных действий нейролептика, но даже при их назначении не проходили окончательно. У пациентов 1-й и 2-й групп в моторной сфере из побочных действий в первую очередь зафиксированы такие симптомы как акатизия и экстрапирамидные расстройства, проявлявшиеся в виде острой дистонии, острой акатизии, паркинсонизма, ранним тремором, причем в течение первых дней или недель после начала приёма нейролептика. Анализ показателей внимания, краткосрочной и долгосрочной памяти показал более высокую способность сохранять информацию у пациентов 1-й группы, однако улучшение показателей произошло лишь к концу исследования.

Выводы. Результаты исследования показали, что атипичные нейролептики оказывают минимальное воздействие на моторную сферу, имеют меньшую потребность в корректорах, оказывают большее положительное влияние на нейрокогнитивные функции, практически не вызывают экстрапирамидных побочных эффектов, при этом более эффективны в устранении/снижении продуктивной и негативной симптоматики. В литературных источниках именно с этим связано придание им статуса препаратов выбора при первом эпизоде шизофрении. За счет лучшей переносимости, благоприятного действия на негативную симптоматику и нейрокогнитивный дефицит можно вернуть впервые перенесшего психоз в привычную для него социально-профессиональную среду с наименьшими потерями, на оптимальном уровне поддерживать в дальнейшем социальное функционирование и качество жизни, сократить число обострений и повторных госпитализаций. Для предупреждения, диагностики и своевременного назначения корректоров больным, находящихся на лечении антипсихотиками, особенно если больные принимают классические нейролептики, следует регулярно обследовать на наличие экстрапирамидных расстройств, предпочтительно с использованием стандартизированных шкал, что имеет преимущество перед обычным визуальным осмотром пациента.

Список литературы

1. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных. М. : ИД Медпрактика-М, 2004. 492 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Купирующая терапия атипичными антипсихотиками больных с впервые возникшими психотическими состояниями. Социальная и клиническая психиатрия. 2011, Т. 21, № 4. С. 51-57.
3. Данилов Д.С. Дифференцированное применение современных антиписхотических средств при лечении шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. № 4. С. 89-94.
4. Зайцева Ю.С. Первый психотический эпизод. Пятилетний катамнез: клинико-нейропсихологическое исследование: дис. … к.м.н. М., 2010. 198 с.
5. Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения антипсихотических средств при лечении обострений шизофрении (метаанализ оригинальных исследований оланзапина, рисперидона, кветиапина, клозапина и галоперидола). Новые достижения в терапии психических заболеваний / под ред. С.Н. Мосолов М., 2002. С. 82-94.
6. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Алфимов П.В. Алгоритмы биологической терапии шизофрении. Современная терапия психических расстройств. 2014. № 1. С. 27-36.
7. Стандарты оказания помощи больным шизофренией. Московский НИИ психиатрии Росздрава / под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова, А.Б. Шмуклера. М., 2006.

Роль психосоциальных факторов в развитии побочных эффектов антипсихотической терапии у больных параноидной шизофрении

Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Цель исследования: выявление, анализ и определение значения социально-психологических факторов в формировании побочных эффектов терапии антипсихотическими препаратами у больных параноидной шизофренией,

Задачи: 1) анализ побочных эффектов терапии антипсихотическими препаратами (АПП) у больных параноидной шизофренией, госпитализированных в психиатрический стационар первично и во второй и более раз с дальнейшим определением влияния факторов адаптации к заболеванию и его лечению в условиях психиатрического стационара; 2) выявление отношения больных параноидной шизофренией к методам лечения психопатологических нарушений и основным группам психофармакологических препаратов; 3) исследование способов самокоррекции побочных

эффектов антипсихотической терапии больными параноидной шизофренией, в том числе с использованием алкоголя и других ПАВ; 4) изучение вклада социально-бытовых условий и уровня жизнедеятельности пациентов в формировании побочных эффектов психофармакотерапии.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 1-3-го отделения ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница». Период проведения: второе полугодие 2021 г. В исследование были включены пациенты (n=45), которым клинически был выставлен диагноз шизофрении параноидной (F20.0 по МКБ-10), со сроком наблюдения у специалистов психиатрической службы 0-15 лет.

Пациенты исследовательской выборке были разделены на две группы: 1-я группа (n=15) – первично госпитализированные (ПеП), 2-я группа (n=30) – повторно госпитализированные (ПоП) 2 и более раз. По численности 2-я группа превосходила 1-ю.

Критерии включения: установленный диагноз острого психотического расстройства, возраст пациентов от 28 до 50 лет, период болезни не более 15 лет, отсутствие тяжелой соматической патологии и установленного наркологического диагноза, лечение АПП в формате моно- и битерапии, на начальном этапе терапии без корректоров психофармакотерапии.

В рамках исследования выполнен сравнительный анализ экстрапирамидных нарушений, выявленных в структуре комплекса побочных эффектов антипсихотической терапии параноидной шизофрении в группах пациентов с первичными и повторными госпитализациями, с использованием шкалы ESRS, позволяющей определить наличие симптомов паркинсонизма, дистонии и дискинезии.

Таблица 1. **Распределение частоты встречаемости экстрапирамидной симптоматики по Шкале ESRS у пациентов, принимавших терапию антипсихотическими препаратами, абс.**

Экстрапирамидные симптомы	1-я группа (n=15) – первично госпитализированные	2-я группа (n=30) – повторно госпитализированные
Паркинсонизм	0	8
Дискинезия	5	6
Дистония	6	3
Акатизия	4	3

Как видно из представленной таблицы 1, что в ситуации первичной госпитализации пациентов в стационар экстрапирамидные побочные эффекты проявляются дистоническими, дискинетическими реакциями и стереотипной акатизией. В случае повторных госпитализаций встречался только паркинсонизм. В 1-й группе пациентов с отсутствием побочных явлений не выявлено, со временем продолжительности терапии у всех появлялись экстрапирамидные нарушения. Таким пациентам в зависимо-

сти от психического состояния назначались антихолинергические корректоры (n=7), корректировались (снижались, заменялись) дозы лекарственных препаратов (n=8).

Выполнено ранжирование нежелательных побочных эффектов психофармакотерапии с использованием метода анкетирования только по данным опроса повторно госпитализированных (n=30) пациентов 2-й группы. Из них 10 пациентов не предъявляли жалобы на какие-либо неприятные ощущения в результате ПФТ, в то же время большинство (n=20) высказывали те или иные жалобы (табл. 2).

Таблица 1. **Распределение частоты встречаемости жалоб на фоне ПФТ у повторно госпитализированных (n=30) пациентов 2-й группы, абс.**

Характер основных жалоб на фоне получаемой ПФТ	2-я группа (n=30) – повторно госпитализированные
Неосознанные неестественные действия, что обращает на себя внимание окружающих	1
Дрожь, тремор в конечностях, теле	9
Общая слабость, неспособность к обычным делам, затруднения в движениях	7
Скованность в теле, мышцах, суставах	1
Спазмы мышечные	2
Неусидчивость, тревога в позе покоя	6
Трудности сосредоточения, понимания, неясность мышления, рассеянность внимания	4
Головная боль различной локализации	3
Приступ сердцебиения	4
Нечеткость зрения, затуманенность	3
Запоры	0
Задержка мочи	0

При исследовании двух групп больных по результатам антипсихотической терапии параноидной шизофрении выявлена тенденция к уменьшению симптомов двигательного беспокойства и неусидчивости у повторно госпитализированных больных. Первично госпитализированные пациенты в большей степени предъявляли жалобы на неприятные «новые» ощущения экстрапирамидной недостаточности, зачастую просили отменить лечение, настаивали на срочной выписке. Как правило, именно побочные явления приводят к отказам от добровольного лечения, больные индуцируют родственников в необходимости прекратить пребывание в стационаре, появляются элементы диссимулятивного поведения. С родными и близкими, занявшими соглашательскую позицию с пациентами, необходимо проводить разъяснительно-информационную работу о значимости продолжения лечения. Повторно госпитализированные па-

циенты, более адаптированные к болезни с учетом опыта госпитализации и терапии нейролептиками, характеризуются большей выраженностью социально-трудовой дезадаптации и эмоционально-волевого дефекта в связи с длительностью заболевания и неблагоприятным течением болезни.

Проведено изучение отношения повторно госпитализированных (n=30) пациентов 2-й группы к клинико-диагностическим методам лечения психопатологических расстройств и тактике выбора основных групп психофармакологических препаратов. На основании проведенного анкетирования выявлено, что большинство (43,4%) больных постоянно принимали психотропные средства с соблюдением назначенной схемы лечения и дозы препарата, более трети (36,7%) – преимущественно в стационаре, а дома зачастую самостоятельно («по мере необходимости»), без согласования с врачом отменяли прием, 19,9% − только в период пребывания в стационаре. Предписанные врачом-психиатром психотропные препараты принимали преобладающее большинство (76,6%) больных, только «те, которые помогают» − 13,4%. Пациенты, избегавшие приема препаратов вообще (10%), объясняли отказ от медикаментозной терапии проблемами с близкими на фоне терапии, что также свидетельствует о нарушении критических способностей и искаженности мышления. 13,4% субъективно считали, что постоянный прием препаратов не нужен, а их следует принимать «по мере необходимости» (например, при нарушениях сна, тревоге). Трудно исключить, что в формировании подобных нарушений определенную роль играют не только фармакологические эффекты нейролептиков, но и непосредственно психогенные проявления, связанные как с фактом заболевания, так и с внутренней картиной болезни, лечения и неразрывности их составляющих.

Представляют интерес способы самокоррекции побочных эффектов антипсихотической терапии больными параноидной шизофренией, в том числе с использованием алкоголя и других ПАВ. В ходе анкетирования повторно госпитализированных (n=30) пациентов 2-й группы, имеющих побочные явления ПФТ, установлено, что самостоятельно, без применения каких-либо лекарственных препаратов с побочными эффектами психофармакотерапии могли справиться не более четверти (25%) больных. Неприятные ощущения, возникавшие в связи с приемом психофармакологических препаратов, эффективно купировались приемом корректоров холинолитиков (25%) либо ноотропов, сосудистых препаратов (15%). Вышеуказанные средства корригирующего действия чаще (35%) принимались по назначению врача, но встречались случаи самостоятельного выбора («по мере необходимости») – 5%). Выраженность клинических проявлений побочных эффектов психофармакотерапии, по мнению больных, снижалась в следующих ситуациях: частое курение (25%), употреб-

ление крепкого чая (15%), прием спиртного (10%), пребывание на свежем воздухе (10%), физические упражнения (5%), обильное питье (5%), недостаточность назначения корректоров-холинолитиков (35%), чтение, аутотренинг (15%). Об эпизодах сочетанного единовременного приема психотропных препаратов и спиртных напитков сообщили 5% опрошенных. 40% опрошенных указывали на усиление неблагоприятного действия психотропных средств при физической активности. В 50% случаев волнение, эмоциональное напряжение, чувство тревоги способствовало увеличению интенсивности побочных эффектов психофармакотерапии. 60% опрошенных обменивались информацией с другими пациентами о способах коррекции побочных эффектов. 70% пациентов наблюдали у других больных проявления побочных эффектов терапии, выносили собственные (в большинстве случаев безосновательные) суждения об адекватности и необходимости лечения. Подобные взаимодействия пациентов в стационаре являются одним из факторов, провоцирующих психогенное реагирование и дезорганизацию, потенцирующих и формирующих нежелательные проявления антипсихотической терапии. Помимо стремления к эйфоризирующему действию, побудительным мотивом употребления ПАВ у больных параноидной шизофренией является желание снизить болезненные проявления в социальных и функциональных возможностях в более приемлемую сторону и снижение выраженности побочных эффектов антипсихотической терапии.

Проведен анализ вклада социально-бытовых условий и оценки жизнедеятельности первично (n=15) и повторно (n=30) госпитализированных пациентов в формирование побочных явлений ПФТ. Обнаружено, что пациенты – жители сельских населенных пунктов чаще (70%), чем городские жители (30%), имели побочные явления терапии, что объясняется рядом факторов: отдаленность психиатрического наблюдения, редкое посещение психиатра, малая осведомленность о перспективах и возможностях дальнейшего лечения. Больные снижали кратность, дозу приема лекарственных средств, что усугубляло психическое состояние и формирование побочных явлений терапии. Такие пациенты стационировались с более высокой частотой, чем городские пациенты, которые не имели побочных явлений. Одиноких пациентов в обеих группах было больше (90% и 80%), чем семейных, разведенных пациентов и холостых – одинаковое количество, это свидетельствует о негативно-дискриминационном отношении со стороны общества и даже ближайшего окружения к больным с психическими заболеваниями. Пациенты, оставшиеся без поддержки близких, контроля родственников за изменением психического состояния, становятся более подверженными социальной дезадаптации, за такими пациентами, как правило, сложнее вести психиатрическое наблюдение, проводить психокоррекционные воздействия.

Распределение первично (n=15) и повторно (n=30) госпитализированных пациентов в зависимости от образования показало небольшие различия: среднее образование – 60% и 50%, среднетехническое – 15% и 20%, высшее – 15% и 30%. Выявлено преобладание пациентов со средним образованием по сравнению с высшим и среднеспециальным. Количество инвалидизированных больных в 1-й группе (70%) превышало таковое во 2-й группе (30%). Доля безработных в 1-й группе (15%) была ниже, чем во 2-й группе (40%), такие же данные получены в отношении количества работающих (15% против 30%). Полученные данные подтверждают раннее начало заболевания, высокую прогредиентность заболевания, тенденцию к более выраженной социальной дезадаптации. Причем у повторно госпитализированных пациентов, не имеющих побочных явлений от психофармакотерапии, показатели качества жизни выше, чем у первично госпитализированных.

Выводы. Таким образом, комплекс побочных эффектов антипсихотической терапии у больных параноидной шизофренией претерпевает динамику, связанную с характером психотравмирующих воздействий, определяемых при первичной госпитализации реакцией на факт пребывания и лечение в психиатрическом стационаре, побочные эффекты антипсихотических средств, а при последующих госпитализациях с формированием адаптации к болезни и лечению, с уменьшением протестных реакций, появлением избегающего поведения и принятием роли больного, что связано с преобладанием в структуре комплекса побочных эффектов при первичной госпитализации дистонических, дискинетических нарушений и акатизии, при последующих – синдрома паркинсонизма. Выявленные побочные эффекты нейролептической терапии снижают качество жизни больных шизофренией и являются основной причиной прекращения терапии. Больные параноидной шизофренией употребляют ПАВ по нескольким причинам: стремление к эйфоризирующему действию, желание изменить болезненные проявления, снизить выраженность побочных эффектов антипсихотической терапии. Низкие социально-бытовые условия и социально-трудовая дезадаптация, одиночество и отсутствие социальной поддержки усугубляют формирование побочных явлений психофармакотерапии. Комплексная терапия в полипрофессиональных бригадах с пациентами и их родными, информационно-просветительная работа в рамках стратегии предотвращения развития побочных явлений, поддержания критических способностей, формирование дестигматизации «больной-общество».

Список литературы

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Побочные эффекты и осложнения при лечении психотропными средствами. Фармакотерапия психических заболеваний / под ред. Г.Я. Авруцкого. М., 1976. С. 156-196.

2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М. : Медицина, 1988. 496 с.
3. Арана, Д. Фармакотерапия психических расстройств. Пер. с англ. / Д. Арана, Д. Розенбаум. М.: Бином, 2004. 416 с.
4. Бабин С.М. Психотерапия и биологические методы лечения в клинической практике (взаимодействие психотерапии и психофармакотерапии). Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2004. № 2. С. 14-19.

Особенности мер межведомственного взаимодействия по профилактике совершения общественно опасных действий несовершеннолетними

Власова Е.В., Сарникова А.Н.
ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск

Актуальность. Проблема профилактики правонарушений несовершеннолетних, совершающих повторные общественно опасные деяния (ООД), достаточно актуальна. Прогноз поведения связан с совершенствованием межведомственного взаимодействия по вопросам организации профилактической работы с семьями, находящимися в социально опасном положении, улучшением качества клинико-динамического наблюдения у врача-психиатра по месту жительства несовершеннолетних, страдающих психическими нарушениями и склонных к совершению ООД.

Цель. Одной из ведущих форм профилактики, направленных на решение проблем повторности ООД в подростковой среде, является межведомственное взаимодействие, успешно осуществляемое на базе ГБУЗ «ППБ» совместно с членами семей пациентов, сотрудниками органов социальной защиты населения, правоохранительных органов, органов опеки и попечительства, образования.

Методы. Анализ историй болезни АСПЭ за период 2020-2022 гг. по материалам медицинской документации ГБУЗ «ППБ» показывает, что количество повторных преступлений, совершенных несовершеннолетними, возрастает: 2020 г. – 15%, 2021 – 21%, 2022 г. – 24%. При этом выявлен о повышение частоты (2 раза и более) совершения преступлений подростками, проходившими АСПЭ: в 2020 г. – 42%, 2021 г. – 66%, 2022 г. – 62%. Изучение клинико-нозологической структуры психических расстройств среди подростков, совершивших ООД, показало следующее распределение: органические психические расстройства – 15%, умственная отсталость – 23%, расстройства поведения – 15,8%. Обнаружено минимальное (менее 1%) количество пациентов, состоящих под динамическим наблюдением у врача-психиатра, проходивших АСПЭ.

Межведомственное профилактическое взаимодействие осуществляется в соответствии с п. 2 ст. 9 Федерального закона № 120-ФЗ от 24 июня 1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» и основано на принципах законности, разграничения между участниками межведомственного взаимодействия, индивидуальном подходе в организации работы с несовершеннолетними и семьями, выработке единой стратегии взаимодействия. Организационно-координационное направление межведомственного взаимодействия в Прокопьевском городском округе осуществляет комиссия по делам несовершеннолетних и защите их прав. С 1999 г. врач-психиатр подросткового является участником комиссии. За период 2020-2022 гг. осмотрено 146 несовершеннолетних, из них 43 нуждались в амбулаторной помощи врача-психиатра. Результатом деятельности комиссии по делам несовершеннолетних является разработка индивидуальной программы реабилитации, направленной на решение проблем несовершеннолетнего и его семьи, с отражением формы, методов и технологии, с перечнем направлений, указанием ответственного лица и результатом ожидаемых изменений в поведения несовершеннолетнего.

Начало работы с несовершеннолетним пациентом, склонным к совершению социально опасных действий, начинается путем объединения усилий врача психиатра подросткового и психолога, с использованием в психодиагностике экспериментально-психологического исследования, лечебно-диагностических мероприятий, изучения уровня социально-адаптационных возможностей и степени стабильности социально-общественного поведения в соответствии с разработанной индивидуальной программой реабилитации. Лечебно-реабилитационные мероприятия направлены на разрушение фиксированных форм поведения в сочетании с развитием навыков эмоциональной саморегуляции и самоконтроля психоэмоционального состояния. При необходимости пациенты направляются на медико-социальную экспертизу. В случаях декомпенсации психического состояния у несовершеннолетнего, склонного к совершению повторных ООД, оперативно решается вопрос о переводе на лечение в стационарные условия. Несовершеннолетние, страдающие хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, подлежат взятию на диспансерное наблюдение у врача-психиатра. Эффективность комплексных мероприятий (психофармакотерапевтическое лечение, психотерапия, психосоциореабилитация и психокоррекционная работа) достигается при условии скоординированной деятельности всех участников межведомственного взаимодействия. Только на основе этого принципа возможна успешная коррекция нарушенных коммуникативно-личностных и аффективно-личностных особенностей несовершеннолетних, склонных к ООД.

Т а б л и ц а. **Индивидуальная программа реабилитации и адаптации несовершеннолетнего, находящегося в социально опасном положении**

Комплексная реабилитация				
Субъект	Формы, методы, технологии	Направления	Ответственный	Ожидаемый результат
Социально-бытовое направление				
Социально-медицинское направление				
Ребенок	Медицинское сопровождение, консультации специалистов, лечение	Содействие в медицинском обследовании и выполнение назначенных рекомендаций.	Главный врач «Прокопьевская городская больница» Врач-психиатр подростковый «Прокопьевская психиатрическая больница»	Улучшение общего состояния несовершеннолетнего, укрепление физического и психологического здоровья, прохождение рекомендованного лечения
Родитель (законный представитель)	Индивидуальные профилактические беседы, консультации специалистов здравоохранения, медицинское сопровождение	Профилактика вредных привычек, актуализация потребности в здоровом образе жизни, рекомендации лечения	Главный врач «Прокопьевский наркологический диспансер»	Повышение уровня родительской ответственности за здоровье детей, отказ от вредных привычек
Социально-психологическое направление				
Ребенок	Беседы, индивидуально-психологическое консультирование, психодинамическая и глубинно-ориентированная психотерапия	Создание положительного психологического климата вокруг учащихся. Преодоление проблем коммуникативной деятельности	Клинический психолог, врач психотерапевт «Прокопьевская психиатрическая больница»	Демонстрация возможностей в социально приемлемой форме. Правильное представление о сущности взаимоотношений полов и воспитании норм поведения в половой жизни. Формирование установок на здоровый и безопасный образ жизни

Выводы. Важным условием успешности работы является формирование понимания несовершеннолетним необходимости лечения у врача-психиатра и психотерапевта, необходимого для успешной психосоциальной адаптации, личной заинтересованности в рамках понимания навыков саморегуляции.

Ожидаемым результатом индивидуально-реабилитационной программы в профилактике совершения общественно опасных действий несовершеннолетними, является формирование адекватного психического состояния и общественно приемлемого поведения, предотвращающих повторное совершение общественно опасных действий.

Современные клинико-психологические подходы к проблеме суицидов у несовершеннолетних при проведении посмертных комплексных судебно-психиатрических экспертиз

Волкогонов О.А., Гацковская Ю.С.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Цель. В связи с актуальностью проблемы осветить современные подходы к изучению суицидального поведения подростков.

Задачи: 1) проанализировать статистические данные посмертных судебных психолого-психиатрических экспертиз (СППЭ) в Кузбассе по фактам самоубийств несовершеннолетних за период с 2019 по 2021 г., 2) выявить факторы, приведшие к суицидам, оценить степень их влияния на указанный контингент лиц, определить методы профилактики.

В настоящее время суицидальное поведение несовершеннолетних является одной из наиболее обсуждаемых и актуальных тем отечественной и зарубежной литературы. В подростковом и юношеском возрасте, в период с 15 до 19 лет, отмечается значительный рост числа суицидов. Проблемы, с которыми сталкиваются сегодняшние подростки, с одной стороны, типичны для их возраста, с другой – определяются современными условиями социальной жизни, такими как высокая эмоциональная уязвимость, нестабильность эмоциональных реакций, склонность к рискованному поведению, слабая сформированность регуляторных структур и волевых процессов при дефиците прогноза и контроля собственных действий, амбивалентность и полярность убеждений и установок, неразвитость и неустойчивость идентичности. Активное развитие цифровых технологий, доступность интернета, специфическая коммуникация в социальных сетях дают не только новые возможности развития для подростка, но и формируют определенные риски.

Традиционно выделяется несколько форм суицидального поведения:

- суицидальные тенденции – общее понятие, которое включает как суицидальные мысли, так и суицидальные побуждения, попытки, когда испытывает позывы к самоубийству;

- суицидальные мысли – довольно широко распространены, опыт их переживания имеется у трети подростков;

- суицидальная попытка – вид незавершенного самоповреждающего поведения, которое подразумевало намерение умереть (например, намеренное самоотравление, самоповешение);

-завершенный суицид – собственно самоубийство. Особый трагизм завершенных суицидов заключается не только в смерти подростка, но и в тяжелых последствиях для его микро- и макросоциального окружения.

Одним из наиболее значимых демографических факторов является возраст. В целом, при анализе показателей из 90 стран обнаруживается, что на рубеже XX и XXI вв. суицид был четвертой причиной смерти среди мальчиков и третьей – среди девочек 15-19 лет. В России, которая находится в числе стран, неблагоприятных в отношении подростковых суицидов, ежегодно 16 подростков из каждых 100 тысяч убивают себя, это число в 3 раза выше среднемировых значений. Но и этот показатель существенно варьирует в зависимости от этнической принадлежности и места проживания суицидентов. Так, в ряде республик РФ (Тыва, Бурятия, Саха) относительное число суицидов в 3–4 раза превышает данные других регионов.

Среди социальных факторов суицидального поведения выделяют семейные характеристики (проблемы психического здоровья и суицидальное поведение среди родственников, наличие конфликтов в семье), взаимоотношения со сверстниками (включая буллинг и преследования со стороны сверстников), влияние СМИ и социальных сетей. При анализе суицидального поведения несовершеннолетних особое значение имеют семейные характеристики. У подростков с рецидивирующим суицидальным поведением в анамнезе часто встречаются такие факторы, как насилие в семье, в том числе сексуальное, пренебрежение нуждами ребенка, низкое качество контакта с родителями. Немаловажное значение имеет потеря родителя (одного или обоих) в случае смерти или развода.

Следует отметить, что наличие психических нарушений является основным клиническим фактором суицидального поведения. Предрасполагающими к совершению самоубийства являются депрессивные состояния, зависимость от ПАВ, расстройства поведения, тревожные, посттравматические, личностные и пищевые расстройства, расстройства сна.

Основными психологическими факторами риска являются личностные аномалии, проблемы идентичности (социальной и гендерной), внутриличностный конфликт, трудности межличностного взаимодействия, когнитивный фактор (проблемы убеждений и установок, представлений о смерти). Такие личностные черты, как агрессивность, склонность к реакциям на фрустрирующие воздействия, связанная с неспособностью к конструктивному переживанию сложных ситуаций, сниженное настроение и чувство безнадежности, импульсивность – убедительно повышают риск суицида.

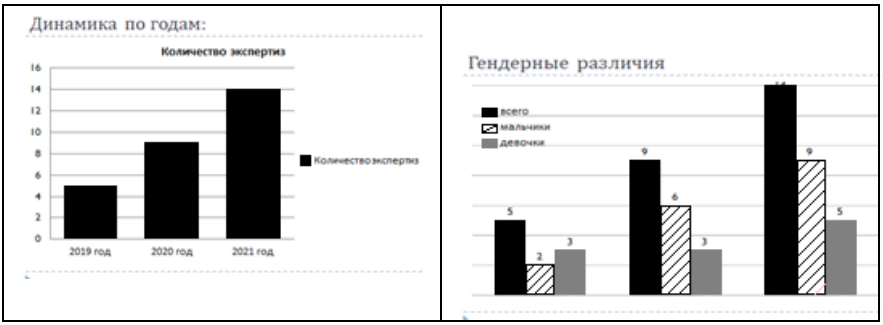
Возрастные особенности самооценки подростка (нестабильность, тенденция к её понижению, зависимость от мнения окружения) могут стать звеном, при взаимодействии с другими факторами приводящим к суицидальному поведению. Специфическим компонентом самооценки являются особенности восприятия своего тела. Фактор неудовлетворенности телом, в подростковом возрасте, нередко связывается с суицидальными мыслями. В экспертной судебно-психиатрической практике встречаются случаи, связанные с неудовлетворенностью телом, которая в одних ситуациях выступает в качестве периферического фактора (вклад неудовлетворенности телом в самооценку в целом), а в других – в качестве центрального фактора (пищевое расстройство и ненависть к себе указывались в качестве причины суицида в предсмертной записке).

Специфические особенности, сопряженные с несовершеннолетним возрастом, увеличение количества такого рода экспертиз, расширение круга вопросов, интересующих следствие, ставят перед экспертами следующие задачи: разработка методов оценки феноменов психических и эмоциональных состояний в период, предшествовавший смерти; оценка необходимости включения факторов, оказывающих влияние на формирование психического состояния суицидента; разработка методов формулирования заключений и ответов на вопросы следственных органов.

Разработка методических основ формулирования заключений и ответов на вопросы следственных органов особенно значима в контексте изменений уголовного законодательства в рамках ст. 110 УК РФ, и внесение в нее составов преступления, утяжеляющих ответственность за содействие в случаях совершения самоубийств несовершеннолетними, а также посредством информации, побуждающей к суициду, полученной из сети интернет. Современные алгоритмы экспертных исследований предлагают оценивать деятельность, направленную на побуждение к совершению суицидальных действий, а также продуцируемую информацию с помощью комплексной судебной психолого-лингвистической экспертизы, призванной определить признаки побуждения к совершению самоубийства в коммуникативных текстах, в том числе в переписке в сети интернет. Вопрос же о влиянии такой информации на психическое состояние, суицидальные намерения и поведение подростка, с учетом результатов психолого-лингвистической экспертизы, может решить комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

Амбулаторным отделением судебно-психиатрических экспертиз ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница» были проанализированы 28 экспертных заключений в рамках комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз завершенных суицидов среди несовершеннолетних лиц за 2019-2021 гг.

За указанный период отмечалось значительное увеличение числа назначаемых экспертиз по указанной категории уголовных дел: 2019 г. – 5, 2020 г. – 9, 2021 г. – 14, прирост составил 180% (рис. 1). По гендерному признаку полученные данные распределились следующим образом: 2019 г. – 2 мальчика и 3 девочки, 2020 г. – 6 мальчиков и 3 девочки, 2021 г. – 9 мальчиков и 5 девочек (рис. 2). Из приведенной статистики следует, что за исследуемый период возросло количество дел, возбужденных Следственным Комитетом в Кузбассе по фактам завершенных суицидов несовершеннолетних лиц в 2,8 раза (с 5 до 14), при этом зафиксировано увеличение суицидентов мужского пола в 4,5 раза (с 2 до 9), женского – в 1,7 раза (с 3 до 5).



Р и с у н о к. **Распределение проведенных посмертных СППЭ в зависимости от динамики по годам и гендерных различий**

Возраст суицидентов существенно различался в исследуемый период. Выявлено наличие следующих возрастных групп: 2019 г. – 10 лет (n=1), от 11 до 13 лет (n=1), от 14 лет и старше (n=3), 2020 г. – до 13 лет (n=1), старше 14 лет (n=8), 2021 г. – 10 лет (n=1), от 14 лет и старше (n=13). Как видно, имеется отчетливая тенденция увеличения числа самоубийств в возрастной группе от 14 лет и старше, с 3 до 13, что составляет 4,3 раза.

По результатам проведенных посмертных комплексных СППЭ было установлено, что 14 суицидентов не имели клинически оформленных психических нарушений (50% от общего числа). Суицидальная активность этих лиц связана с пребыванием в психологически неблагоприятных ситуациях, естественной возрастной незрелостью и несформированностью контрольно-регуляторных механизмов, а в 5 случаях с подражательным характером действий, использованием информации, побуждающей к самоубийству, размещенной в интернет-источниках. При установлении психического расстройства как обстоятельства, способствовавшего самоубийству, на первое место вышли проявления депрессивных эпизодов средней и тяжелой степени (n=3, 10,71%) и нарушения адапта-

ции (n=2, 7,14%), связанные с применением эмоционального или физического насилия к суициденту со стороны сверстников (школьный буллинг). По 1 случаю (3,5%) пришлось на другие виды психических расстройств: нервная анорексия, пролонгированная тревожная и депрессивная реакция, задержка психического развития либо легкая умственная отсталость, последствия перинатального поражения ЦНС, несоциализированное расстройство поведения. В 1 случае была диагностирована острая алкогольная интоксикация. В 1 случае установлено психотическое состояние эндогенной этиологии, с императивным галлюцинозом, что имело прямую причинно-следственную связь с суицидом. Таким образом, в подавляющем большинстве исследованных случаев суицидальное поведение несовершеннолетних определялось особенностями их психологического реагирования (в том числе несформированностью контрольно-регуляторных механизмов, повышенной подчиняемостью, внушаемостью) в субъективно сложных либо психотравмирующих ситуациях, а также вовлеченностью в потребление размещенного в интернете контента аутодеструктивной и суицидальной направленности. Пограничные варианты психических расстройств являлись скорее фоном, а не причиной суицидальных действий. В 4 случаях непосредственно психические расстройства (депрессивный эпизод средней и тяжелой степени, эндогенный психоз с императивным галлюцинозом) способствовали самоубийству, что составило 14,2% от общего числа исследованных случаев.

Профилактика суицидального поведения является одним из самых сложных видов медицинской, психологической и социальной помощи. Общими принципами профилактических мероприятий суицидального поведения и оказания помощи несовершеннолетним лицам, склонным к аутоагрессии, для врачей-психиатров, психотерапевтов и клинических психологов являются следующие: 1) взятие под активное диспансерное наблюдение у врача-психиатра несовершеннолетних психически больных лиц, склонных к суицидальному и самоповреждающему поведению в соответствии с действующим законодательством в области психиатрии, 2) функционирование службы Телефон доверия, кабинетов медико-психологической помощи, 3) контроль потребляемого несовершеннолетними лицами интернет-контента (веб-страниц, соцсетей, каналов в мессенджерах и различных программ), для выявления ресурсов, пропагандирующих аутодеструктивное, суицидальное поведение.

Обследование несовершеннолетних с суицидальными тенденциями должно быть комплексным и включать не только семейный анамнез, оценку индивидуально-личностных особенностей и клинических характеристик подростка, но также дифференцированный анализ пресуицидального периода, характеристик самой суицидальной попытки, особенностей постсуицидального поведения.

Оценка алкогольной зависимости как экзогенного фактора лиц принудительного лечения специализированного типа

Волкогонов О.А., Крымова О.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность исследования: лица с расстройствами психиатрического спектра в 2-3 раза чаще совершают агрессивно-насильственные акты, чем здоровые. Лица с психической патологией составляют более половины всех преступников, признанных невменяемыми. Жертвами агрессивных актов нередко становятся как сами больные, так и их родственники. В последние десятилетия внимание ученых привлекло сочетание психического заболевания и употребления психоактивных веществ. По данным зарубежных авторов, коморбидность шизофрении со злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью составляет от 30% до 50%. Алкогольная интоксикация обусловливает генерализацию угрожающего смысла ситуации, что вызывает агрессивные побуждения, которые не контролируются из-за слабой выраженности компенсаторных механизмов, способных либо снизить субъективную значимость ситуации, либо препятствовать прямому проявлению агрессивности в поведении.

Цель исследования: 1) определить преморбидные личностные, клинические и социальные факторы, способствующие формированию агрессивного поведения больных алкоголизмом, 2) установить влияние преморбидных личностных особенностей, деформации эмоционально-волевой сферы и характера социальной адаптации на уровень агрессивности больных алкоголизмом по данным психолого-психиатрического исследования, 3) выявить взаимосвязь между агрессивным поведением больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания.

Материалы и методы. Обследован 71 пациент, совершивший преступление в состоянии алкогольного опьянения и находящийся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа ККПБ в период 2021-2022 гг. Все больные разделены на 3 клинические группы: шизофрения (n=36, 50,7%), органическое психическое расстройство, в том числе и деменция (n=15, 21,1%), умственная отсталость различной степени тяжести (n=20, 28,2%). В группе шизофрении пациенты были распределены по категории тяжести совершенных ООД: небольшой тяжести (n=8), средней тяжести (n=12), тяжкие преступления (n=11), особо тяжкие преступления (n=9). Возраст обследованных с диагностированной шизофренией составил от 20 до40 лет. Из них 70% ранее неоднократно находились на принудительном лечении, 30% ранее были судимы.

В группе органических психических расстройств выявлено следующее распределение пациентов по категории тяжести совершенных ООД: небольшой тяжести (n=7), средней тяжести (n=2), тяжкие преступления (n=2), особо тяжкие преступления (n=4). Все пациенты с органическим поражением головного мозга ранее были судимы, их средний возраст составлял 25-32 года.

В группе пациентов с умственной отсталостью различной степени выраженности зафиксировано следующее распределение в зависимости от тяжести совершенных ООД: небольшой тяжести (n=7), средней тяжести (n=7), тяжкие преступления (n=2), особо тяжкие преступления (n=4). Половина больных с различной степенью умственной отсталости имели повторную судимость. Средний возраст пациентов данной категории составил 28,5 года.

Возраст начала злоупотребления алкоголем среди пациентов всех групп варьировал от 20 до 30 лет. Больные шизофренией с преимущественно галлюцинаторно-бредовой и аффективной симптоматикой в 50% случаев злоупотребляли алкоголем от 3 до 9 лет, 38,9% – в течение 10-15 лет; с преобладающей психопатоподобной симптоматикой, как правило, злоупотребляли алкоголем в пределах 3-5 лет. Длительность злоупотребления алкоголем более 10 лет в группе больных с органическим поражением ЦНС выявлена в 86,7% случаев, при этом половина из них злоупотребляла алкоголем более 8 лет. Больные с умственной отсталостью злоупотребляли алкоголем в течение последних 3-9 лет в 100% случаев.

Результаты исследования. При обследовании выборки лиц с психическими заболеваниями и коморбидным алкоголизмом, совершивших агрессивно-криминальные правонарушения, выявлена различная длительность алкогольного анамнеза, предшествующего совершению правонарушения. Наиболее короткий алкогольный анамнез (от 3 до 9 лет) обнаружен в группе лиц с умственной отсталостью, что объясняется большей значимостью экзогенных влияний (алкогольная, лекарственная и др. интоксикации, социальный фактор) в структуре механизма совершения деликта. Короткий алкогольный анамнез зафиксирован и у пациентов с шизофренией, совершивших противоправные действия по продуктивно-психотическому механизму, что обусловлено психотической мотивацией, экзацербацию которой алкоголь облегчает, вне зависимости от длительности злоупотребления. Наиболее длительный алкогольный анамнез отмечен у больных шизофренией, совершивших правонарушения по негативно-личностному механизму (преимущественно с психопатоподобными проявлениями), что, видимо, связано с большей резистентностью шизофренических изменений личности к различного рода экзогенным воздействиям, при отсутствии в структуре личности криминальных стереотипов поведения. Промежуточное положение по длительности злоупо-

требления алкоголя к моменту совершения правонарушения занимают пациенты с органическим поражением головного мозга, что обусловлено степенью личностного дефекта, так как они не столь внушаемы и у них не столь дефектны тормозные процессы как у умственно отсталых, но в то же время у них не настолько «эндогенны» поведенческие реакции, как у шизофреников.

Список литературы

1. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 1. Наркология. 2007. № 8. С.53-62.
2. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2. Наркология. 2007. № 9. С.42-51.
3. Шевцова Ю.Б., Индин А.С. Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма. Наркология. 2007. № 11. С.29-36.
4. Индин А.С. О сочетании синдрома зависимости от алкоголя с аффективными расстройствами. Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 45. / под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 2007.

Особенности депрессивных и преходящих психотических (делириозных, галлюцинаторных) расстройств у лиц пожилого возраста

Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Идеал человеческой природы заключается в достижении долгой, деятельной и бодрой старости, приводящей в конечном периоде чувства насыщения жизнью.

И.И. Мечников

Наблюдается значительное увеличение показателей распространенности аффективных состояний в период старения и возрастание проблем, возникающих в пожилом возрасте. Депрессивные и преходящие психотические расстройства (делириозные расстройства сознания, галлюцинозы) у пожилых встречаются в 2 раза чаще, чем в молодом и среднем возрастах. В литературе приводятся данные, что частота непсихотической депрессии значительно превышает распространенность психотических расстройств в пожилом возрасте. При изучении состояния адаптационных и компенсаторных механизмов большая роль принадлежит социальному окружению, родственным связям, индивидуально-личностным особенностям и внутренним ресурсам (внутриличностный потенциал, навыки самоподдержки и самоконтроля, опыт переработки положительных и негативных эмоций) стареющей личности (Семке В.Я., 2006).

Актуальность изучения психических расстройств пожилого возраста подтверждается данными многочисленных эпидемиологических исследований (В.Я. Семке, Г.М. Дюкова, А.А. Корнилов).

Цель исследования: выявление, анализ и определение значения социально-психологических факторов окружающей микросреды, родственных связей, психогенных и соматических факторов в формировании депрессивных и преходящих психотических эпизодов в выборке лиц пожилого возраста, проходивших стационарное лечение в соматопсихиатрическом 11-12-м отделении Кузбасской клинической психиатрической больницы.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе соматопсихиатрического отделения, в период январь-август 2023 г. В работе использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, функциональные методы исследования. В число исследуемых были включены 79 пациентов, средний возраст составлял 69 лет (100%). По данным клинико-нозологической структуры выявлено следующее распределение в зависимости от частоты встречаемости: депрессивный эпизод легкой степени тяжести: (n=44, 55,7%), депрессивный эпизод средней степени тяжести (n=20, 25,3%), депрессивный эпизод тяжелой степени (n=4, 5%), преходящие психотические расстройства (n=11, 14%).

Анализ факторов, провоцирующих возникновение депрессивных и психотических эпизодов у лиц пожилого возраста, выявил преобладание микросоциальных факторов, включая следующие: утрата близкого (43%), ухудшение физического ми психического здоровья (25%), внутрисемейные конфликты (9%), одиночество (7%), смена места жительства (5%), увольнение с работы (6%). С более редкой частотой зарегистрированы макросоциальные факторы: социально-экономические изменения в обществе (3%), отношение общества к проблеме старости (2%).

При клиническом анализе депрессивных эпизодов легкой степени, были выявлены следующие симптомы: соматические расстройства, связанные с функционированием головного мозга (20%), когнитивные нарушения в виде снижения памяти (20%), астеническое состояние в виде повышенной утомляемости (18%), ангедония (11%), гипотимия (4%), мысли о нежелании жить (3%). У остальных (24%) пациентов преобладали симптомы в виде соматических расстройств (нарушения цикла сна, изменение аппетита.

В клинической картине депрессивных эпизодов средней степени тяжести преобладал преимущественно тревожно-двигательный компонент с ажитацией, страхом и отчаянием. Характерна выраженная фиксация на своем здоровье, утрата перспективы.

У пациентов с депрессивными эпизодами тяжелой степени помимо депрессивных расстройств наблюдались бредовые переживания. Содержание бредового компонента в основном сосредоточено на нарушениях функции ЖКТ (в основном кишечника в виде нарушения стула, тошноты, болей и спазмов). Также у таких больных часто наблюдался частичный отказ от еды.

При анализе преходящих психотических расстройств преобладали ночные делирии, возникающие при ухудшении/декомпенсации соматического состояния (которые часто появлялись на фоне повышения артериального давления, гипергликемии), однако при нормализации этих показателей исчезали психотические расстройства. Галлюцинаторные эпизоды чаще отмечались в ночное время, в виде окликов, шума, звона, возникали также на фоне сосудистых расстройств.

Лечение больных с депрессивными эпизодами проводилось с учетом выраженности тяжести депрессии. При депрессии легкой степени назначались антидепрессанты (агомелатин, венлафаксин, пипофезин). Для лечения депрессивных эпизодов средней степени тяжести применялись антидепрессанты (амитриптилин, эсциталопрам, флувоксамин). Вышеуказанные препараты при депрессиях легкой и средней степени тяжести сочетались с малыми и средними дозами транквилизаторов, анксиолитиков. В лечении депрессивных эпизодов тяжелой степени и при психотических расстройствах (делирий, галлюциноз) использовались вышеуказанные антидепрессанты в средних дозах в сочетании с транквилизаторами, нормотимиками, анксиолитиками, типичными и атипичными нейролептиками (трифлуоперазин, галоперидол, тиоридазин, сульпирид, хлорпртиксен, оланзапин, кветиапин, рисперидон) в индивидуальных дозах согласно переносимости и действию. Лечение сочеталось с назначением витаминов, сосудистых препаратов и ноотропов. Всем больным проводилась психокоррекционная работа, направленная на оптимизацию настроения и познавательных процессов, восстановление адаптивных возможностей.

Выводы. Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить, что у большинства пациентов пожилого возраста наблюдались депрессивные эпизоды легкой и средней степени тяжести. К основным факторам, приводящим к формированию вышеуказанных расстройств, относятся: соматическое неблагополучие, утрата близкого человека, социально-экономические факторы (снижение материального благополучия, утрата прежнего статуса в семье). Комплексное лечение проводилось с учетом тяжести депрессивных и психотических расстройств, наличия сопутствующей соматической патологии. Выбор антидепрессантов и нейролептиков, а также и их дозировки определялись степенью выраженности депрессивного эпизода, клинической картины, индивидуальной переносимости.

Принципы оказания экстренной психологической помощи по Телефону Доверия в психиатрической больнице

Газетова О.В., Лаврентьева Т.В., Ларина И.А., Старостенко С.И.
ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Актуальность. Службы экстренной психологической телефонной помощи прилагают усилия, чтобы страдающий, отчаявшийся имел возможность установить немедленный контакт с медицинским психологом, психиатром, готовым выслушать его как друга и имеющим навыки оказания помощи в ходе беседы при уважении полной свободы абонента. Эта помощь распространяется не только на первый телефонный контакт, но может продолжаться в течение всего психологического кризиса, всё то столь нужное время, в течение которого человеку требуются совет и поддержка. Цель деятельности ТД – оказание экстренной психологической помощи по телефону: детям, взрослым, пациентам, мобилизованным участникам СВО и их семьям.

В последние десятилетия телефонная психологическая помощь и консультирование стали популярными во многих странах. Телефонное консультирование объединяет знания из разных областей психологии и психиатрии, психотерапии. Оно предоставляет помощь в различных психологических проблемах и сложных ситуациях. История телефонов доверия началась в начале прошлого века в США и Лондоне. В современном мире такие службы работают в различных моделях и охватывают разнообразные группы населения. Телефонное консультирование активно развивается, получило широкое признание во всем мире, представляет собой дистанционное предоставление психологической помощи, психологического консультирования по телефону. Психологическое консультирование – это профессиональная помощь клиенту в решении его жизненно важных проблем и в переживании состояния. Цели консультирования зависят от запросов клиентов и теоретической ориентации консультанта телефона доверия. В психологическом консультировании используются различные научные теории, которые определяют его принципы и основы.

Деятельность ТД направлена на реализацию прав различных категорий и возрастов граждан на психологическую медицинскую помощь и поддержку, в том числе: обеспечение экстренной и доступной психологической помощи по телефону детям, гражданам по различным проблемам; расширение у взрослых и детей диапазона социально и личностно приемлемых способов решения возникающих проблем; направление клиентов в соответствующие инстанции для более полного и квалифицированного оказания помощи.

Консультант в процессе психологического консультирования выбирает методы и техники в соответствии с теоретическим подходом. Цели консультирования могут быть связаны с изменением поведения, развитием навыков преодоления трудностей, принятием решений, развитием межличностных отношений, а также в поддержке реализации и повышении потенциала личности. Основные принципы консультирования включают помощь в выборе и действии по собственному усмотрению, помощь в обучении новому поведению, помощь в развитии личности и акцент на ответственности клиента. Телефонная беседа строится на структурировании проблемы клиента, включающей проблемную ситуацию, эмоциональное и рациональное отношение к ней, а также поведенческий аспект. Консультативное взаимодействие происходит в четыре этапа: установление контакта, интеллектуальное овладение ситуацией, планирование действий и активная психологическая поддержка. Дистанционное консультирование включает все эти этапы, но требует более краткого времени и исключает возможность продолжительного сбора информации. Установление контакта по телефонном консультированию затруднено без использования невербальных техник, однако большинство абонентов готовы к взаимодействию и облегчают процесс. Второй этап, связанный со структурированием информации, требует большего времени и быстрого овладения ситуацией. Основные этапы консультативной беседы – это эмпатическое слушание и применение современных образовательных технологий в психокоррекционной работе. Важным качеством телефонного консультанта является умение слушать и поддерживать говорящего, применяя приемы нерефлексивного и рефлексивного слушания, а также выяснение, перефразирование, отражение и резюмирование.

Безотлагательное вмешательство в кризисную ситуацию является неотъемлемой частью профессиональной работы. При работе с клиентом в кризисе, специалист активно участвует в оценке ситуации и разработке плана действий. Основная цель интервенции – предотвратить катастрофу и восстановить равновесие. Важно предоставить клиенту поддержку и быть рядом, помогая ему пройти через процесс кризиса. Клиент должен чувствовать себя уверенным и нацеленным на решение проблемы. Для эффективной работы необходимо выяснить, что является проблемой для клиента и что уже было предпринято для её разрешения. Кроме того, следует предложить клиенту различные варианты действий, включая самостоятельные и внешние ресурсы, чтобы помочь ему справиться с кризисом. Нередко в кризисной ситуации люди испытывают страх и отсутствие желания пробовать новые решения, поэтому важно вдохновить их новой информацией и поддержать их, чтобы они смогли сделать первый шаг. В конечном итоге, цель интервенции – помочь клиенту сделать осознанный выбор и владеть своей судьбой.

В телефонном консультировании выделяются «проблемные звонки», которые включают молчаливые обращения, замаскированные обращения, розыгрыши и агрессивные звонки. В случае молчаливого обращения, консультанту следует удерживать и разговаривать с абонентом, выражая поддержку и понимание. Для обеспечения обратной связи можно описывать слышимые звуки или использовать условный код. Замаскированные обращения часто скрывают серьезные психологические проблемы. Розыгрыши и шутки можно отвечать в том же духе или задавать уточняющие вопросы. При агрессивных звонках, консультанту приходится сталкиваться с жаждой разрушения абонента и его агрессией. Важно блокировать незавершенный диалог и превратить его в завершенный, используя ограничения и контроль. Чтобы снизить интенсивность агрессии, можно применять технику разрыва шаблонов. Важно формулировать фразы утвердительно, директивно и конструктивно. Общая логика консультирования агрессивного клиента заключается в следовании за его злобой и отмечании черт.

Телефонные службы доверия для психологов, психиатров представляют особую специфику работы. Ограниченность визуального контакта создают двустороннее эмоциональное напряжение. Консультант не может контролировать продолжительность и характер контакта. Он также не может выбирать клиентов и не всегда имеет возможность релаксировать. Определенные непродуктивные чувства и мысли консультанта могут нарушать консультативные отношения. Вследствие острого психологического стресса консультанты могут столкнуться с феноменом «сгорания», выражающимся в усталости, беспомощности и сомнениях. Систематическое повышение квалификации и развитие психологических навыков являются важными мерами для предотвращения этого феномена. Организационные меры также играют важную роль в управлении феноменом «сгорания», разработка супервизорских мероприятий.

С 1 июля 2023 г. в ГБУЗ ЛКПБ на основании приказа МЗ РФ от 14 октября 2022 г. № 668н ТД начал работать в круглосуточном режиме. Работу Телефона экстренной психологической помощи для граждан обеспечивают медицинские психологи, врачи психиатры, имеющие соответствующие образование, 2 медицинских психолога прошли курсы подготовки для работы на ТД. Для консультирования приобретен телефон. Общее руководство деятельностью службы Телефона Доверия и контроль за соблюдением профессионально-этических принципов осуществляет ответственный медицинский психолог, назначенный из числа сотрудников ТД. Ответственный психолог планирует деятельность, определяет потребности в организационных, методических, материально-технических и других условиях, проводит анализ статистических данных по итогам работы, составляет график работы, отчеты.

Большое внимание уделяется популяризации деятельности службы в среде населения через средства массовой информации на сайте больницы: номер телефона размещен на стендах в отделениях, в диспансере, подготовлены визитки, листовки.

Общее количество обращений за два месяца 2023 г. составило 20 звонков. Наиболее часто встречающиеся звонки поступали от представителей рекламных компаний (10), круг других обсуждаемых вопросов: молчаливые звонки (5), проблемы межличностных отношений в семье (1), проблемы с алкогольной зависимостью (1), запросы по обращению на прием к психиатру (2), проблемы личного характера (1).

По телефонному консультированию могут обсуждаться различные проблемы, такие как супружеские ссоры, детско-родительские конфликты, одиночество и утрата перспективы, состояния после потеря близкого человека, проявления депрессии, агрессия под воздействием наркотиков и алкоголя, поведенческие проблемы, дезадаптированность и т.д. Работа в таких условиях требует применения особых технических приемов, таких как анализ речи и голоса клиента, владение различными техниками консультирования и активного слушания.

В организационные задачи службы входят: 1) обеспечение непрерывного (круглосуточного) режима работы службы; 2) поддержание бесперебойного функционирования телефонной связи; 3) ведение необходимых баз данных для сбора статистической информации по количеству обращений и анализу качества оказанной абонентам помощи; 4) организация системы мероприятий, предотвращающих профессиональное «выгорание» сотрудников, коррекции снижения трудовой мотивации и возникновения профессионального «выгорания» сотрудников «телефона доверия»; 5) реализация супервизорских мероприятий, в том числе и мероприятий, направленных на выявление эффективности и качества оказываемых услуг (консультаций); 6) разработка информационно-рекламных материалов о деятельности службы; взаимодействие со СМИ в целях популяризации услуг службы, а также для формирования мотивации обращения в службу потенциальных абонентов в сложных и кризисных для них ситуациях; 7) разработка модели межведомственного взаимодействия с ГУ ГО и ЧС по Кемеровской области, учреждениями здравоохранения и иными ведомствами, осуществляющими правовую, социальную и иную поддержку населения.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что деятельность ТД по оказанию экстренной психологической помощи населению в кризисных ситуациях в данное время очень актуальна и востребована, так как позволяет любому человеку получить мгновенную доступную психологическую помощь на высоком профессиональном уровне. ТД по оказанию неотложной психологической помощи населению является мобильным,

современным и пользующимся спросом среди населения средством, которое необходимо расширять и совершенствовать. На начальном этапе имеются некоторые трудности, целесообразно, чтобы Телефоны доверия были внесены в перечень служб, оказывающих экстренную помощь населению, а в перспективе – создание единого номера по России (можно по Кемеровской области) для всех психиатрических больниц. В рамках просветительской деятельности следует активно использовать психообразовательные программы по формированию навыков эффективного выхода из кризисной ситуации.

Практика использования полипрофессиональной модели лечебно-реабилитационных мероприятий в психокоррекции пациентов, совершивших ООД против личности

Гизатулина Л.В., Краковная Л.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Одним из наиболее перспективных и рекомендуемых способов организации лечебно-реабилитационных мероприятий во время принудительного лечения в России является бригадная (полипрофессиональная) модель осуществления лечебно-реабилитационных мероприятий.

Реабилитационная работа проводится в соответствии с клиническими показаниями, которые для каждого индивидуального случая устанавливаются коллегиально врачом-психиатром по согласованию с другими участниками лечебно-реабилитационного процесса (клинического психолога, социального работника). Врачу-психиатру отводится ведущая роль в обеспечении функционирования бригады, на него возложена ответственность за качество и эффективность лечебно-реабилитационного воздействия, врач-психиатр формулирует цели и задачи ведения пациента совместно с другими членами бригады, распределяет функции и полномочия среди всех членов бригады, а также осуществляет мониторинг динамики состояния пациента. Специалист по социальной работе участвует в составлении функционального диагноза с учётом адаптационно-компенсаторных возможностей больного и индивидуального плана лечебно-реабилитационных мероприятий, оценивает особенности его социального положения и социального функционирования, заполняет социальную карту и социальную характеристику пациента, участвует в решении социально-правовых вопросов, осуществляет взаимодействие со службами социальной поддержки. Деятельность медицинского психолога в психосоциальном реабилитационном процессе включает диагностическую, консультативную и коррекционную работу.

В статье описан опыт работы и исследовательской деятельности полипрофессиональной бригады с пациентами отделения специализированного типа, страдающими шизофренией, совершившими ООД против личности.

Цель исследования: изучение влияния полипрофессиональной модели лечебно-реабилитационных мероприятий на снижение агрессивности и формирование навыков саморегуляции пациентов, совершивших ООД против личности, в ходе принудительного лечения в отделении специализированного типа.

В работе приняли участие 19 пациентов, находящиеся на принудительном лечении специализированного типа, страдающие шизофренией, совершившие общественно опасные деяния против личности. 6 пациентов поступили в психиатрический стационар специализированного типа после прохождения принудительного лечения специализированного типа с интенсивным наблюдением, 6 пациентов – в связи с повышением их общественной опасности на этапе принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа либо амбулаторного принудительного наблюдения и лечения, к 7 пациентам изначально судом были применены принудительные меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа. Все пациенты были осмотрены врачом психиатром-наркологом с целью уточнения/изменения тактики медикаментозной терапии. Из них у 11 пациентов выявлен непрерывный тип течения заболевания, у 8 – эпизодический. 7 пациентов совершили ООД по психопродуктивному механизму, 12 – по негативно-личностному механизму. Следует отметить, что большинство (n=11) исследуемых пациентов совершили ООД, находясь в состоянии алкогольного опьянения, все они имели признаки синдрома зависимости от алкоголя/наркотических средств с нарушением способности контролировать его потребление. После поступления в психиатрический стационар специализированного типа для всех пациентов был разработан индивидуальный план реабилитации.

Специалистом по социальной службе для выяснения особенностей социального функционирования были сделаны запросы по месту жительства. Установлено, что все пациенты исследуемой группы имели постоянное место жительства и прописку. Родственные связи в сложных жизненных обстоятельствах были утеряны у одного из пациентов (который самостоятельно принял решение в последующем, после окончания принудительного лечения проживать в доме-интернате). 3 пациента нуждались в установлении группы инвалидности, в связи с чем им было подготовлено соответствующее направление на медико-социальную экспертизу и впоследствии установлена инвалидность II-III группы. 17 пациентам, которые нуждались в оформлении перевода и начисления пенсии и ЕДВ

в Пенсионном фонде, были открыты расчетные банковские счета для перечислений социальных выплат. Пациенты по письменному заявлению два раза в месяц доверяли денежные средства социальному работнику для покупки продуктов питания и средств личной гигиены. Одному из пациентов была оказана помощь в восстановлении утраченного паспорта, СНИЛС, медицинского полиса, двум пациентам – помощь в сборе платежных документов для оплаты жилищно-коммунальных услуг.

Работа психолога осуществлялась в форме групповых встреч на основе когнитивно-поведенческой психотерапии по двум основным направлениям («Тренинг совладания с гневом» и «Тренинг по формированию навыков самоконтроля и понимания факторов, провоцирующих употребление психоактивных веществ»). Помимо тренинговых программ в арсенал работы психолога с пациентами, находящимися на принудительном лечении, вошли следующие мероприятия: профилактические тематические дни, приуроченные к определенным датам («Всемирный день борьбы с курением» и «Всероссийский день трезвости»), в тематике которых актуализировалась проблема алкоголизма и табакокурения в современном обществе, обсуждались варианты отказа от вредных привычек (потребность вести здоровый образ жизни, ответственность перед близким окружением), литературные вечера, библиотерапия, кинотерапия.

Для оценки эффективности проведенных мероприятий до и после цикла занятий проведена психологическая диагностика пациентов с применением опросников «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И., 1988) и «Оценка агрессивности в отношениях» (А. Ассингер) по определению уровня агрессии в общении и предрасположенности к конфликтам.

Распределение пациентов на исследуемые группы осуществлялось лечащим врачом по двум критериям: механизм совершения ООД: негативно-личностный и продуктивно-психотический; тип течения заболевания: эпизодический и непрерывный. За основу интерпретации брались средние показатели по группам, которые сравнивались между собой.

По итогам анализа психокоррекционной работы были сделаны следующие выводы. В результате проведенных психокоррекционных мероприятий уровень агрессивности снизился у всех обследованных пациентов. После занятий наблюдается незначительное повышение общего уровня саморегуляции и улучшение способности к моделированию значимых условий достижения целей и к оценке результатов деятельности. Показатели факторов «планирование» и «самостоятельность», являющихся фиксированными элементами структуры саморегуляции, увеличились незначительно. Более других поддаются психокорректирующему воздействию лица, совершившие ООД по негативно личностному механизму и с эпизодическим типом течения заболевания, что необходимо

учитывать при составлении групп психологической поддержки на основе моделирования трудных жизненных ситуаций. Менее других были подвержены психокорректирующему воздействию пациенты с непрерывным типом течения заболевания.

Таким образом, деятельность бригады позволяет снизить социальную депривацию и дезадаптацию больных, а также улучшить качество приспособительного поведения и помочь в реализации социально-правовых, индивидуально-личностных возможностей больных, что снижает их социальную опасность, помогая пациенту лучше понять свои проблемы и устранить эмоциональный дискомфорт. Перечисленные мероприятия создают в отделении благоприятную психотерапевтическую обстановку, способствуют нормализации поведения больных, профилактируют их агрессивные действия.

Типовые экспертные модели коморбидной экзогенно-органической патологии

Гиленко М.В., Тарасова Г.В., Гуляева В.Ю.
Москва, ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского».

Экзогенно-органические психические расстройства в судебно-психиатрической практике – широко распространенная нозологическая группа с выраженным клиническим полиморфизмом, требующим дифференцированных судебно-психиатрических подходов. Отмечаемый многими исследователями патоморфоз экзогенно-органических расстройств обусловлен высоким удельным весом коморбидной патологии. Среди наиболее актуальной для судебной психиатрии коморбидной патологии выделяют: 1) органические психические расстройства (ОПР) и расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ); 2) ОПР и психогенные расстройства. Актуальность указанных сочетаний, помимо высокой распространенности, связана с высокой вероятностью формирования коморбидных связей, созависимостью данных нозологических единиц ввиду наличия общих звеньев патогенеза, обусловливающих специфичность клинической картины, которую необходимо учитывать при проведении судебно-психиатрической экспертизы.

Специфические проблемы диагностики и судебно-психиатрической оценки коморбидной патологии включают: 1) выбор приоритетной диагностической модели, 2) оценку изменения экспертной значимости психических расстройств, составляющих коморбидную патологию, при решении различных экспертных задач, 3) оценку влияния сопутствующего расстройства (патопластическое, патокинетическое).

Коморбидные соотношения с ОПР на примере зависимости от ПАВ и психогенных расстройств могут быть представлены в виде моделей, в которых ОПР рассматривается либо как приоритетная диагностическая категория, либо как патологическая почва для иных расстройств, где фоновая органическая патология играет роль фактора видоизменяющего, а нозологическая модель сохраняется в рамках синдрома зависимости или психогенного расстройства.

Особенно высока патогенная значимость психогенно-травмирующей судебно-следственной ситуации для обвиняемых с ОПР и сердечно-сосудистыми заболеваниями, что предопределяет специфические проблемы их итоговой экспертной оценки – как ретроспективной (на период инкриминируемого деяния), так и прогностической (способность осуществлять свои процессуальные права и обязанности, предстать перед судом). Типичные экспертные проблемы при этом – оценка клинической динамики состояния после привлечения к уголовной ответственности.

С целью определения и выбора оптимальной экспертной тактики клинико-психопатологическим методом были обследованы 102 обвиняемых мужского пола (средний возраст 55±13,5 года) с диагнозами ОПР и сердечно-сосудистого заболевания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца). Оценка психического и соматического состояния обследованных осуществлялась с учётом трех этапов: 1) анамнестический период; 2) период, относящийся к совершению инкриминируемого деяния; 3) этап текущей судебно-следственной ситуации (в частности: а) от момента совершения правонарушения до настоящей экспертизы; б) этап настоящего судебно-психиатрического освидетельствования). Установлено, что для экспертизы принципиальное значение имеют следующие факторы: наличие отчетливого динамического сдвига в судебно-следственной ситуации, психотический/непсихотический уровень расстройств, типичность/нетипичность как базисного органического, так и психогенного расстройства, возможность/невозможность верификации при ретроспективном анализе психического состояния подэкспертного на момент совершения правонарушения.

Выделены 4 клинических варианта неблагоприятной динамики у лиц с сердечно-сосудистыми заболеваниями в судебно-следственной ситуации: декомпенсации по типу депрессивных реакций (n=6, 6%); декомпенсации с усугублением имевшейся до воздействия психогении психопатологической симптоматики (n=32, 31%); декомпенсации по типу прогрессирующего нарастания дефицитарных расстройств (n=34, 34%) и реактивные состояния на фоне ОПР (n=30, 29%). Предпочтительность того или иного варианта динамики зависела от возраста, особенностей эмоционально-личностного реагирования, клинических характеристик органической психической и сердечно-сосудистой патологии.

Выделенные варианты неблагоприятной динамики характеризуются устойчивой совокупностью клинических параметров, соответственно позволяют прогнозировать оптимальные экспертные решения при разной значимости психогенно обусловленной симптоматики, что способствует повышению эффективности судебно-психиатрического освидетельствования.

Другой актуальной проблемой оценки коморбидной экзогенно-органической патологии являются психотические расстройства, относящиеся к периоду общественно опасного деяния (ООД), с которыми связан целый ряд сложностей как при установлении собственно психотического регистра состояния, так и его нозологической принадлежности, оценке прогноза.

С целью определения клинико-психопатологических особенностей психотических состояний для последующей разработки принципов и критериев их дифференцированной судебно-психиатрической оценки проведено обследование 104 обвиняемых мужского пола (средний возраст – 42,7±13,2 года), у которых в период ООД наблюдалось психотическое расстройство экзогенно-органической природы. В ходе СПЭ 38 (36,5%) обследованным был поставлен диагноз «органические психические расстройства», 41 (39,4%) – «расстройства в связи с употреблением ПАВ», 16 (15,4%) – двойной диагноз (ОПР и расстройство вследствие употребления ПАВ). В 9 (8,7%) наблюдениях диагностировалось только временное психическое расстройство, относящееся к периоду ООД. Анализ диагностических заключений, относящихся собственно к психозу в период ООД, показал, что в 22 наблюдениях (21,2%) психотическое расстройство кодировалось в рубрике «острая интоксикация ПАВ» (F1x.0), в 7 (6,7%) – в рубрике «синдром отмены ПАВ» (F1x.4), в 43 (41,3%) был поставлен диагноз «психотическое расстройство в связи с употреблением ПАВ» (F1x.5), в 32 (30,8%) – «органическое психотическое» или «органическое шизофреноподобное» расстройство (F06.81 или F06.2 по МКБ-10).

Анализ выборки с учетом наличия/отсутствия и клинико-динамических характеристик фоновой органической патологии, наличия астенизирующих факторов временной почвы и дополнительного экзогенного фактора (триггера), непосредственно предшествующего развитию психоза, позволил дифференцировать три группы психотических расстройств, в зависимости от преимущественной роли того или иного фактора в возникновении психоза: 1) «органические» психозы у лиц с клинически значимым ОПР и минимальной ролью дополнительных экзогенных факторов (триггеров), непосредственно предшествующих развитию психотического состояния (n=16, 15,4%); 2) «связанные с употреблением ПАВ» психозы, к данной группе были отнесены все наблю-

дения с преобладающей ролью интоксикации ПАВ (острой или хронической) в генезе психотического состояния (n=51, 49%); 3) «смешанные» психозы, возникающие при паритетном влиянии постоянной органической почвы, астенизирующих факторов временной почвы и триггера в виде употребления ПАВ (n=37, 35,6%).

Выделенные группы пациентов различались по наличию и выраженности фоновой патологии (ОПР и/или зависимость от ПАВ), характеру и значимости астенизирующих факторов, предшествующих психозу, наличию триггера в виде употребления ПАВ, длительности психоза, ведущему психопатологическому синдрому, как в период ООД, так и на экспертизе, что предполагает различные принципы и критерии экспертной оценки.

Терапия кататонических расстройств в структуре острого приступа шизофрении

Гордеев В.А., Москвина Я.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

На сегодняшний день не существует всеобщей концепции, раскрывающей суть патофизиологии и этиологии кататонии, что сохраняет значительный научный интерес специалистов к этой проблеме. Для практического врача-психиатра это особенно значимо, так как определяет приоритетность выбора терапевтической тактики. На текущий период одной из наиболее актуальных задач современных исследований являются аспекты изучения методов лечения кататонии, однако единых терапевтических стратегий в отношении купирования кататонических феноменов до настоящего времени не разработано. Некоторыми современными авторами оспаривается эффективность бензодиазепинов для купирования кататонии, возникающей в структуре шизофрении, поэтому они рекомендуют нейролептики второго и третьего поколений как наиболее безопасные в программах терапии кататонической, в первую очередь психомоторной симптоматики [1]. Другие авторы рассматривают применение бензодиазепинов в качестве терапии первой линии при кататонии, причисляя его к категории наиболее широко изученных методов лечения, по меньшей мере предлагаемых по материалам 17 исследований [2]. Эффективность бензодиазепинов обусловлена регуляцией ГАМК-ергической системы, участие которой подтверждается в патогенезе КС. Кроме того, важную роль в достижении клинического эффекта бензодиазепинов при КС, по-видимому, играет их миорелаксирующее действие [3].

Статистически значимых доказательных исследований эффективности феназепама в лечении кататонической симптоматики мы не проводили, однако имеются клинические наблюдения положительного эффекта феназепама при терапии КС. При хорошей реакции на терапию бензодиазепинами эффект обычно отмечается в течение нескольких дней. Бензодиазепины при КС достаточно хорошо переносятся пациентами, не дают поведенческой токсичности и выраженного седативного эффекта.

Пример 1. Пациентка Б. Диагноз: Шизофрения параноидная, непрерывный тип течения (F20.006). Статус: галлюцинаторно-параноидный с кататоническими включениями отказ от еды.

Наблюдается у психиатра с 2000 г. с диагнозом параноидной шизофрении с непрерывным типом течения, конечная форма заболевания. Является инвалидом II группы. Предыдущая госпитализация в 2017 г., перенесла депрессивно-параноидное состояние. Рекомендованное лечение дома не продолжила. Принимала пищу избирательно. 8.11.2021 была госпитализирована в инфекционное отделение Госпиталя ветеранов войн в связи с КОВИД-19, внебольничной двухсторонней полисегментарной пневмонией. Выписана 18.11.2021. Ухудшилось психическое состояние еще в госпитале, стала возбужденной, сопротивлялась медицинским манипуляциям. Находилась на лечении вместе с мужем и сыном. Сыну приходилось удерживать ее, чтобы провести капельные инфузии, сделать инъекции. После выписки состояние ухудшалось, категорически отказывалась от приема любого вида пищи и воды. Все выплевывала, сопротивлялась любым манипуляциям, прислушивалась. Доставлена в ККПБ, направлена дежурным врачом в изолятор. Завели в отделение под руки, шла согнувшись. Продуктивному контакту малодоступна. На вопросы отвечала только жестами, мимикой лица, отворачивалась от врача. На вопрос о болезни отвечала кивком головы. Не давала поднести ко рту еду. Прислушивалась. Суть переживаний не раскрывала. Получала лечение галоперидолом до 15 мг/с, рисперидоном до 8 мг/с без эффекта. В связи с отказом от приема еды и жидкости и необходимостью проведения зондового питания была переведена в палату реанимации, доставлена на носилках. Самостоятельно не передвигалась. Продуктивному контакту недоступна. На обращенную речь реагировала, открывая глаза. Не уступала попыткам кормления, выплевывала пищу. Длительное время проводилось зондовое питание. Получала элзепам до 10 мг/сут в/в кап. На фоне лечения состояние постепенно улучшилось. Стала принимать пищу, самостоятельно сидела в кровати, начала ходить с посторонней поддержкой. Стала отвечать на вопросы односложно, или короткими фразами. Периодическая раздражительность купировалась самостоятельно. Переведена на поддерживающую терапию заласта ку-таб до 10 мг/с. Выписана с улучшением в сопровождении сына-опекуна.

Пример 2. Пациент У. Диагноз: Шизофрения параноидная с эпизодическим течением (F20.006).

Во время срочной службы в армии перенёс кататоно-параноидный приступ в рамках шизофрении, комиссован. С 1999 г. установлена II группа инвалидности. В последующем психическое состояние оставалось неустойчивым: периодически плохо спал, испытывал чувство дискомфорта, колебания настроения, принимал вальдоксан и клозапин. На фоне ухудшения психического состояния в мае 2022 г. госпитализирован в ККПБ. При поступлении испытывал наплывы вербальных галлюцинаций, слышал мужские «голоса», которые ругали, останавливали мысли, испытывал спутанность мыслей. Состояние ухудшалось, стал заторможенным, отсутствовал продуктивный контакт, в верхней половине туловища и конечностях появились скованность, тремор, симптом воздушной подушки. Лежит в неестественной позе, положение не меняет. Реагирует на задаваемые вопросы взглядом, отвечает, что ему «плохо», «страшно». Свое имя, отчество, фамилию называет еле слышно, неразборчиво. Периодически замолкает. Лежит в однообразной позе, инструкции выполняет избирательно. Показывает язык по просьбе. Тонус мышц в разгибателях верхних конечностей повышен, сопротивляется при попытке их разогнуть. Отмечается симптом воздушной подушки. В глазах страх. Критика к состоянию отсутствует. Согласие на лечение и госпитализацию не смог подписать, пытался, но не смог поставить подпись на бланке. Самостоятельно пищу не принимает. Проведено лечение: галоперидол до 20 мг/сут (плохая переносимость), амитриптилин до 75 мг/сут, азалептин до 200 мг/сут, венлафаксин до 225 мг/сут, циклодол до 6 мг/сут, неулептил до 9 мг/сут, без эффекта. 18.05.2022 г. переведен в 21-е отделение в связи с ухудшением психосоматического состояния. Состояние оценивалось как тяжелое, за счет основного заболевания. Был формально доступен контакту, на вопросы отвечал по существу, в течение дня замирал, смотрел в одну точку. Глотал только воду. Сообщил, что видел дьяволов, просил поставить крестики, на лице сохранялась гримаса ужаса. При бодрствовании тремор всего тела, во время сна тремор отсутствовал. Длительное время находился в палате реанимации с кататоно-параноидным синдромом. По результатам дезинтоксикационной терапии, витаминотерапии, нейролептической терапии препаратами антипсихотического действия бензодиазепинового ряда отмечалась положительная динамика. Был формально доступен контакту, в течение дня бодрствовал, но только в пределах кровати, ригидности мышц не отмечалось, имелся легкий тремор конечностей. Проведена терапия элзепамом до 10 мг/сут в/в кап, в дальнейшем принимал клозапин 200 мг/сут. 30.05.2022 г. с улучшением состояния выведен из палаты реанимации переведен в общепсихиатрическое отделение.

Пример 3. Пациентка К. Диагноз: Шизофрения параноидная с эпизодическим течением (F20.006).

В ККПБ госпитализируется неоднократно. В связи с нарушениями поведения с 8 лет наблюдается участковым психиатром. Впервые состояние изменилось в сентябре 2018 г.: стала грубой и конфликтной, сбежала от учителя, отказывалась от пищи. Была госпитализирована в детское психиатрическое отделение. В 2020 г. госпитализировалась во 2-4-е отделение в связи с нарушениями поведения. После выписки в сопровождении матери обращалась в диспансер с жалобами на странности в поведении: замирает в одной позе, по несколько часов смотрит в одну точку, уходит из дома, бродяжничает. Получала лечение аминазином, перициазином. В январе 2021 г. возвращалась из школы, ухудшилось состояние: потеряла сознание, были судороги. Госпитализирована в областную больницу, выписана с диагнозом: судорожный синдром неясной этиологии. Повторно дважды госпитализировалась в 2021 г. с жалобами матери на поведенческие нарушения, «имитацию обмороков», конфликтность, провокацию скандалов, попытки бросаться под машины. Бегала вдоль трассы, падала на обочину, имитировала обмороки, судороги. В августе 2022 г. в связи с участившимися поведенческими нарушениями госпитализирована в ККПБ. Отказывалась от приема пищи и лекарств, негативно относилась к медицинским манипуляциям, кричала, прогоняла от себя медперсонал или наоборот становилась навязчивой, хватала за руку и не отходила от врача. Замыкалась в себе и была необщительной, то плакала и просила с ней посидеть, то кричала, что её хотят «сдать в психушку». В момент агрессии отмечалось напряжение всех групп мышц. Находилась на зондовом питании. Команды не выполняет. Застывает в одной позе. Отмечается восковая гибкость. При тактильном контакте улыбается, пытается установить зрительный контакт, при этом голова отвернута кверху и влево. Отмечается негативная реакция на вопросы о доме и матери – в гневе стискивает зубы, отдёргивает руку от врача. Получала лечение оланзапином до 20 мг/с, рисперидоном до 8 мг/с, клозапином до 200 мг/с, без эффекта. Переведена в реанимационное отделение ККПБ. На фоне лечения элзепамом до 10 мг/сут в/в кап состояние улучшилось. Стала активной, самостоятельно принимала пищу. Поведение было упорядоченным, самостоятельно обслуживала себя, нарушений поведения, психопродуктивной симптоматики не выявляла. Пароксизмальных состояний не зафиксировано. Выписана с улучшением состояния для наблюдения у психиатра по месту жительства.

Представленные примеры демонстрируют эффективность применения бензодиазепинов (феназепам) при внутривенном введении для купирования кататонической симптоматики, не реагирующей на лечение нейролептиками (как АПП, так и АВП).

Список литературы

1. Иванов С.В., Смулевич А.Б., Борисова П.О., Пискарёв М.В. Терапия кататонии в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра. Психиатрия. 2022. Т. 20, № 3. С. 112-123. https://doi.org/10.30629/2618- 6667-2022-20-3-112-123
2. Pelzer AC, van der Heijden FM, den Boer E. Systematic review of catatonia treatment. Neuropsychiatr Dis Treat. 2018 Jan 17;14:317-326. doi: 10.2147/NDT.S147897. PMID: 29398916; PMCID: PMC5775747.
3. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложные состояния в психиатрии. Рациональная фармакотерапия неотложных состояний. Руководство для практикующих врачей / под ред. Б.С. Брискина, А.Л. Верткина. М.: Литерра, 2007. С. 422-461.

Перспективы использования коррекции питания как эпигенетического фактора развития психических расстройств

Гуткевич Е.В., Мальцева Ю.Л., Бородюк Ю.Н., Горбацевич Ю.Н., Перевезнюк А.Г., Корнетова Е.Г.
Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского НИМЦ, Томск

Современные исследования показывают, что гены могут включаться и выключаться как следствие «стиля жизни» (Tellnes G., Batt-Rawden K.B., Christie W.H., 2019), так как эпигенетические факторы влияют на активность экспрессии определенных генов на нескольких уровнях, что приводит к изменению фенотипа клетки или организма. Эпигенетические факторы и механизмы были уточнены и расширены, в том числе в отношении питания и отдельных нутриентов (Кучер А.Н., 2016; Максименко Л.В., 2019). Особое внимание уделяется минорным компонентам пищи, обладающим биоактивностью (Тутельян В.А., 2021): это фенолы и полифенолы, индолы иизофлавоны, другие биоактивные соединения, в большом количестве присутствующие в растительной пище, плодах, овощах, фруктах. Именно эти соединения ответственны за экспрессию генов ферментов антиоксидантной защиты, ферментов метаболизма ксенобиотиков, в том числе лекарственных препаратов. В свою очередь нутриенты или факторы питания метаболизируются в кишечнике организма с участием микробиоты желудочно-кишечного тракта, обеспечивая производство энергии и поддержание гомеостаза (Барыльник Ю.Б., 2016). Многие заболевания, в том числе и психические, сопровождаются отклонениями в составе метагенома микробиоты человека, микроэкологическими нарушениями (расстройства аутистического спектра, СДВГ, шизофренические расстройства, болезни Паркинсона и Альцгеймера и др.) (Соколов П.Л., Чебаненко Н.В., Медная Д.М., 2023; Tesfaye M., Jaholkowski P., Hindley G.F.L. et al., 2023).

Для разработки «Технологии персонализированной противорецидивной терапии больных параноидной шизофренией с коморбидными хроническими неинфекционными заболеваниями» в рамках темы прикладных научных исследований НИИ психического здоровья «Персонализированная диагностика и терапия больных полиморбидными расстройствами шизофренического и аффективного спектра» предложен комплекс опросников для пациентов и их родственников. Теоретические основы исследования связаны с современными данными о генетических и эпигенетических механизмах симбиоза»хозяин-микробиом» с контактными и метаболическими путями взаимодействия, данными о влияниях кишечной микрофлоры на устойчивость физиологических систем и гомеостаза организма в условиях естественных и антропогенных воздействий (Гуткевич Е.В., Гуткевич Е.А., 2016; Гуткевич Е.А., 2019).

В настоящем сообщении представлены данные пилотного исследования пищевых рационов с использованием разработанного опросника. Опросник содержит инструкцию: «Отметьте характерный для Вашей семьи рацион питания (один из представленных) или подчеркните продукты в нескольких разделах таблицы). Напишите свое ежедневное меню. Укажите продукты, которые вы употребляете в завтрак, обед, ужин и при перекусах». Для выбора перечислены 7 вариантов рациона питания, таких как: 1) рациональный с достаточным и регулярным в пределах физиологических норм потреблением продуктов питания: ограниченным (редким) потреблением сладостей, твердых жиров, копченых, соленых, маринованных продуктов; 3-4 разовое питание, без переедания; 2) преимущественное потребление мясных продуктов, колбас при сниженном или нормальном потреблении остальных продуктов питания; 3) доминирующее потребление молочных продуктов при сниженном или нормальном потреблении остальных продуктов питания; 4) достаточное или значительное потребление рыбы и морепродуктов; 5) преимущественное потребление овощей, фруктов, ягод, круп, растительных масел при сниженном потреблении продуктов животного происхождения; 6) преобладающее потребление макаронных изделий, хлебопродуктов, картофеля, круп, мучных кондитерских изделий при сниженном потреблении мясных, молочных, рыбных продуктов, овощей и фруктов; 7) повышенное потребление высококалорийных сладких продуктов, кондитерских изделий. Также предлагается ответить на вопросы: «Отмечаете ли Вы у себя непереносимость молока и молочных продуктов (да, нет)» и «Руководствуетесь ли Вы какой-либо диетой (укажите название) (нет, да)».

Проведен опрос двух группы респондентов, в первую группу (сравнения) вошли молодые лица, обучающиеся в вузе, вторую группу (основную) составили пациенты психиатрического отделения с диагностированными расстройствами шизофренического спектра.

Лица молодого возраста описывали различные рационы питания, чаще представлены два варианта: рациональный с достаточным и регулярным в пределах физиологических норм потреблением продуктов питания и вариант, ориентированный на преимущественное потребление овощей, фруктов, ягод, круп, растительных масел при сниженном потреблении продуктов животного происхождения». Однако при изучении подробного ежедневного меню установлено, что в повседневном ежедневном питании респондентов присутствуют в основном хлебобулочные изделия, макароны, картофель, фаст-фуд, сладкие и кондитерские изделия. Выявленные особенности характеризует противоречивость в оценках своего пищевого рациона молодыми людьми. Отметим, что достаточно часто встречаются особенности во временно*м* характере питания – только вечером либо «по чувству голода», у девушек – фруктовая диета, у спортсменов – белковое специализированное питание. Для пациентов основной группы характерны два рациона питания: с преобладающим потреблением макаронных изделий, хлебопродуктов, картофеля, круп, мучных кондитерских изделий при сниженном потреблении мясных, молочных, рыбных продуктов, овощей и фруктов (что можно описать как «сибирский рацион») и повышенное потребление высококалорийных сладких продуктов, кондитерских изделий. При этом пациенты чаще не руководствуются какой-либо диетой и не отмечают непереносимость молока и молочных продуктов.

Полученные данные свидетельствуют о сдвигах в рационе питания как основной группы пациентов с психическими расстройствами, так и лиц молодого возраста, что отражает общепопуляционный тренд. Так, актуальные сведения о структуре питания населения РФ показывают, что большее чем необходимо потребление ряда продуктов (хлебобулочные изделия, мясные продукты и колбасы с высоким содержанием жира и соли, сахар и кондитерские изделия) ведет к росту калорийности рациона и несоответствию её энерготратам. При этом население недополучает овощи, фрукты, молочные продукты, богатые витаминами и микроэлементами, а также растительные масла, обеспечивающие организм эссенциальными ПНЖК (Зубкова Т.С., Замятнина Е.С., Халтурина Д.А., 2021). По данным территориального органа федеральной службы государственной статистики по Томской области потребление основных продуктов питания (в среднем на одного члена домашнего хозяйства, кг/год) составляло в 2021 г.: хлебные продукты 76,8, картофель 43,0, овощи и бахчевые 79,6, фрукты и ягоды 55,8, мясо и мясопродукты 84,9, молоко и молочные продукты 217,3, яйца (штук) 210, рыба и рыбопродукты 21,5, сахар и кондитерские изделия 21,9, масло растительное и другие жиры 7,4. В целом энергетическая ценность 2148,2 ккал в сутки. Все эти показатели имеют тенденцию к снижению по сравнению с 2017 г.

Характер питания относится к эпигенетическим модифицируемым факторам риска возникновения многофакторных заболеваний человека, в том числе психических расстройств. Учитывая важность питания и пищевого поведения в семье, планируется разработка технологии, включающей направления по питанию, а также физической и дыхательной нагрузке, различных активностей в домашней среде для повышения качества жизни больных с шизофреническими расстройствами.

Анализ ассоциаций полиморфных вариантов и уровня метилирования гена фактора некроза опухоли-альфа (TNF) с развитием депрессии

Давыдова Ю.Д.[1, 2], Казанцева А.В.[1, 2], Еникеева Р.Ф.[1, 2], Мустафин Р.Н.[3], Лобаскова М.М.[4], Малых С.Б.[4], Хуснутдинова Э.К.[1, 2]

[1] Уфа, ФГБНУ «Институт биохимии и генетики Уфимского федерального исследовательского центра РАН»

[2] Уфа, ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»

[3] Уфа, ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

[4] Москва, ФГБНУ «Психологический институт Российской академии образования»

В настоящий момент депрессия является одним из самых распространенных психических заболеваний, характеризующимся гипотимией, снижением витальных побуждений с пессимистической оценкой себя и своего положения в окружающей действительности. По разным оценкам в развитых странах от депрессии страдает до 10% населения, что обусловливает необходимость её изучения на всех уровнях развития, начиная с молекулярно-генетического. Интересным подходом к изучению причин развития депрессии является так называемая воспалительная теория депрессии, согласно которой у пациентов с депрессивными расстройствами чаще определяется повышенная экспрессия воспалительных цитокинов в крови и ликворе. Это может быть обусловлено тем, что стресс любой этиологии, воздействующий на индивида, влечёт за собой выброс цитокинов в периферической крови и повышение проницаемости гематоэнцефалического барьера. Подобные изменения способствуют проникновению циркулирующих воспалительных медиаторов в головной мозг, запуску нейровоспалительной реакции, что может повлечь развитие депрессии и других психопатологий. В 2000 г. впервые было высказано предположение о повышении уровня фактора некроза опухоли TNF-α (кодируется геном *TNF*, 6p21.31) в крови у пациентов с депрессией, однако результаты последующих исследований остаются противоречивыми.

Предполагается, что причиной тому может послужить широкий спектр стрессовых средовых факторов, отличающихся от индивида к индивиду, воздействующих на разных этапах пре- и постнатального развития и способных модифицировать генетическую предрасположенность к развитию депрессивной симптоматики посредством изменения эпигенетической регуляции. По этой причине представляется актуальным анализ дифференциального уровня метилирования и полиморфных локусов гена *TNF* с учетом влияния средовых факторов у лиц с различиями в уровне депрессивности.

Цель исследования: оценка связи уровня метилирования ДНК и полиморфных локусов гена *TNF* с фенотипическими вариациями уровня депрессивности у психически здоровых индивидов с учётом половой и этнической принадлежности.

Материалы и методы. Исследованы когорты психически здоровых индивидов в возрасте 18-25 лет, сформированные в период 2017–2021 гг. по результатам случайной репрезентативной выборки Республики Башкортостан (средний возраст 20,33±1,88 года; 79,58% женщин; по этнической принадлежности: русские – 357, татары – 340, метисы – 134) и Удмуртской Республики (средний возраст 18,96±1,17 года; 78,63% женщин; по этнической принадлежности: удмурты – 234). Все индивиды, принявшие участие в исследовании, прошли психологическое тестирование по определению индивидуального уровня депрессивности (шкала депрессии Бека – Beck Depression Inventory, BDI), анкетирование, включающее вопросы относительно особенностей социально-демографической среды в период воспитания, а также сдачу образцов периферической крови.

Выделение ДНК из образцов крови было осуществлено методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование полиморфных локусов гена *TNF* (*rs1041981* и *rs1800629*) осуществлялось методом конкурентной аллель-специфичной полимеразной цепной реакции KASP™ (LGC-Genomics, Germany) на амплификаторе CFX96 (Bio-Rad). Анализ метилирования CpG-сайта в гене *TNF* (chr6: 31,576,837-31,576,932, hg38) в лейкоцитах периферической крови проводился методом метил-чувствительной ПЦР в реальном времени с анализом кривой плавления высокого разрешения (LightCycler®480 High Resolution Melting Master, Roche) с предварительной бисульфитной конверсией образцов ДНК (EZ DNA Methylation-Gold™ Kit, Zymo Research) и последующим секвенированием по Сэнгеру на анализаторе Applied Biosystems-3500 (ThermoFisher Scientific). Для выявления основного эффекта полиморфных локусов гена *TNF* и эффекта ген-средовых взаимодействий на фенотипические вариации уровня депрессивности был проведен линейный регрессионный анализ, где в качестве независимых переменных выступали генотипы и средовые/персональные факторы (пол, этническая принадлежность до трёх

поколений, сезон рождения индивида, количество детей в семье и порядок их рождения, воспитание в полной/неполной семье, характер детско-родительских отношений, место рождения и проживания, гестационный возраст, возрасты матери и отца на момент рождения, случаи жестокого обращения в детстве, билингвизм, наличие у респондента хронических заболеваний, статус табакокурения, физическая активность, ростовесовые показатели, обхват талии, приём лекарственных препаратов, особенности питания), а в качестве зависимой переменной – уровень депрессивности (PLINK v. 1.9). При выявлении статистически значимых моделей проводился множественный регрессионный анализ с включением половой и этнической принадлежностей в качестве ковариат (R v. 4.1.2). Общий уровень метилирования в гене *TNF* у индивидов рассчитывался как отношение суммарного уровня метилирования по всем CpG-сайтам в исследуемом образце в анализируемом регионе гена к максимально возможному суммарному уровню метилирования по всем CpG-сайтам. Вычисляли среднее значение уровня метилирования в трёх технических повторах (R v. 4.1.2).

Результаты. Наблюдаемые частоты генотипов полиморфных локусов гена *TNF* (*rs1041981* и *rs1800629*) соответствовали ожидаемым для равновесия Харди-Вайнберга ($p>0,05$). В результате линейного регрессионного анализа была показана ассоциация аллеля *rs1041981*A* в этнической группе русских из Республики Башкортостан ($\beta= -1,31$; $p=0,05$) с пониженных уровнем депрессивности на уровне тенденции. Дальнейший анализ ген-средовых взаимодействий не обнаружил ассоциаций полиморфных локусов *rs1041981* и *rs1800629* гена *TNF* с уровнем депрессивности ($p>0,05$). При оценке уровня метилирования CpG-сайтов гена *TNF* не было выявлено статистически значимых различий в уровне метилирования промоторного региона гена между индивидами с крайними значениями уровня депрессивности, а также в зависимости от социально-демографических факторов ($p>0,05$).

Таким образом, в настоящем исследовании была продемонстрирована вовлечённость полиморфного локуса *rs1041981* гена *TNF* в формирование индивидуальных вариаций в уровне депрессивности у индивидов русской этнической принадлежности на уровне тенденции. Предполагается, что увеличение выборки для исследования и расширение спектра исследуемых генов, вовлечённых в воспалительный ответ, будет способствовать преодолению ограничений, имеющихся в данной работе. Тем не менее полученные результаты расширяют фундаментальные знания о факторах, вовлеченных в развитие депрессии.

Исследование выполнено при финансовой поддержке мега-гранта Правительства Республики Башкортостан (соглашение № 1 от 2.12.2022) и мега-гранта Правительства Российской Федерации (проект № 075-15-2021-595).

Практические аспекты оказания специализированной психолого-психотерапевтической помощи мобилизованным для участия в СВО

Динкель О.Л., Белокрылова Е.В., Черемнова О.В.
ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск

В связи с проведением СВО отмечается широкий диапазон психоэмоционального реагирования граждан (участников СВО, членов их семей, родных и близких мобилизованных, гражданского населения), таких как тревожность, страх, опасения, гневливость, смятение, депрессивные переживания, деструктивные проявления, панические реакции. Люди переживают особые психоэмоциональные состояния, связанные со сложившейся ситуацией, сопряженные с трудностью или невозможностью самостоятельного выхода из состояния стресса. В связи с этим возрастает роль комплексного специализированного подхода для обеспечения эмоциональной стабильности, психологической устойчивости, сохранения работоспособности, выработки осознанного отношения к трудной жизненной ситуации, к поддержанию внутреннего ресурса уверенности в себе у мобилизованных граждан в связи с необходимостью выполнения ими задач СВО.

В конце 2022г перед специалистами ГБУЗ ППБ была поставлена задача по обеспечению участия в оказании специализированной помощи мобилизованным для участия в СВО, которые проходили подготовку в военной части г. Юрга. Для многих мужчин частичная мобилизация оказалась стрессогенным фактором, даже такой, казалось бы, незначительный факт, что большое количество взрослых мужчин, часть из которых зрелые и состоявшиеся, оказались вместе в одном месте при особых обстоятельствах. Эта обстановка часто приводит к повышению уровня агрессивности, тревожности, конфликтности в силу особенностей мужского характера. Для формирования психологически стабильного состояния и профилактики эмоциональных расстройств необходимо было организовать не только саму возможность, но и доступность для них психологического консультирования, психотерапевтической помощи. При предоставлении таких видов важен фактор добровольности и разумной необходимости, тактичности и деликатности; зачастую мобилизованные для участия в СВО стесняются обращаться за медико-психологической помощью, поэтому присутствие таких специалистов непосредственно на сборном пункте было целесообразным для первичной диагностики психоэмоционального статуса мобилизованного гражданина. При выявлении факторов, которые могут свидетельствовать о наличии возможных отклонений в поведении и/или состоянии, предлагалось пройти консультацию психолога (психотерапевта, психиатра).

С 05.12.2022 г. по 12.12.2022 г. врач-психотерапевт ГБУЗ ППБ участвовала в комплексных мероприятиях по оказанию специализированной помощи мобилизованным для участия в СВО на базе военной части г. Юрга. В данной деятельности, помимо прочих медицинских специалистов, принимали участие врачи-психиатры, наркологи, психотерапевты и медицинские психологи лечебных учреждений психиатрического профиля Кузбасса. Работа врача-психотерапевта осуществлялась в трех направлениях: психодиагностические исследования, индивидуальное консультирование, групповая и индивидуальная психотерапия. За указанный период работы в военной части психотерапевтом ГБУЗ ППБ было проведено 16 диагностических исследований, 8 индивидуальных консультаций, 16 групповых психотерапевтических занятий, 19 индивидуальных психотерапевтических сессий.

По результатам диагностических исследований выявлены: симптоматические проявления тревожного расстройства (n=6), симптоматические проявления депрессивного расстройства (n=5), из них 2 случая клинически выраженной депрессии, симптоматические проявления нарушения адаптации (n=4), психопатологическая симптоматика в связи с употреблением алкоголя (n=3), неврологическая симптоматика (n=1). Направлено на консультацию: к врачу-психиатру – 2 человека, к врачу-наркологу – 1, к неврологу – 1.

При диагностике использовались стандартизированные психодиагностические методики исследования особенностей эмоциональной сферы, мыслительной деятельности, динамических процессов, общей умственной работоспособности. Применялись методы наблюдения и направленной беседы. Исследование особенностей эмоциональной сферы производилось методиками: шкала Гамильтона для оценки депрессии, шкала оценки уровня тревоги и депрессии HADS, шкала ситуативной тревожности (тест Спилбергера–Ханина), цветовой тест Люшера.

Психотерапевтическая курация осуществлялась в сотрудничестве с медицинскими психологами ГБУЗ ППБ на основе совместного обсуждения и решения диагностических задач, для реализации возникающих вопросов личного присоединения, идентификации, сопереживания. При проведении психотерапии использовались рационально-рассудочная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, ассоциативный метод.

На основе Памятки для участника боевых действий (автор-составитель проф. А.Г. Караяни [2022]) были определены основные направления в формате групповой и индивидуальной психотерапии с целью профилактики ПТСР в рамках следующих тем: 1. Как боевая обстановка влияет на организм, психику и поведение. Возможности снижения стрессового воздействия. 2. Страх в боевых действиях. 3. Паника: способы преодоления. 4. Как предотвратить развитие деструктивного

стресса в боевой обстановке. 5. Как помочь сослуживцу преодолеть деструктивный стресс. 6. Психологическая поддержка после боя. 7. Возможности расширения психологических адаптивных свойств.

Зарегистрированы следующие особенности психологического реагирования в работе с мобилизованными: 1) усиление беспокойства, напряженности и тревоги в ситуации «ожидания», обусловленное дезорганизующим воздействием собственных представлений (фантазий) о предстоящих событиях, индуцированием негативными эмоциями других мобилизованных при неформальном общении, переживаниями за родных и близких; 2) употребление алкоголя в качестве преобладающего средства для снятия стресса. Здесь выделяются два варианта: самостоятельный выбор приема алкоголя как способ совладания с психологическими трудностями, свойственный поведенческому стереотипу отдельной личности в целом и усугубленный обстоятельствами; ранее не свойственный отдельной личности прием алкоголя как способ совладания с психологическими трудностями, спровоцированный влиянием либо примером окружающих, новыми внешними факторами (более непредсказуемый вариант с более высокой степенью негативного прогноза возможных последствий); 3) полезность психотерапевтических мероприятий по выработке навыков эффективно управлять своими эмоциями, самостоятельно отмеченная мобилизованными, как возможность снятия напряженности, купирования тревоги, а также как рациональное времяпрепровождение, отвлекающее от вышеперечисленных «рисков» (имеется ввиду нарастание напряженности в условии «ожидания» и алкоголизация). В отдельных случаях – получение профессиональной консультации и помощи по вопросам, непосредственно не связанным с мобилизацией (трудности в сфере семейных, других межличностных отношений, внутриличностные конфликты, другие проблемы). Некоторые мобилизованные впервые обратились к психотерапевту, так как обрели реальную возможность воспользоваться помощью и консультацией специалиста в сфере психического здоровья, а «в повседневной жизни такого никогда не делали» (со слов мобилизованных); 4) повышенная готовность к принятию специализированной помощи с более высокой восприимчивостью к психотерапии у мобилизованных в сравнении с другими пациентами.

Следует отметить также особую личную специфику работы специалиста с мобилизованными гражданами в военной части: деятельность нового направления, безусловно, требует предварительное тематическое обучение, так как отличается особой специфичностью и эмоциональностью, связано с осознанием высокой личной и профессиональной ответственности и с трудностью исключения человеческого фактора: присоединения, вовлечения, чрезмерной эмпатии.

Осуществление принудительных мер медицинского характера в стационаре специализированного типа

Завьялова Н.Е., Самофалова Ф.Е., Труфанов С.Н.
ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Защита общества от возможного опасного действия психически больных является одной из самых важных и сложных задач психиатрической службы. Профилактика общественно опасных действий (ООД) лиц, страдающих психическими расстройствами, выходит за пределы комплекса и этапности медицинских мероприятий и требует адекватного подбора лечебно-реабилитационных мероприятий, решения социальных, юридических проблем. Сложная социально-экономическая ситуация в стране, а также другие социальные стрессы в связи с дисрегуляцией социального функционирования косвенно способствуют росту психических заболеваний. Преступность и психические заболевания издавна рассматривались как взаимосвязанные явления. Согласно опубликованной статистике, каждый десятый правонарушитель, совершивший тяжкое правонарушение, имеет психическое расстройство. Структура правонарушений, совершенных психическими больными, характеризуется значительной долей преступлений против личности.

В статье представлен относительно небольшой опыт организации и проведения стационарного принудительного лечения в стационарных условиях психиатрического отделения специализированного типа. 01.10.2022 г. в структуре ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница» было открыто отделение принудительного лечения в стационарных условиях специализированного типа №11. Отделение находится на 1-м этаже 2-этажного корпуса больницы, рассчитано на 25 коек, территориально обслуживает население южной части Кузбасса (от г. Таштагол до г. Белово). Организованы рабочие места медицинских работников, квалифицированный медицинский сервис, соответствующее нормативам санитарно-гигиеническое состояние помещений, оборудованные рабочие места специалистов, места пребывания больных.

Материалы исследования. С целью изучения клинико-социальных и лечебно-реабилитационных характеристик пациентов, находящихся на лечении в отделении принудительного лечения специализированного типа № 11 ГБУЗ НКПБ, были проанализированы 35 историй болезни за период 11 месяцев.

Обсуждение результатов. В психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа направлялись пациенты, психическое состояние которых требовало постоянного наблюдения.

Основанием для помещения в отделение принудительного лечения специализированного типа является постановление суда для лиц, страдающих психическими расстройствами, совершивших тяжкие правонарушения и после проведения судебно-психиатрической экспертизы признанные невменяемыми.

Клинико-социальная характеристика. У большинства пациентов выявлено хроническое течение болезни, с редкими ремиссиями, выраженными психопатоподобными изменениями личности, когнитивным дефицитом, склонность к агрессивным и импульсивным действиям. В выборке обследованных преобладают пациенты молодого и среднего возрастов. Превалирует психопатоподобная симптоматика в рамках всех нозологических форм с расстройством влечений. Большинство пациентов имеют коморбидную алкогольную зависимость, в меньшей степени – по употреблению других видов ПАВ, правонарушения чаще всего были совершены в состоянии алкогольного опьянения, имеют опыт пребывания в криминальной среде.

Таблица 1. **Распределение пациентов отделения принудительного лечения специализированного типа по рубрикам МКБ-10**

Нозологическая форма по МКБ-10	2022 г.			2023 г.								Всего
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Органические психозы (или) слабоумие (F00-F05, F06, F9)	1	3	-	-	-	-	-	-	1	2	-	7
Шизофрения F20	2	5	-	-	-	1	-	-	1	1	1	11
Шизотипическое расстройство (F21)	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Шизоаффективные психозы (F25)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Умственная отсталость (F70–F79)	2	5	3	-	-	-	2	-	-	1	-	13
Другие, в т.ч. до выхода из болезненного состояния (F23)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Синдром зависимости от алкоголя (F10)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
БАР (F31)	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Итого	7	15	3	-	-	1	2	-	2	4	1	35

Как видно из таблицы, обнаружено преобладание пациентов с шизофренией, расстройствами шизофренического спектра (n=13, 37,1%) и умственной отсталостью (n=13, 37,1%). Второе место заняли пациенты с органическими заболеваниями (n=7, 20%). По 1 случаю приходилось на биполярное аффективное расстройство (2,9%) и синдром зависимости от алкоголя (2,9%).

Ведущей в клинической картине являлась, наряду с психотической, психопатоподобная симптоматика в рамках шизофрении, а также за счет присоединения данного синдрома в рамках умственной отсталости и органических поражений головного мозга.

Изучение структуры ООД (в зависимости от статьи УК РФ, по которым пациенты привлекались к уголовной ответственности) за 3 месяца 2022 г. и 8 месяцев 2023 г. продемонстрировало достаточно высокое количество совершенных ООД (всего 35) против личности, а именно: убийство (ст. 105) – 6 и 3 случая (n=9, 25,7%), тяжкие телесные повреждения (ст. 111) – 3 и 2 случая (n=5, 14,3%), насильственные действия сексуального характера (ст. 131, 132) – 3 и 1 случай (n=4, 11,4%). Также зарегистрирован высокий процент пациентов, совершивших кражи, грабежи, разбой (ст. 158, 161 и 162) – 10 случаев (n=10, 28,6%). В единичных случаях встречались следующие виды ООД: неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством, умышленные уничтожение или повреждение чужого имущества (ст. 176, 166) – 1, умышленное причинение вреда здоровью разной тяжести, хулиганство, угроза убийством (ст. 112, 115, 116, 118, 119, 213) – 4, применение насилия (ст. 318, 319, 317) – 1, публичные призывы к осуществлению террористической деятельности – 1.

Наибольшее количество преступлений совершалось в состоянии алкогольного опьянения по негативно-личностному механизму (83%), с более редкой частотой – по продуктивно-психотическому механизму (17%).

Таблица 2. **Основные показатели деятельности отделения принудительного лечения в стационарных условиях специализированного типа**

Показатель	2022 г.			2023 г.							
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Поступило больных	7	15	3	0	0	1	2	0	2	4	1
Выписано	0	0	2	0	0	0	1	2	2	2	3
% выполнения плана	0	0	7,7	0	0	0	100	200	200	200	300
Средняя длительность пребывания выписанного больного	0	0	297,6	0	0	0	769	372	378,5	359,0	256,7
Оборот койки	0,1	0,5	0	0	0	0	0,01	0,1	0,1	0,1	0,1
Длительность работы (функция) койки	0,6	36,2	13,5	28,5	28,5	26,1	30,8	29,8	30,3	28,7	30,8

Как свидетельствуют данные, приведенные в таблице 2, за прошедший период (11 месяцев) работы отделения принудительного лечения отмечается достаточно высокое количество пользованных больных – 35 человек. Средняя длительность пребывания на койке выписанного больного составила 256,7 дня.

После курса проведенного принудительного лечения в отделении специализированного типа, по достижению терапевтической ремиссии без выраженных нарушений поведения пациенты переводились по месту проживания для продолжения принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа по решению суда (2 пациента были переведены в ГБУЗ «Калтанская психиатрическая больница, 3 – в ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», 3 – в ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер», 3 – в ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница»). Повторных поступлений за истекший период и переведенных в ПБСТИН не зафиксировано.

Особенностью применения мер принудительного лечения в стационарных условиях специализированного типа является длительное пребывание пациентов в стационаре, преимущественно в ограниченном пространстве с решетками на окнах и дверях. Больные размещаются в 4 палатах (две палаты по 4 человека, две палаты – по 8 и 9 человек). Пациенты каждой палаты представляют собой определенную социальную группу, которые взаимодействуют между собой и влияют друг на друга. При размещении пациентов по палатам учитываются психиатрический диагноз, психологические особенности личности и характер совершенных ООД.

Больные чаще всего осведомлены о прошлом и жизненных историях друг друга. Неоднократно наблюдалось явление переноса модели значимых отношений, когда пациенты, находящиеся в одной палате, начали проявлять агрессию вербального характера по отношению друг к другу, причем один из них ранее совершил действия сексуального характера к девочке 10 лет, а у другого пациента были две дочери 8 и 10 лет. Они хорошо знали историю друг друга, на фоне чего сформировались неприязненные отношения вплоть до агрессивных проявлений. Так как пациенты представляли потенциальную угрозу здоровью (жизни) друг друга, они были размещены в разные палаты. 50-летний пациент, страдающий шизофренией, использовал другого пациента с умственной отсталостью для осуществлений эротической асфиксии. Отклоняющееся поведение было зафиксировано благодаря установленной в отделении системе видеонаблюдения, в результате медперсонал имеет возможность отслеживать изменение психического состояния и поведенческие нарушения пациентов в режиме онлайн.

Отделение работает в режиме усиленного наблюдения медперсонала за больными. Все медицинские сотрудники хорошо ознакомлены с особенностями психического состояния каждого пациента и отклонениях в поведении в целях предупреждения возможности случаев агрессии в отношении друг друга и медицинского персонала.

Характеристика и анализ терапии. Лечение пациентов, находящихся на принудительном лечении специализированного типа, с учетом их особой социальной опасности проводится эффективными современными препаратами. Выбор препаратов с доказанной эффективностью положительно сказывается на качестве лечения, уменьшении побочного действия психофармакологических препаратов, снижении агрессивных тенденций и нарушений режима отделения. Метод активной терапии подбирается дифференцированно для каждого пациента с учетом клинического диагноза и проявлений заболевания, состояния пациента, особенностей течения, наличия сопутствующих заболеваний, давности процесса. Всем пациентам проводится комплексная психофармакотерапия в основном классическими нейролептиками, в том числе пролонгированного действия в сочетании с корректорами, а также у значительной части пациентов отделения проводилось по клиническим показаниям лечение атипичными нейролептиками и современными антидепрессантами.

Широко с учетом недостаточной комплаентности пациентов отделения используются также нейролептики пролонгированного действия: галоперидола-деканоат, клопиксол-депо, флупентиксол-депо, рисполепт-конста, которые удобны для поддерживающей терапии в амбулаторных условиях. В лечении аффективных расстройств, кроме антидепрессантов, для стабилизации настроения применяются нормотимики (вальпроаты, карбамазепин и пр.). Из побочных эффектов и осложнений психофармакотерапии наблюдались нетяжелые неврологические, вегетативные, соматические проявления, чаще всего экстрапирамидные, ортостатические расстройства, которые быстро редуцировались после уменьшения дозы препарата, при необходимости проводилась корригирующая, детоксикационная и нейрометаболическая терапия, особенно хороший эффект наблюдался при внутривенном введении ноотропов, в том числе мексидола. Как правило, в случае побочного действия психофармакотерапии у больных выявлялась латентная сосудистая и резидуально-органическая недостаточность ЦНС. Пациенты получают необходимую специализированную помощь врачей-консультантов в полном объеме.

Психосоциальное воздействие и психосоциальная реабилитация. Задачами лечения в стационарных условиях специализированного типа являются восстановление социального статуса пациента, обеспечение наиболее безболезненного выхода в общество, помощь в осознании социальных ценностей и удовлетворении его социальных потребностей, возвращение пациентов к общественно-полезной жизни в семье, коллективе, профилактика общественно опасных действий. Одной из центральных задач работы медперсонала является постепенное уменьшение деструктивных и дефицитарных агрессивных проявлений в поведении пациента.

Длительное пребывание пациента в стационаре делает особенно актуальной проблему в формировании терапевтической среды и предполагает необходимость проведения различных досуговых мероприятий для поддержания повседневной активности пациента. Для организации досуга в отделении имеются настольные игры (шахматы, шашки), спортивный инвентарь, телевизор, библиотека, пациенты занимаются различными видами ручного труда (оригами, поделками из дерева). Больные имеют возможность еженедельно звонить родственникам по разрешению врача под контролем медперсонала. В отделении создан специальный стенд «Творчество наших пациентов», где размещаются информационные материалы, поздравления, рисунки, стихотворения пациентов.

В соответствии с правилами внутреннего распорядка для пациентов ежедневно проводятся прогулки на специально оборудованной, с целью предотвращения побега, других общественно опасных действий пациентов, прогулочной площадке отделения в сопровождении санитара под контролем камер видеонаблюдения.

Посещения пациентов родственниками и знакомыми в соответствии с внутренним распорядком разрешены в специальном помещении отделения в присутствии дежурной медсестры, санитара. Список посетителей оговаривается. Предусмотрены беседы лечащего врача с родственниками пациентов еженедельно (по вторникам). Приобретение личных вещей, предметов личной гигиены, дополнительного питания осуществляется на основании письменного заявления и согласия пациента за его личные деньги.

Организовано обучение неграмотных пациентов умению читать, писать, считать сотрудниками отделения и другими, более образованными пациентами. Отделение регулярно посещает православный священник. Совершаются религиозные обряды по просьбе пациентов. Имеется религиозная литература, журналы, которые пациенты охотно читают. Пациенты регулярно организуют и проводят праздничные мероприятия, поздравляют медперсонал, читают и сами сочиняют стихи и песни. Пишут слова благодарности персоналу, администрации больницы.

Выводы. Таким образом, несмотря на незначительный срок существования отделения принудительного лечения специализированного типа очевидна его необходимость и социальная значимость. За 11 месяцев у 12 пациентов в результате эффективных комплексных фармакотерапевтических, психотерапевтических, социореабилитационных мероприятий наступила стойкая терапевтическая ремиссия, в связи с чем им были изменены меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре общего типа. За прошедший период не было ни одного случая нарушения режима.

Арттерапия как метод психосоциальной реабилитации

Иванов В.И., Арзамасцева Л.Р.
ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск

Арттерапия – это терапевтическое направление, связанное с использованием пациентом различных изобразительных материалов и созданием визуальных образов, процессом изобразительного творчества и реакциями организма пациента на создаваемые им продукты творческой деятельности, отражающие особенности его психического развития, стратегию поведения, способности, личностные характеристики и темперамент, интересы, проблемы и конфликты. Это реабилитационное направление нацелено на оптимально возможное восстановление психологической адаптации с учётом имеющихся психических особенностей.

В ГБУЗ ППБ 1 июля 2023 г. открыто отделение психосоциальной реабилитации, где оказывается помощь пациентам в восстановлении их психических функций, возможностей социального функционирования и повышении качества жизни. Это достигается путем выполнения следующих задач: 1) содействие в социальной адаптации помогает пациентам полноценно адаптироваться к жизни в обществе после психиатрической госпитализации. Это может включать в себя тренировку навыков общения, самообслуживания, работоспособности, управления финансами и развития здоровых отношений; 2) обучение навыкам самоуправления предоставляет пациентам необходимые навыки и знания для эффективного самоуправления своим состоянием здоровья. Может включать в себя обучение пациентов правильному приему лекарственных средств, управлять стрессом, развивать здоровый образ жизни и справляться с рецидивами; 3) предоставление психологической поддержки – предлагаются индивидуальные и групповые психологические сессии, направленные на помощь пациентам в осознании и понимании своего состояния, преодолении негативных эмоций, развитии самооценки и укреплении психического здоровья; 4) развитие социальных навыков помогает пациентам в общении, установке связей, контактов с окружающими, в умении искать и находить работу, строить здоровые взаимоотношения с макро- и микросоциумом, интегрироваться в общество; 5) оказание полного объема помощи пациентам с длительно протекающим заболеванием с целью формирования навыков самостоятельного проживания с опорой на сообщество, повышения качество жизни и функционирования в социуме. В структуре оказания комплексной помощи большое внимание совместно с медикаментозным лечением уделяется вовлечению пациентов в трудовые процессы (например, уход за прилегающей территорией и насаждениями, работа в швейном цехе, помощь медицинскому персоналу).

В рамках психосоциальной реабилитации пациенты ГБУЗ ППБ под руководством инструктора посещают занятия по арттерапии. Занятия проводятся 1-2 раза в неделю, в группах по 5-7 человек. В творческих занятиях пациенты используют технику флюид-арт, живопись и графику. Совместная и индивидуальная творческая работа, создание своими руками различных изделий (творческих продуктов) дают заряд позитивной энергии, вселяют в пациентов чувство уверенности в себе, ощущение собственной значимости, причастности к групповым процессам. Занятия арттерапией не вызывают у пациентов сопротивления, а только позитивные эмоции, способствуют активизации общей психической активности, формированию готовности, привлекательности такой деятельности, особенно при длительной госпитализации. Данные занятия гармонично вписываются в лечебно-реабилитационный процесс. У пациентов, участвующих в терапии искусством, отмечается улучшение коммуникативных и когнитивных функций, выявляется снижение уровня враждебности, стабилизации настроения, появление желательности участия в групповых процессах, т.е. в целом происходит улучшение адаптивно-защитных свойств. Творчество позволяет пациентам видеть результат, изменять, дополнять, улучшать его, выражая (отреагируя) таким образом внутренние эмоциональные переживания, состояния, конфликты. Процесс выработки (активации) доминанты творческой деятельности связан с восстановлением эмоционального реагирования, что способствует появлению заинтересованности в процессе, инициативности, креативности.

У пациентов с преобладанием двигательной заторможенности партнером в творческой деятельности может быть более активный пациент или инструктор. При определенной продолжительности занятия каждый пациент работает в индивидуальном темпе. Творческие занятия исключают монотонность, однообразие, способствуют групповому взаимодействию, снижают насыщенность (поглощенность) переживаниями, наполняют психику пациентов новым позитивным эмоциональным содержанием. Показания к арттерапии значительно шире других техник психотерапии, что во многом определено не только многообразием возможностей применения, но и отсутствием серьезных ограничений и противопоказаний. Арттерапия успешно применяется как при тяжелых эндогенных психических расстройствах (шизофрения и маниакально-депрессивный психоз), так и особенно эффективна при невротических состояниях. Арттерапия пациентов с эндогенными психическими заболеваниями сконцентрирована на стабилизации психического состояния, менее болезненной адаптации к условиям психиатрического стационара, снижении эмоционального напряжения, установлении положительного контакта с окружающими, формировани критического отношения к болезненным проявлениям, положительной установке к медикаментозному лечению.

В психосоциальных программах используют различные формы арттерапии, терапии художественным выражением. Занятия творческими видами деятельности побуждают пациентов к креативному выражению, косвенно помогая достичь более высокого уровня социального функционирования. Арттерапия, соединяющая изобразительное искусство с психотерапией, представлена разными направлениями и формами, подчас довольно противоречивыми. Эффективность их использования зависит от условия проведения и контингента пациентов. Арттерапевтическая работа как творческая составляющая развития в большинстве случаев вызывает у пациентов положительные эмоции, помогает им даже при выраженных изменениях личности преодолеть апатию и безынициативность, сформировать более активную жизненную позицию, чувство сплоченности, повысить самооценку. В такой творческой работе рождаются уникальные творческие события. Эти творческие события в виде выставок изобразительного творчества должны презентоваться, так как для самих идля их родственников очень важна презентация этого арттерапевтического формата. И чем глобальнее эта презентация, тем она более психотерапевтична, и тем в большей степени она снижает столько распространенную стигму у общества в отношении людей, которые находятся по ту сторону болезни. Они приходят как зрители на эти выставки, видят и восторгаются увиденным, благодарят пациентов. Работы пациентов презентуются в ГБУЗ ППБ на стендах в отделениях, на административном этаже.

Арттерапией пациенты занимаются с 2021 г. В культурно-выставочном центре «Вернисаж» г. Прокопьевска 10 октября 2022 г. открылась первая выставка работ наших пациентов под многообещающим названием «Начало», приуроченная к Всемирному дню психического здоровья.

Отмечено, что у пациентов психиатрического стационара в связи с обретением чувство радости и спокойствия активируются положительные эмоции, улучшается взаимодействие личности с социальной средой, происходит усвоение традиционных норм и ценностей, стабилизируются мотивационная структура и общая психическая активность личности, что наряду с медикаментозным лечением способствует формированию синдромальной ремиссии психического заболевания, социально-психологической адаптации и ресоциализации.

Клиническая структура, распространенность, курабельность кататонических расстройств среди пациентов общепсихиатрического мужского отделения

Иванчикова А.Б., Макарова О.В., Васильева К.С., Верещагина А.О., Шишкина А.Н., Ситенкова К.С.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность исследования: несмотря на давнее и исчерпывающее клиническое описание кататонических расстройств в специальной литературе, его выявление и диагностическая принадлежность нередко остаются достаточно затруднительными. Кроме того, на сегодняшний день не существует единой концепции, раскрывающей суть патофизиологии и этиологии кататонии, что сохраняет значительный научный интерес исследователей к этой проблеме.

Цель исследования: изучить структуру, распространенность, курабельность кататонических расстройств среди пациентов общепсихиатрического мужского отделения в зависимости от нозологической принадлежности.

Материал исследования. Нами были проанализированы истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в мужском психиатрическом отделении за период с 2021 по 2022 г. В исследование были включены пациенты с кататоническими расстройствами в рамках острых психотических состояний, в возрасте от 18 до 60 лет с установленными диагнозами шизофрении (F20), шизоаффективного расстройства (F25), биполярного аффективного расстройства (F31), органического кататонического расстройства (F06.1) по МКБ-10.

Методы. При выполнении исследования использовались клинический метод, катамнестический метод в форме ретроспективного анализа историй болезни психиатрического стационара, шкала оценки кататонических расстройств (BFCRS). Критерии включения: острое психотическое состояние с симптомами кататонических расстройств, наличие 4 и более баллов при оценке BFCRS. Критерии исключения: выраженная коморбидная соматическая, наркологическая патологии.

Результаты и обсуждение. Общее число пациентов составило 38 человек. В ходе исследования были выделены две группы пациентов.

I группа – пациенты с выраженными кататоническими расстройствами при поступлении (36±9 баллов по шкале BFCRS). Группа составила 13 (34,21%). В данной группе кататонические расстройства представлены в виде ступора, психомоторного возбуждения, активного и пассивного негативизма, каталепсии, эхолалия/эхопраксии, восковой гибкости, импульсивности, мутизма, фиксированного взгляда).

Изучение по нозологической структуре в I группе (выраженные кататонические расстройства) при поступлении выявило преобладание больных параноидной шизофренией (F20.0) – 8 (61,53%). С меньшей частотой встречались пациенты с шизоаффективным расстройством (F25) – 3 наблюдения (23,07%), в том числе 2 – F25.2, 1 – F25.0. Органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2.) диагностировано в 2 случаях (15,38%). Выявленные кататонические расстройства возникли в рамках галлюцинаторно-параноидного, кататоно-параноидного, онейроидно-кататонического синдромов и преимущественно носили волнообразный характер. Наиболее часто встречался галлюцинаторно-параноидный синдром с выраженными кататоническими включениями.

Выявлены социально-демографические, клинические характеристики у пациентов с выраженными кататоническими расстройствами в рамках острых психотических состояний. Средний возраст пациентов находился в пределах от 35 до 60 лет. Длительность заболевания варьировалась от 6 до 20 лет. Большая часть пациентов была стойко дезадаптирована и имела инвалидность по психическому заболеванию.

Таблица 1. **Распределение социально-демографических и клинических характеристик у пациентов с выраженными кататоническими расстройствами (абс., %)**

Показатель	Количество больных	
	Абс.	%
Ведущий синдром		
Галлюцинаторно-параноидный синдром с выраженными кататоническими включениями	7	53,8%
Кататоно-параноидный синдром	4	30,7%
Онейроидно-кататонический синдром	2	15,3%
Итого	13	100%
Инвалидность по психическому заболеванию		
Инвалидность I и II групп, бессрочная	9	69,2%
Не имеющие инвалидности, неработающие	4	30,7%
Итого	13	100%

У всех обследованных пациентов выраженность кататонической симптоматики превышала скрининговый порог в 4 балла. Степень её редукции по оценочной шкале кататонии BFCRS составила от 47% до 65%, что является меньшим результатом, нежели у пациентов II группы.

II группа – пациенты с умеренно выраженными кататоническими расстройствами (n=25, 65,7%), превышала по численности группу I. Кататонические расстройства были представлены психомоторным возбуждением, импульсивностью, негативизмом, мутизмом, агрессивностью, реакциями отказа.

В группе II у пациентов с умеренными кататоническими расстройствами в рамках острых психотических состояний также были изучены социально-демографические и клинические характеристики. Обнаружено преобладание больных с диагнозом шизофрении (n=11), с более редкой частотой встречались пациенты с шизоаффективным расстройством (n=8) и биполярным аффективным расстройством (n=6). Возраст пациентов составил 24-40 лет. Длительность проявлений двигательных расстройств варьировалась от 1,5 до 12 лет. Этап кататонических расстройств в данной группе являлся транзиторным и кратковременным.

Таблица 2. **Распределение социально-демографических и клинических характеристик у пациентов с умеренными кататоническими расстройствами (абс., %)**

Показатель	Количество больных	
	Абс.	%
Диагноз по МКБ-10		
Шизофрения	11	44%
Шизоаффективное расстройство	8	32%
БАР	6	24%
Итого	25	100%
Ведущий синдром		
Депрессивно-бредовый синдром	4	50%
Маниакально-бредовый синдром	2	25%
Смешанный аффект	2	25%
Итого	8	100%
Инвалидность по психическому заболеванию		
Инвалидность I и II групп, бессрочная	12	48%
Работающие	8	32%
Не имеющие инвалидности, не имеющие постоянного места работы	5	20%
Итого	25	100%

Установлено, что находились в состоянии стойкой социальной дезадаптации и имели инвалидность в связи с психическим заболеванием практически половина пациентов группы II (n=12). В соответствии с количественной оценкой шкалы кататонии BFCRS кататоническая симптоматика превышала скрининговый порог в 4 балла. Редукция кататонической симптоматики у пациентов с умеренными кататоническими расстройствами регистрировалась чаще, чем в группе I – в 88-99% случаев.

По результатам проведенного исследования, в рамках которого были сформированы две группы пациентов, различавшихся по степени выраженности кататонических расстройств, сделаны предварительные выводы.

Оказалось, что в группе I с более выраженными кататоническими симптомами заболевание имеет неблагоприятное течение, эти пациенты в большей степени дезадаптированы, кататонические расстройства подвержены меньшей редукции. Наиболее тяжело протекающие и хронизированные формы кататонии наблюдались преимущественно при шизофрении. Кратковременные и транзиторные расстройства встречались как при шизофрении, так и при аффективных расстройствах, преимущественно при БАР. Изучение динамики возникновения, развития и регресса кататонических симптомов, определение их взаимосвязи с сопутствующей симптоматикой позволяет не только оценить прогноз развития и исхода заболевания, но и определить тактику ведения пациентов с подобными расстройствами. Кататонический синдром был обнаружен как в рамках шизофренического процесса, так и при аффективных и органических расстройствах, что говорит в пользу его как транснозологического синдрома.

Заключение. Кататонические расстройства встречаются как при эндогенных расстройствах, так и при органических. Наиболее тяжелый кататонический синдром, согласно собственным данным, наблюдается у пациентов, длительно страдающих шизофренией. Вместе с тем у пациентов с органическим заболеванием головного мозга, ассоциированным с психическими нарушениями, встречаются не менее тяжелые кататонические расстройства. Более курабельные кататонические расстройства отмечались у пациентов с аффективными расстройствами, биполярным аффективным расстройством.

Клинико-динамические и социально-психологические характеристики расстройств поведения у детей

Кияниченко Ю.И., Кушнарева О.М.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

В настоящее время изучение расстройств поведения у детей является чрезвычайно актуальным, что объясняется высокой распространённостью поведенческих нарушений в ряду детских психиатрических проблем. В структуре общей заболеваемости у детей и подростков в последнее время наблюдается увеличение частоты отклоняющегося поведения, обусловленного социальной дезадаптацией: семейной наркоманией и алкоголизацией, деструктивными стилями воспитания, жестокостью и агрессивностью в семье, школьной дезадаптацией, распространением правонарушений в детско-подростковой среде.

Проявление агрессии в детских учебных заведениях является вопросом, который все больше волнует педагогов и родителей. Интерес к заявленной теме объясняется нарастающим вниманием к ней со стороны исследователей самых разных специальностей: психологов, социологов, отражая тем самым социальные запросы общества, испытывающего на себе возросшее воздействие насилия и жестокости. Расстройство поведения или девиация характеризуется стойким типом диссоциального, агрессивного или вызывающего поведения, такое поведение в своей наиболее крайней степени доходит до выраженного нарушения соответствующих возрасту социальных норм и является, поэтому более тяжелым, чем обычный ребяческий злой умысел или подростковое бунтарство. Ряд ученых считает, что девиация – это граница между нормой и патологией, крайний вариант нормы. Девиантность нельзя определить, не опираясь на знание норм. В медицинском понимании норма – это совершенно здоровый человек; в педагогике – успевающий по всем предметам ученик; в социальной жизни – не совершающий преступлений.

Материалы и методы. Основным методом исследования был клинико-психопатологический, дополнительно использовали клинико-анамнестический, клинико-психологический и статистический методы. Проведено обследование 96 детей и подростков в возрасте от 5 до 17 лет, которые наблюдаются в детско-подростковом диспансере, в течение последних 2-3 лет.

Обсуждение результатов. Согласно полученным данным, расстройство поведения встречаются чаще у мальчиков, чем у девочек: так из 96 детей – мальчиков 67, девочек 29. Изучение распространенности поведенческих нарушений среди детей разных возрастных категорий показало следующее распределение: - дошкольники (от 5 до 7 лет) – 2 детей, младший школьный возраст (от 7 до 10 лет) – 4 ребёнка, старший школьный возраст (с 11 до 14 лет) – 37 детей, старшие подростки (с 15 до 17 лет) – 53 человека.

Изученный контингент из 96 детей и подростков был условно распределён по четырем группам в соответствии с диагнозами по МКБ-10: 1) расстройство поведения, ограниченное рамками семьи (F91.0) – 9 человек, 2) несоциализированное расстройство поведения (F91.1) – 34, 3) социализированное расстройство поведения (F91.2) – 42, 4) вызывающее оппозиционное расстройство (F91.3) – 11.

Далее приведена краткая характеристика расстройств поведения, отнесенных к выделенным группам.

Расстройство поведения, ограниченное рамками семьи. Всего в этой группе 9 детей в возрасте от 10 до 15 лет, из них 7 мальчиков и 2 девочки. Во всех семьях, по нашим данным, имело место какое-либо неблагополучие, которое привело в той или иной степени к расстройству поведения.

Так, 3 ребенка из семей, где оба родителя злоупотребляли алкоголем, воспитанием не занимались; 4 детей воспитывались в неполной семье (одной матерью), отцы злоупотребляли алкоголем и наркотиками; 2 детей воспитывались в малообеспеченных многодетных семьях. Все эти дети с сохранными интеллектуальными возможностями, поэтому обучаются в общеобразовательных школах. На первый план у них выступает нарушения поведения, которые целиком или почти целиком, ограничиваются домом и/или взаимоотношениями с самыми близкими родственниками. С людьми вне дома, например, в школе, дети общаются нормально. Эти дети постоянно непослушны, отличаются провокационным поведением, раздражительны, вспыльчивы, им свойственны уходы из дома (5 из 9 детей), лживость, изворотливость, издевательство над домашними животными. При вспышках гнева набрасываются с кулаками на мать, в школе же ведут себя упорядоченно. При психологическом исследовании на первый план выступают эмоционально-волевые нарушения, склонность к импульсивным поступкам при потенциально сохранных интеллектуальных способностях.

Несоциализированное расстройство поведения. Всего в эту группу включено 34 ребёнка в возрасте от 9 до 17 лет, из них 24 мальчика и 10 девочек. Из них 8 детей из детских домов, родители которых вели аморальный образ жизни и были лишены родительских прав; 10 детей воспитываются в семьях, где оба родителя страдают хроническим алкоголизмом; 12 детей воспитываются в неполной семье, т. е. мать одна занимается воспитанием, из них 5 матерей злоупотребляют алкоголем; в 4 случаях семья полная, но отец злоупотребляет алкоголем; в 3 случаях в семье отчим и отношения его с ребенком плохие; в 2-х случаях плохие отношения с учителями. Во, всех случаях нет указаний на органическую патологию ЦНС как причину, приведшую к данному расстройству поведения. Во всех рассматриваемых нами случаях родители не занимались воспитанием детей, дети были предоставлены сами себе, или же воспитательные меры сводились к наказанию. Именно по этой причине дети часто уходили из дома, совершали правонарушения, так из 34 детей данной группы 7 совершили разные правонарушения, в основном, кражи; 3 были оформлены в специальные учреждения закрытого типа. Все дети из данной группы были мальчиками, в возрасте от 13 до 16. Все эти дети также с сохранными интеллектуальными возможностями, поэтому обучаются в общеобразовательных школах. Характерной особенностью у них является нарушение поведения и дома и в школе. В клинической картине у таких детей, как правило, уходы из школы и дома, и бродяжничество в одиночестве, они раздражительны, вспыльчивы, в школе не могут найти общий язык со сверстниками, их обижают, обзывают. В ответ такие дети становятся драчливыми, жестокими по отношению к окружаю-

щим как дома, так и в школе; часто мучают животных. Достаточно часты случаи воровства. Из-за прогулов в школе у них низкий уровень знаний, хотя указано во многих школьных характеристиках: «ребенок сообразительный, мог бы учиться лучше, но не хочет». У детей нарушены социальные связи: они не могут нормально общаться ни со сверстниками, ни со старшими по возрасту, часто замкнуты и сами изолируют себя от общества. Для детей с такой патологией характерна низкая самооценка. Детям кажется, что все вокруг желают им зла, поэтому они используют агрессию как механизм психологической защиты. При психологическом исследовании на первый план выступает легкая дезорганизация под влиянием эмоциональных факторов, мотивационно-волевые нарушения у испытуемого с личностными изменениями в виде аффективной неустойчивости, характерологическими девиациями, отягощенные семейным неблагополучием.

Социализированное расстройство поведения. Всего в этой группе 42 человека, в возрасте от 9 до 17 лет, из них 30 мальчиков и 12 девочек. Из них 9 детей из детских домов, родители которых вели аморальный образ жизни и были лишены родительских прав; 14 детей воспитываются в малообеспеченных асоциальных семьях, где оба родителя страдают хроническим алкоголизмом; 11 детей воспитываются в неполной семье, т. е. мать одна занимается воспитанием, из них 7 матерей страдают хроническим алкоголизмом; в 2 случаях семья полная, но отец злоупотребляет алкоголем; в 3-х случаях, в семье отчим, плохо относящийся к ребенку; 3 детей опекаемые, отношения в семьях благополучные, но их родные родители вели аморальный образ жизни. Во, всех случаях нет указаний на органическую патологию ЦНС как причину, приведшую к данному расстройству поведения. Во всех рассматриваемых нами случаях родители не занимались воспитанием детей, они были фактически безнадзорны, были предоставлены улице и самим себе, что в свою очередь привело к достаточно часто встречаемым в данной группе правонарушениям, в основном, это кражи денег и личного имущества граждан, причем кражи совершались неоднократно. Так из 42 детей и подростков данной группы 17 совершили преступление, на 9 были заведены уголовные дела, дети были оформлены в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа. Все дети из данной группы были мальчиками, в возрасте от 11 до 16. Все эти дети также с сохранными интеллектуальными возможностями, и обучаются в общеобразовательных школах. В клинической картине данной группы ключевым моментом является то, что они совершают правонарушения в группе со сверстниками приблизительно одного и того же возраста, либо немногим старше. Именно эту компанию обвиняют родители, не допуская мысли о том, что необходимо изменить семейные установки и обратиться за помощью к психиатру. Дети с соци-

ализированным расстройством поведения полностью преданы той компании, в которой находятся. Они вместе прогуливают школу, совершают преступления и антисоциальные поступки, например, воруют вещи и деньги, или избивают людей, или животных. Также для них характерны уходы из дома, у них плохие взаимоотношения со взрослыми, как с учителями в школе, также и дома, с близкими людьми. Они раздражительные, вспыльчивые, постоянно непослушные «делают все наоборот, назло», часто лживые, изворотливые. Они умышленно могут ломать мебель, рвать книжки и тетради. У них также низкий уровень школьных знаний (из-за частых прогулов), хотя со своими интеллектуальными данными они могли бы учиться в школе хорошо. При психологическом исследовании на первый план выступает асоциальная направленность личности, нарушение интеллектуально-волевого контроля и регуляции собственных влечений, их расторможенность, внушаемость и ведомость при сохранных интеллектуально-мнестических возможностях.

Вызывающее оппозиционное поведение. Всего в этой группе 11 детей в возрасте от 5 до 10 лет, из них 6 мальчиков, 5 девочек. При рассмотрении причин, которые могли бы привести к данному расстройству, нами не было выявлено каких-либо последствий органической патологии ЦНС, но зато были прямые указания на деструктивные отношения внутри семьи. Так четверо детей воспитываются одними матерями, которые не уделяют должного внимания воспитанию ребенка, в основном, заняты работой и домашними делами, с отцом ребенка разведены (который, злоупотребляет алкоголем, был жесток по отношению к жене и ребенку, бил их); еще 3 воспитываются в опекаемых семьях, родные матери этих детей вели аморальный образ жизни (2 злоупотребляли алкоголем, 1 – наркотиками), все их воспитательные меры, по отношению к детям, сводились к наказаниям; у 4 детей внешне благополучные семьи, но внутри семьи между родителями частые скандалы, ссоры и методы воспитания детей также сводятся к наказанию. В клинической картине у данной группы детей ключевым моментом является постоянное непослушание, они враждебно и вызывающе настроены к окружающим, провоцируют ссоры, они сердиты, обидчивы, раздражительны и вспыльчивы, склонны обвинять других за свои собственные ошибки и трудности. Также часты уходы из дома, пропуск занятий в школе, жестокость по отношению к животным, чрезмерная драчливость. Эти дети обвиняют в своих ошибках и трудностях окружающих или оправдывают их тяжёлыми обстоятельствами. Причём такое поведение причиняет больше неприятностей окружающим, чем самим детям. Дети данной группы все с сохранными интеллектуальными возможностями, обучаются в общеобразовательных школах. Познавательный интерес у них снижен, поэтому учатся посредственно. Правонарушений в этой группе выявлено не было. При психоло-

гическом исследовании выявлена неравномерность познавательных процессов, обусловленная социально-педагогической запущенностью, эмоционально-волевые нарушения с низкой сформированностью морально-этических норм.

Выводы. Таким образом, на основании вышеизложенного мы пришли к следующим выводам. Расстройство поведения чаще встречаются у мальчиков, чем у девочек (в 67 случаев из 96). В 100% случаев, по нашим данным, причинами расстройств поведения у детей и подростков являются социально-психологические факторы: асоциальные семьи, дисгармоничное воспитание. Отсутствуют указания на резидуально-органическое поражение ЦНС. Наиболее «тяжелой» группой является группа детей и подростков с социализированным расстройством поведения, так как именно в этой группе чаще всего совершаются правонарушения (17 случаев из 42), менее «тяжелой» является несоциализированные расстройства поведения, в которой выявлено 7 случаев правонарушений из 34. Не обнаружено правонарушений в группе лиц с расстройствами поведения, ограниченного рамками семьи и вызывающим оппозиционным поведением. Во всех возрастных группах обследованных, как правило, интеллектуальные возможности сохранны.

Список литературы

1. Можгинский Ю.Б. Агрессивность детей и подростков. М.: Когито-Центр, 2006. 181 с.
2. Макаров И.В. Лекции по детской психиатрии. СПб.: Речь, 2007. 293 с.
3. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: руководство для врачей. Л.: Медицина, 1985. 416 с.
4. Шевченко Ю.С. Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом. 2-е изд. М.: Вита-Пресс, 1997.52 с.

Психогенные факторы, влияющие на уровень комплаентности у онкологических больных

Ковинько В.Д., Султанова А.Н., Животова М.А.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет», Новосибирск

Актуальность. Онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности населения за всю историю человечества. Согласно статистическим данным, во всем мире ежегодно регистрируется около 10000000 первичных случаев заболевания, при этом на учете в онкологических учреждениях состоят более 35 000 000 пациентов. Несмотря на развитие методов диагностики опухолевых заболеваний, а также повышение качества оказываемой терапии, до сих пор не найден способ борьбы с раком, эффективность которого была бы абсолютной.

Безусловно, причины данного феномена многообразны и ответить на вопрос о причинности однозначно нельзя. Однако, нельзя отрицать факта того, что одной из причин этого выступает недостаточная приверженность больных к лечению. Следовательно, необходимо знать о причинах снижения комплаентности для того, чтобы в терапии делать акцент на них и, тем самым, повышать заинтересованность больного в лечении.

Цели исследования. Исследование факторов, влияющих на уровень комплаентности у онкологических больных.

Материалы и методы. Выборку составили 36 пациентов онкологического диспансера (из них 16 первичных и 20 вторичных). Диагностика проведена с помощью методики диагностики совладающего со стрессом поведения (копинг-стратегии), анкеты качества жизни SF-36, опросника «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями, опросник «Уровень субъективного контроля (УСК)», методики HADS.

Результаты и их обсуждение. В результате проведения исследования нами были получены следующие результаты. Выявлена прямая корреляция общей коплаентности (91,1±17,81) и тревоги у вторичных пациентов (при этом достоверной тревоги не выявлено (5,85±2.68)). Можно сделать вывод, что с ходом полноценной длительной терапии беспокойство за свою жизнь и здоровье сменяется более рациональным взглядом – тревожиться не имеет смысла, когда есть доверие врачу и полноценное следование его рекомендациям. Обратная корреляция таких показателей, как общая комплаентность (87,25±9,83) и копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» (24,31±4,6) у первичных пациентов, может свидетельствовать о том, что чем больше пациент на первичном этапе будет полагаться лишь на окружающих его людей и их усилия касательно его здоровья, тем меньше в дальнейшем он самостоятельно будет включен в ход терапии, что отрицательно скажется на состоянии здоровья. Выявленные прямые взаимосвязи общей комплаентности (87,25±9,8) с физическим функционированием (64,06±26,66) и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием (10,94±25,77), связаны с возможным акцентом пациентов на телесных ощущениях, в связи с чем при определенных условиях хуже оценивают собственное физическое состояние и испытывают сложности с переключением внимания от телесных ощущений на другие сферы, в том числе ролевое функционирование и приверженность к терапии. Кроме того, обнаружены зависимости социальной комплаентности у первичных пациентов с несколькими показателями: прямая со шкалой соинтернальности в области достижений (Ид) (6,44±2,03) и обратная с копинг-стратегией «избегание» (21,15±3,7). При этом показатели по шкале «Социальная комплаентность» находятся на уровне средних значений (28,88±4,49).

Полученные результаты могут объясняться тем, что первичные пациенты при определенных условиях включаются в процесс прохождения терапии за счет доверия к окружающим (семье, лечащему врачу, другим больным) и их помощи, пациент предпочитает полностью полагаться на назначения доктора, минимизируя свое влияние на процесс лечения. Поэтому в период отсутствия окружения рядом и без специальных назначений относительно лечения пациенты могут игнорировать существование своего заболевания, позже обращаться за помощью, и тем самым усугублять картину болезни. При наличии же положительной динамики больше, чем вторичные пациенты, склонны считать, что они сами добились успехов в лечении и могут успешно идти к своим целям и дальше.

Выводы. Вторичные пациенты дали более высокие показатели по результатам опросника «Уровень комплаентности» для людей, страдающих хроническими заболеваниями. Кроме того, показатели вторичных онкологических больных по шкалам тревога, поиск социальной поддержки оказались ниже, относительно первичных, а показатели по шкалам физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интернальности в области достижений, копинг-стратегия избегание – выше. Следовательно, для повышения комплаентности онкологических больных в психолого-психотерапевтической работе необходимо делать акцент именно на эти показатели.

Внутренние рабочие модели привязанности и иммунитет, действительно ли одиночки чаще болеют?

Козлов М.Ю.
ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница им П.Б. Ганнушкина ДЗМ г. Москвы», Москва

Внутренние рабочие модели привязанности (избегающий, тревожный, амбивалентный и надежный) представляют собой сформированный в онтогенезе тип отношения ребенка к ситуациям разлуки и дискомфорта в отношениях со значимой фигурой, прежде всего матерью или любой другой фигурой, выполняющей родительские функции. Через поведение привязанности реализуется одна из самых базовых потребностей человека, потребность в аффилиации, в основании которой лежит значительный генетический, нейрональный и эндокринный базис. Нарушение привязанности, по причине жестокого обращения в детстве, отсутствия безопасной фигуры или любых других причин, нарушающих естественную траекторию развития привязанности, приводит к значительному количеству как немедленных, так и отложенных негативных эффектов.

Помимо вполне предсказуемых личностных, поведенческих и аффективных нарушений, небезопасный тип привязанности является неспецифическим фактором, увеличивающим риск развития почти всей психиатрической нозологии, включая большие эндогенные психозы [1]. Параллельно исследованиям связи небезопасной привязанности и нарушений психиатрического профиля, были проведены исследования влияния внутренних рабочих моделей на показатели соматического здоровья. В исследованиях было убедительно показано, что небезопасные типы привязанности связаны с изменением функционирования гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, показателей кардиоваскулярного и иммунологического ответа на стресс, о исследованиях последнего, расскажем более подробно [2]. В многоцентровом исследовании итальянской группы ученых, были протестированы 60 женщин, заполнивших анкеты о текущем и предшествующем уровне стресса, наличии социальной поддержки, выраженности алекситимии и преобладающего типа привязанности. Для оценки состояния иммунной системы были проанализированы пролиферативный лимфоцитарный ответ на фитогемагглютинин и показатели цитотоксичности НК-лимфоцитов (ЦНКЛ). Пробы собирались в течении длительного периода (1 год) в 3 приёма, через 4, 8 и 12 месяцев соответственно. Исследователями были построены соответствующие математические модели позволяющие оценить изолированный вклад отдельных факторов, а именно типа привязанности, в функционирование иммунной системы. Авторы установили, что низкие и средние показатели избегания, связанного с небезопасной привязанности, не коррелировали с уровнем ЦНКЛ, в то время как высокий уровень избегания показал значительную ассоциацию (beta – 0,35; p=0,005).

Важно отметить, что столь выраженные результаты показал только избегающий тип привязанности, характеризующийся боязнью близости, недоверием, эгоцентричностью, негативным отношением к другим, в то время как тревожный тип значимых корреляций не продемонстрировал. Снижение цитотоксичности НК-лимфоцитов было независимо от количества и касалось, таким образом, изменения функциональной активности клеток [4]. Несмотря на небольшой объем выборки и её гендерную гомогенность, исследования, проведенные авторами, являются весьма любопытными в контексте развития психо-нейро-эндокрино-иммунологии как значительной области психосоматической медицины, частью которых они несомненно являются. Еще одним из немногих исследований, посвященных данной теме, был подтвержден тезис о негативном влиянии тревоги, связанной с ненадежной привязанностью на физическое здоровье. В частности, было представлено, что у женатых пар (всего 86 испытуемых), которые сдавали анализ крови и слюны, было выявлено большее количество кортизола у пар с высокими уровнями тревоги в контек-

сте привязанности и снижение количества целого ряда лимфоцитов ($CD3^+$ Т-лимфоцитов, $CD45^+$, $CD4^+$ хелперов Т-лимфоцитов и CD3+CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов). Полученные результаты подтверждают уже известные данные о негативном влиянии кортизола на иммунный ответ, но связывает увеличенную выработку кортизола с небезопасными внутренними моделями привязанности, как резюмируют авторы статьи – «тревожная привязанность имеет физиологическую цену». Таким образом, отвечая на вопрос, сформулированный в названии тезисов, можно ответить «да», при условии, что одиночество является следствием небезопасной внутренней модели привязанности.

Опираясь на данные представленных исследований, можно резюмировать, что тревога, связанная с небезопасной привязанностью, негативно влияет на иммунитет, не только изменяя функциональные показатели лимфоцитов, но и снижая количество определенных типов клеток. Наибольшее внимание в этом контексте привлекают индивиды с избегающим типом привязанности, можно предположить, что небезопасный тип привязанности не позволяет организовать достаточную сеть социальной поддержки, что в свою очередь несет не только психологические, но и как показывают многочисленные, в том числе и приведенные выше исследования – физиологические риски. По данным недавнего обзора, было представлено увеличение рисков кардиометаболических и воспалительных заболеваний в связи с небезопасными типами привязанности, о природе последних было чуть более подробно обсуждалось в небольшом обзоре [6]. В последние годы проведено множество исследований, указывающих на важность надежной привязанности для физического здоровья, однако у сотрудников психолого-психиатрических служб нет однозначного ответа о возможностях психокоррекции внутренних рабочих моделей, поскольку они формируются в раннем возрасте и остаются достаточно стабильными в течении всей жизни. Что, однако, требует более пристально взглянуть на возможности превенции формирования небезопасных типов, поскольку, как было сказано выше, они являются неспецифическим фактором уязвимости не только к психическим, но и воспалительным заболеваниям. Забегая вперед, стоить сказать, что увеличение усилий в деле психопросвещения и психообразования молодых семей по развитию и поддержанию безопасной привязанности с детьми – может иметь позитивные экономические последствия, но в весьма долгосрочной перспективе.

Список литературы

1. Herstell S, Betz LT, Penzel N, Chechelnizki R, Filihagh L, Antonucci L, Kambeitz J. Insecure attachment as a transdiagnostic risk factor for major psychiatric conditions: A meta-analysis in bipolar disorder, depression and schizophrenia spectrum disorder. J Psychiatr Res. 2021 Dec;144:190-201. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.10.002. Epub 2021 Oct 11. PMID: 34678669.

2. Pietromonaco PR, Beck LA. Adult attachment and physical health. Curr Opin Psychol. 2019 Feb;25:115-120. doi: 10.1016/j.copsyc.2018.04.004. Epub 2018 Apr 16. PMID: 29734091; PMCID: PMC6191372.
3. Picardi A, Miglio R, Tarsitani L, Battisti F, Baldassari M, Copertaro A, Mocchegiani E, Cascavilla I, Biondi M. Attachment style and immunity: a 1-year longitudinal study. Biol Psychol. 2013 Feb;92(2):353-8. doi: 10.1016/j.biopsycho.2012.10.001. Epub 2012 Oct 13. PMID: 23073362.
4. Picardi A, Battisti F, Tarsitani L, Baldassari M, Copertaro A, Mocchegiani E, Biondi M. Attachment security and immunity in healthy women. Psychosom Med. 2007 Jan;69(1):40-6. doi: 10.1097/PSY.0b013e31802dd777. PMID: 17244847.
5. Jaremka LM, Glaser R, Loving TJ, Malarkey WB, Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK. Attachment anxiety is linked to alterations in cortisol production and cellular immunity. Psychol Sci. 2013 Mar 1;24(3):272-9. doi: 10.1177/0956797612452571. Epub 2013 Jan 10. PMID: 23307944; PMCID: PMC3816388.
6. B Ehrlich K, Cassidy J. Attachment and physical health: introduction to the special issue. Attach Hum Dev. 2019 Feb;21(1):1-4. doi: 10.1080/14616734.2018.1541512. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30406722.

Проблематика информативности заключений МРТ головного мозга при первичных дегенеративных заболеваниях ЦНС

Кондратов А.Ю., Кужекин Д.В.
ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Внедрение метода магнитно-резонансной томографии в клиническую практику является крупнейшим достижением современной инструментальной диагностики, расширившим её возможности. Наряду с КТ, МРТ нашла широкое применение при исследовании головного мозга, причём возможности последней оказались более широкими в силу более высокой чувствительностью и диагностической точностью. Всем пациентам с деменцией рекомендуется нейровизуализационное обследование головного мозга для исключения курабельных причин заболевания и установления локализации и выраженности патологических изменений мозговой ткани, дифференцировать деменции между собой. В настоящее время накоплено достаточно данных, свидетельствующих о наличии структурных маркеров для определённых нейродегенераций. Так, при болезни Альцгеймера (БА) атрофия зоны гиппокампа с высокой чувствительностью и специфичностью (более 80%) позволяет дифференцировать БА от естественных возрастных изменений; изображения МРТ головного мозга при сосудистой деменции во многих случаях характеризуются наличием множественных корковых и/или подкорковых ишемических очагов (мультиинфарктная деменция), при этом значение имеет как общий объём поврежденного мозгового вещества, так и локализация повреждений.

Анализ морфологических данных, полученных с помощью МРТ, может помочь в прогнозировании прогрессирования заболевания, определении эффективности терапии и оптимизации планов лечения. Однако, несмотря на использование МРТ в практике, существует проблема относительной неинформативности заключений, вследствие чего снижается точность диагностики первичных дегенеративных заболеваний ЦНС. Речь идёт о том, что важные, с точки зрения диагностики и прогноза, заболевания и структурные морфологические нарушения, часто достаточно подробно описанные в протоколе исследования МРТ, не находят своего отражения в итоговом заключении. Подобные «рутинные» заключения фиксируются в медицинской документации, участвуют в обмене данными между медицинскими организациями, используются в решении экспертных вопросов (МСЭ, СПЭ), затрудняют оценку динамики заболевания при повторных МРТ, и не удовлетворяют критериям достоверности.

Цель: обзор проблем недостаточной информативности заключений МРТ головного мозга при первичных дегенеративных заболеваниях ЦНС, включая анализ причин и факторов, влияющих на неоднозначность и неточность диагностики.

Материал исследования. Изучены и проанализированы результаты обследования 32 пациентов с деменцией. Критерии включения в исследование: установленный диагноз деменция (нейродегенеративные заболевания, деменции смешанного генеза – по МКБ-10 F00–F03; возраст 60-80 лет; комплексное обследование (клинико-феноменологическое, неврологическое и нейропсихологическое), а также методы нейровизуализации (МРТ головного мозга). Критерий исключения: случаи деменции, связанные с обширными ОНМК, новообразованиями и другими объёмными процессами головного мозга, ЧМТ, алкоголизмом, ВИЧ-деменции.

Анализ данных показал, что в 25 случаях описанные в протоколе исследования отчётливые структурные нарушения (атрофия коры в тех или иных областях головного мозга) не были вынесены в итоговое заключение. В 3 случаях атрофические процессы указаны в заключении, но не указаны их локализация и степень выраженности. В случаях деменций с выраженным сосудистым компонентом наличие ишемических очагов указано во всех заключениях, но дополнительные маркеры патологии малых сосудов (расширение периваскулярных пространств Вирхова-Робина) указаны только в одном случае. Помимо того, у пациента, прошедшего исследования в разных отделениях лучевой диагностики с разницей в 2 месяца, было схожее описание структур мозга, но заключения МРТ, сделанные разными специалистами, отличались, а вынесенные в итоговое заключение структурные нарушения дополняли друг друга. Лишь в 2 случаях заключение МРТ соответствовало описанным в протоколе исследования морфологическим изменениям и установленному диагнозу.

Обсуждение результатов. Проведенный анализ показал, что информативность заключений МРТ головного мозга при первичных дегенеративных заболеваниях ЦНС ограничена рядом факторов. Существуют ограничения технического характера, такие как разрешение и чувствительность МРТ, которые лимитируют возможности точной визуализации, а следовательно, интерпретации патологических изменений. Отсутствие более развернутого описания изменённых структур головного мозга в заключении, можно отнести к «человеческому фактору»: имеет место субъективизм и неопределенность при интерпретации вполне чётко выявленных и описанных в протоколе исследования структурных нарушений. В данной статье предлагаются следующие рекомендации для расширения заключений МРТ диагностики нейродегенеративных заболеваний и обеспечения более точной и полной оценки состояния пациентов с диагностированной деменцией.

С целью повышения информативности МРТ заключений авторы статьи рекомендуют следующее:

1) организация более тесного взаимодействия между сообществом практикующих психиатров и неврологов со специалистами диагностических и исследовательских центров, с формированием более чётких требований к информативности МРТ заключений.

Для этого рекомендуется вносить в заключения МРТ информацию о структурах, подвергшихся нейродегенерации (гиппокамп – ключевая структура, связанная с памятью и когнитивными функциями; кора головного мозга – особенности выраженности и локализации корковой атрофии при различных вариантах деменции имеет важное диагностическое значение). Внесение в заключение МРТ указанных структур позволит обогатить информацию, предоставляемую врачам и исследователям, что сможет значительно повысить эффективность и улучшить исходы лечения пациентов;

2) повышение компетенций психиатров и неврологов в интерпретации полученных результатов;

3) обновление технического оснащения МРТ, развитие новых алгоритмов и методов анализа данных;

4) расширение возможностей МРТ с помощью использования современных методов анализа и искусственного интеллекта.

Развитие внебольничных форм психосоциальной реабилитации лиц с тяжёлыми психическими расстройствами: модель ассертивной терапии

Конопленко Э.Р, Полякова А.С.
ГБУЗ «Архангельская клиническая психиатрическая больница», Архангельск

Тягостные проявления психического расстройства в виде дезадаптирующей болезненной симптоматики, ограничений во многих сферах социального функционирования, нежелательных побочных эффектов лекарственной терапии способствуют ослаблению терапевтического альянса, нарастанию общего дистресса и углублению социально-трудовой дезадаптации больных (Sorokin M.Y., Neznanov N.G., Lutova N. B, Wied V.D, 2021). Непрерывная курация пациентов амбулаторного звена способствует снижению суммарной длительности стационарного и полустационарного лечения (Шевченко В.А., Шмуклер А.Б, Каврилова Е.К., Папсуев О.О, Шендеров К.В, 2008).

Вступивший в силу с 01.03.2023 г. новый порядок диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжёлыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями (Приказ от 30 июня 2022 г. № 453н), формирует новые вызовы в плане организации оказания психиатрической помощи населению. Увеличение группы диспансерных больных представляется актуальной проблемой ввиду дефицита кадровых ресурсов и трудностей оказания помощи, ориентированной на проблемы и потребности каждого конкретного пациента. Создание мультидисциплинарной бригады специалистов, задействование медицинских психологов и специалистов по социальной работе видится одним из наиболее перспективных алгоритмов оценки клинико-социальных аспектов функционирования больных с последующим стратегическим воздействием на выявленные дефициты (Гусева О.В., Коцюбинский А.П., 2013).

Одним из инновационных и развивающихся направлений психосоциальной реабилитации вне стен медицинского учреждения является модель Ассертивной терапии (далее – АТ), реализующаяся на базе амбулаторной психиатрической службы ГБУЗ АО «Архангельская клиническая психиатрическая больница» (Полякова А.С., Конопленко Э.Р., 2023). Указанное направление предусматривает долгосрочную комплексную внебольничную помощь и поддержку лицам с тяжелыми хроническими психическими заболеваниями в любой комфортной для пациента среде – дома, на рабочем месте (Bond G.R., Drake R.E., Mueser K.T., Latimer E., 2014).

Спецификой данной модели является ассертивность (от англ. assertive – настойчивый), то есть соблюдение оптимального баланса между стимулирующим воздействием со стороны специалистов с одной стороны, и опорой на инициативу и сильные стороны пациента – с другой. Полипрофессиональная бригада специалистов (врачи-психиатры, медицинские психологи, специалисты по социальной работе) взаимодействуют с участниками программы по нескольким направлениям: психосоциальная поддержка и реабилитация, социально-бытовая реабилитация, социально-правовое сопровождение и социально-трудовая реабилитация.

Участковыми врачами-психиатрами выявляются пациенты, требующие активных медико-социальных вмешательств и соответствующие следующим критериям: принадлежность к группе диспансерного наблюдения и частые госпитализации в круглосуточный психиатрический стационар (от 2 госпитализаций в год и более); серьёзные ограничения в межличностном и социальном функционировании; системный и долгосрочный характер проблем; наличие ресурсно-реабилитационного потенциала (отсутствие выраженного эмоционально-волевого и/или интеллектуального дефекта).

Специалисты программы АТ предварительно изучают медицинскую документацию пациента и договариваются с ним о встрече. Посещение каждого участника на дому осуществляется не реже 1 раза в неделю. При первичном посещении составляется социально-психологический паспорт, в котором указываются анкетные данные, социальный статус, заявленные пациентом трудности, а также отражаются проблемы, выявленные специалистами. В соответствии с актуальным запросом и потребностями составляется план реабилитационных мероприятий.

Индивидуализированный подход сочетается с активным вовлечением пациентов в групповую работу: на базе диспансерного отделения регулярно проходят психообразовательные лекции и тренинговые занятия, что помимо основных задач (формирование специфических знаний и навыков) способствует повышению личной инициативы участников, сопровождается положительным эмоциональным опытом пребывания в стенах медицинского учреждения, оказывая влияние на комплентность. Важным аспектом реализации программы является и широкое применение дистанционных технологий: коммуникация посредством телефонных и видео-звонков, СМС-сообщений и социальных сетей.

Участники программы еженедельно распределяются по нескольким группам наблюдения в зависимости от особенностей их актуального состояния и нуждаемости в помощи со стороны специалистов: группа ежедневного интенсивного наблюдения (пациенты с ухудшением психического состояния, недавно включённые в программу, находящиеся в трудных жизненных обстоятельствах и имеющие риск развития жизнеугро-

жающих состояний); лица из категории Д-5 (активное диспансерное наблюдение), имеющие риск совершения общественно опасных деяний; больные, находящиеся на лечении в психиатрическом стационаре (осуществляется взаимодействие с сотрудниками отделений); пациенты, не требующие интенсивного наблюдения (относительная стабилизация состояния, достаточная комплаентность, сформированные навыки саморефлексии). Увеличение количества пациентов, вовлечённых в оказание персонализированной помощи, осуществляется за счёт перехода участников программы в группу неинтенсивного наблюдения, что происходит спустя не менее 6 месяцев активных реабилитационных вмешательств.

На сентябрь 2023 г. в программу включено 60 пациентов, 40 (66,7%) страдают расстройствами шизофренического спектра, органическими психическими расстройствами – 9 (15%), аффективными расстройствами – 5 (8%), расстройствами личности и поведения в зрелом возрасте – 6 (10%).

Бригада специалистов участвует в ведении медицинской документации, фиксируя в амбулаторной карте больного (на физическом информационном носителе и посредством программы САМСОН) краткое содержание визита с указанием психологического и социального статуса, заявленных пациентом проблем и характера оказанной помощи, что позволяет руководителю организации или участковому врачу-психиатру учитывать всю совокупность данных для принятия решения о необходимости дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Целевым показателем эффективности программы является сокращение количества повторных госпитализаций в психиатрический стационар, что снижает уровень субъективного дистресса и тревоги лиц с хроническими психическими расстройствами, препятствует закреплению самостигматизирующих установок, позволяет взять под контроль некоторые дезадаптирующие болезненные проявления и стабилизирует многие сферы межличностного и социально-трудового функционирования.

Таким образом, внедрение и совершенствование программ внебольничной психосоциальной помощи способствует не только совершенствованию реабилитационного направления психиатрической службы, но и выступает в качестве способа оптимизации обслуживания лиц группы диспансерного наблюдения в условиях кадрового дефицита. Помимо этого, развитие комплексной полипрофессиональной психиатрической помощи служит и дополнительной задаче – созданию терапевтических сообществ самопомощи больных с непрерывным обменом опытом и взаимной сетью поддержки для улучшения физического, психологического и эмоционального здоровья.

Применение методик арттерапии в работе с пациентами, находящимися на принудительном лечении в стационаре общего типа психиатрической больницы

Краковная Л.В., Самаковская М.В.
ФГБОУ ВО «Кемеровский медицинский государственный университет» Минздрава России, Кемерово

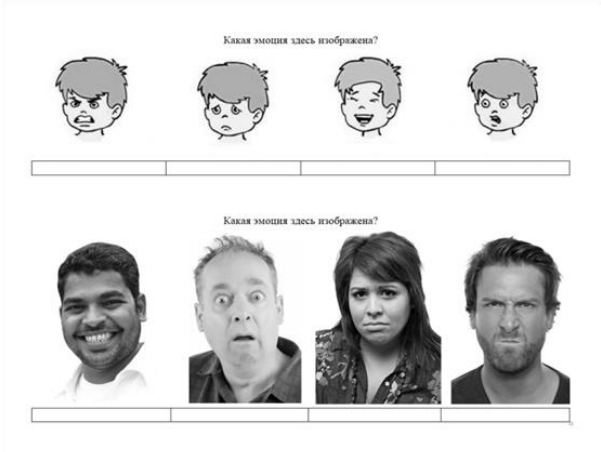
Арттерапия является видом лечебно-реабилитационной работы с пациентами, имеющим 40-летний опыт использования в психолого-психотерапевтическом консультировании. В нашей стране развитие данного направления началось в 80-х годах прошлого столетия с работы М.Е. Бурно «Терапия творческим самовыражением (ТТСБ)», основные положения которой внедрялись в практику лечения широкого спектра психических расстройств, таких как шизотипическое, шизофреническое, эпилептическое, алкогольное и другие расстройства личности. В последние годы включение арттерапевтических методик в деятельность психиатрических стационаров осуществляется практически повсеместно. Однако ввиду отсутствия единых стандартов, системной методологии и планомерной реализации арттерапевтической деятельности практическое применение данного подхода зачастую происходит хаотично и благодаря личной инициативе отдельных специалистов.

В данной работе нами представлены опыт и результаты применения арттерапевтических техник с лицами, проходящими принудительное лечение в стационаре общего типа Кузбасской клинической психиатрической больницы.

Цель нашей работы – развитие у пациентов навыка распознавать и выражать базовые эмоции (радость, грусть, страх, доверие, ожидание, удивление, злость, неудовольствие) в контексте различных жизненных ситуаций.

Для реализации цели поставлены следующие задачи: 1) оценить способность участников распознавать и называть эмоции; 2) ввести понятия базовых эмоций; 3) обучить распознаванию эмоций по невербальным сигналам, собственным внутренним ощущениям и мыслям; 4) оценить эффективность проделанной работы.

При выполнении работы использовались методы исследования навыков распознавания эмоций: опросник Торонтская шкала алекситимии (TAS), состоящая из 26 пунктов (Taylor G.J., Ryan D., Bagby R.M., 1985) для определения степени алекситимии (снижение/отсутствие способности к распознаванию, дифференцированию и выражению эмоциональных переживаний и телесных ощущений), т.е. как неспособности ясно осознавать и точно описывать словами собственное душевное состояние.



Р и с у н о к 1. **Экспериментальная экспресс шкала для оценки способности определять эмоции по внешним невербальным признакам**

В групповой работе принимали участие пациенты мужского пола, совершившие общественно опасные деяния, проходящие по принудительное лечение в стационаре общего типа психиатрической больницы.

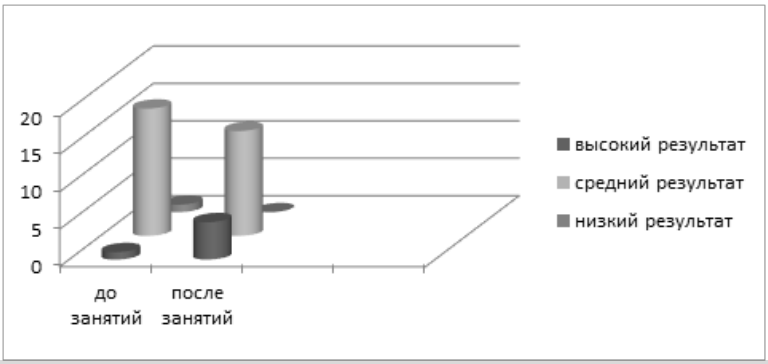
Занятия проводились в течение 6 месяцев, с частотой 1 раз в неделю, продолжительностью 1-1,5 часа, с предварительной установкой темы занятия, кратким информационно-теоретическим материалом, выполнением определенной арттерапевтической методики, обсуждением результатов и формированием общих итогов каждого занятия. Такой подход позволил ввести в группу пациентов с различными диагнозами шизофренического, органического и олигофренического спектра, находящимися на разных стадиях развития заболевания.

Совместно с лечащими врачами в ходе совместного обсуждения личностных и коммуникативных особенностей каждого пациента была сформирована группа лиц возрастной категории 21-53 года с диагнозами: шизофрения параноидная, шизофрения детский тип, неврозоподобная шизофрения, органические заболевание головного мозга с психическими расстройствами, шизоаффективное расстройство. Арттерапия проводилась с постоянным составом участников занятий от 6 до 10 человек.

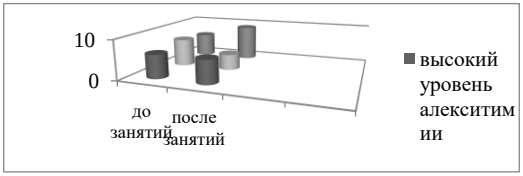
Для формирования навыка распознавания и вербализации эмоций использовались три метода арттерапии: коллаж, кинотерапия, рисуночные техники.

По окончании групповой работы проводилась оценка эффективности групповых мероприятий.

По результатам психодиагностического тестирования пациентов, проходящих принудительное лечение в стационаре общего типа, с целью выявить уровень навыков определения эмоции по внешним невербальным признакам с помощью экспериментальной экспресс шкалы получены следующие данные. При первичном тестировании высокая способность выявлять и называть эмоции обнаружена у 5% (1 человек), после занятий отмечается повышение этого показателя до 26% (5 человек). Так же следует отметить, что до проведения групповых занятий арттерапией максимальное количество баллов по экспресс тесту набрал лишь 1 участник (5%), а после – уже 5 (26%).



Р и с у н о к 2. **Результаты тестирования навыков определения эмоции по внешним невербальным признакам**



Р и с у н о к 3. **Результаты тестирования с помощью опросника Торонтская шкала алекситимии**

Полученные результаты с использованием экспериментальной экспресс-методики подтверждаются результатами Торонтской Алекситимической Шкалы. С помощью опросника TAS проведено сравнение низкого и среднего уровней алекситимии, обнаружено увеличение числа испытуемых с низким показателем, что позволяет говорить о положительной динамике по завершении арттерапевтических занятий у 5 пациентов (26%). Однако у 3 (15,7%) участников занятий выявлена отрицательная

динамика, которую мы можем объяснить отсутствием мотивации и незаинтересованностью в участии в групповых занятиях с последующим отказом от продолжения (2 пациента). Еще у одного пациента отсутствие положительного результатов было обусловлено личностными особенностями в виде социального дистанцирования, ухода от контактов с окружающими и недоверчивости к окружающим, что явилось препятствием для полноценного обследования уровня алекситимии. Высокий уровень алекситимии как при первом, так и при контрольном тестировании выявлен у трети обследованных (n=6, 30%) (рис. 3).

Выводы. На завершающем этапе исследования у 21% участников наблюдается положительная динамика способности распознавать и называть эмоции. У 16% участников снизился уровень алекситимии. Таким образом, применение методик арттерапии способствует развитию навыка распознавать и выражать базовые эмоции у пациентов широкого спектра психических расстройств, что является необходимым фактором, сдерживающим социальную дезадаптацию и антисоциальное поведение после выписки из стационара.

Список литературы

1. Берегулина Л.И. Применения клинической системной арттерапии на отделениях принудительного лечения специализированного типа психиатрической больницы. Исцеляющее искусство: Международный журнал арттерапии. 2010. Т. 15, № 2.
2. Арттерапия в России: медицина, образование, социальная сфера / под общей ред. А.И. Копытина. СПб.: Скифия-Принт, 2017. 532 с.
3. Жмуров В.А. Большая энциклопедия по психиатрии. 2-е изд. М.: Джангар, 2012. 864 с.

Сравнительный анализ эффективности применения ламотриджина и вальпроевой кислоты у пациентов с БАР 2 типа

Кратовский А.Ю.
ГБУЗ «Юргинский психоневрологический диспансер», Юрга

Биполярное аффективное расстройство (БАР) 2 типа представляет собой хроническое психическое заболевание, характеризующееся чередованием эпизодов мании и депрессии. Лечение БАР 2 типа является сложной задачей, требующей индивидуального подхода к каждому пациенту. Среди основных фармакологических препаратов, применяемых при данном расстройстве, выделяются ламотриджин и вальпроевая кислота. В свете постоянно развивающейся фармакотерапии и неоднозначных результатов исследований, актуальность сравнительного анализа эффективности и безопасности данных препаратов остается высокой.

Объект и предмет исследования. Объектом данного исследования являлись пациенты, страдающие биполярным аффективным расстройством 2 типа. В качестве предмета исследования испытывались ламотриджин и вальпроевая кислота как фармакологические препараты, используемые для лечения данного расстройства.

Гипотеза. Существует предположение о том, что ламотриджин и вальпроевая кислота обладают разными профилями эффективности и безопасности в контексте БАР 2 типа. Гипотеза заключается в том, что один из препаратов может демонстрировать более высокую эффективность при снижении частоты эпизодов мании и депрессии, а другой – обладать меньшим количеством побочных эффектов и лучшей переносимостью.

Цели исследования: выполнить сравнительный анализ эффективности и безопасности ламотриджина и вальпроевой кислоты в лечении пациентов с БАР 2 типа. Конкретные цели включали в себя: 1) оценку частоты и интенсивности эпизодов мании и депрессии при применении ламотриджина и вальпроевой кислоты; 2) исследование побочных эффектов, связанных с терапией данными препаратами; 3) сравнительный анализ изменений качества жизни пациентов при использовании ламотриджина и вальпроевой кислоты.

В рамках теоретического метода исследования был проведен обзор литературы, освещающий различные аспекты применения ламотриджина и вальпроевой кислоты у пациентов с биполярным аффективным расстройством 2 типа. В ходе обзора были проанализированы результаты ранее проведенных клинических исследований, оценены эффективность и безопасность обоих препаратов, выявлены основные побочные эффекты и возможные взаимодействия. Также был осуществлен анализ сравнительных исследований, включая мета-анализы, с целью определения преимуществ и ограничений каждого препарата в контексте БАР 2 типа.

Практическая часть исследования предполагала наблюдение за группой пациентов, страдающих БАР 2 типа, которым назначается либо ламотриджин, либо вальпроевая кислота в течение определенного периода времени. Начальная доза ламотриджина составляла 25 мг в день, с последующими увеличениями каждые две недели до максимальной дозы 200 мг в день. График постепенного наращивания дозы включал следующие этапы: 1-2-я недели: 25 мг внутрь 1 раз в сутки; 3-4-я недели: 25 мг внутрь 2 раза в сутки; 5-6-я недели: 50 мг внутрь 2 раза в сутки; 7-8-я недели: 100 мг внутрь 2 раза в сутки. Допускалась возможность снижения дозы до 50 мг в день для минимизации побочных эффектов. Лечение вальпроатом натрия начиналось с нагрузочной дозы 20 мг/кг, доза корректировалась с шагом 250 мг/день для достижения терапевтического уровня в диапазоне 100-120 мкг/кг.

Ламотриджин представляет собой антиэпилептическое средство, способствующее продлению рефрактерной фазы напряженно-зависимых ионных каналов. Его действие связано с проявлением антиманиакальных свойств, как указывалось в работах Hurly, Sporn и Sacks, Calabrese и Normann и др. [7]. Это приводит к стабилизации пресинаптических мембран нейронов и угнетению патологического освобождения глутамата. Учитывая связь аномалий в глутаматергической системе с проявлениями депрессии, ламотриджин имеет потенциал выступать в качестве антидепрессанта. Таким образом, ламотриджин может обладать как антиманиакальными, так и антидепрессивными свойствами.

Исследование также подтвердило, что ламотриджин демонстрирует сходную эффективность при применении как в сочетании с другими препаратами, так и в качестве монотерапии. В частности, частота ответов на лечение депрессивных, смешанных состояний и состояний с быстрой цикличностью колебалась в диапазоне от 52% до 63%.

Кроме того, исследование выявило, что ламотриджин демонстрирует существенно менее эффективный контроль над приступами по сравнению с вальпроатами [1]. Вероятность неудачи в достижении устойчивого контроля практически вдвое выше при использовании ламотриджина по сравнению с вальпроатами. Анализ, ориентированный на прослеживание годичной ремиссии с учетом метода PP (Per Protocol – анализ протоколов после исключения данных о приступах, возникших после начала терапии), позволил сделать следующие выводы: вальпроаты обладают более высокой эффективностью по сравнению с ламотриджином и характеризуются более легкой переносимостью [6].

Результаты исследования подтвердили, что вальпроевая кислота обладает значительной эффективностью в предотвращении маниакальных фаз биполярного аффективного расстройства, снижая частоту и интенсивность этих эпизодов. Сравнительный анализ показал, что депрессивные фазы также демонстрируют тенденцию к уменьшению при использовании вальпроевой кислоты, но в данном аспекте ламотриджин проявил более сопоставимые результаты. Это подтверждает рекомендации по предпочтительному назначению данных препаратов в зависимости от характера клинических проявлений биполярного аффективного расстройства [6].

В итоге результаты собственного исследования подтверждают значимое влияние ламотриджина и вальпроевой кислоты на профилактику и управление эпизодами биполярного аффективного расстройства 2 типа. Ламотриджин проявился как многообещающий препарат с потенциалом как для антиманиакального, так и для антидепрессивного воздействия, при этом сопоставимый с вальпроевой кислотой в обеспечении клинической эффективности.

Список литературы

1. Кирпиченко А.А. Современное место вальпроатов в лечении психических и поведенческих расстройств. Медицинские новости. 2022. № 5 (332). С. 34-38.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Биполярное аффективное расстройство. В книге: Психиатрия. Национальное руководство / под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова. М., 2018. С.704–799.
3. Рахманина О.А., Левитина Е.В., Ашихмина Е.П., Лыкасов А.Г., Омельченко Н.Н. Сравнительная оценка переносимости препаратов вальпроевой кислоты, ламотриджина и леветирацетама у девушек пубертатного периода. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2020. Т. 65, № 4. С. 291-292.
4. Geddes JR, Calabrese JR, Goodwin GM. Lamotrigine for treatment of bipolar depression: independent meta-analysis and meta-regression of individual patient data from five randomised trials. Br J Psychiatry. 2009 Jan;194(1):4-9. doi: 10.1192/bjp.bp.107.048504. PMID: 19118318.
5. Marson AG, Al-Kharusi AM, Alwaidh M et al. The SANAD study of effectiveness of carbamazepine, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, or topiramate for treatment of partial epilepsy: an unblinded randomized controlled trial. Lancet. 2007 Mar 24;369(9566):1000-15. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60460-7. PMID: 17382827; PMCID: PMC2080688.
6. Six Month Trial of Lamotrigine vs. Sodium Valproate for Treatment of Mixed Mania. Beth Israel Medical Center: 2010. URL: https://trialbulletin.com/lib/entry/ct-00206778

Роль социальной адаптации пациента в оценке риска общественно опасных действий

Кругликова Т.В.
ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Рост числа противоправных поступков, совершаемых лицами с психическими расстройствами, является важной социальной проблемой, поэтому среди наиболее актуальных направлений развития психиатрической службы большое значение приобретает разработка основных принципов превенции общественно опасных действий (ООД). Эффективность профилактической работы психиатрических учреждений в значительной мере зависит от адекватности проводимых мероприятий в соответствии с выявленными у пациентов особенностями психопатологической симптоматики (многоаспектностью, полиморфизмом, выраженностью возрастной специфики), а также с учетом комплекса социальных факторов, оказывающих влияние на их противоправное поведение.

Наибольшее значение для первичной и вторичной профилактики ООД приобретает активное диспансерное наблюдение (АДН) как завершающий этап реадаптации пациента к социально приемлемым моделям поведения.

Цель исследования: изучение роли социальных факторов в оценке риска общественно опасного поведения на примере пациентов ГБУЗ ЛКПБ, находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра.

Материалы и методы. Проведено клинико-психопатологическое обследование и анализ медицинской документации пациентов (n=41), находящихся на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении у врача-психиатра в диспансерном отделении ГБУЗ ЛКПБ по состоянию на 01.08.2023 г.

В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический и клинико-катамнестический методы исследования.

Результаты исследования. Всего оценивалось 3 блока социальных факторов.

Материальная и жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей. Оценка этого пункта проводилась после расспроса больного об условиях проживания, наличии и размере пенсии, заработной платы, финансовой помощи родных и близких и сопоставления данных с имеющейся в медицинской документации информацией по данному вопросу.

Из 41 пациента ГБУЗ ЛКПБ имеют собственное жилье и проживают самостоятельно – 8 (19,5%), с близкими и родными – 29 (70,7%), не имеют жилья и прописки (нет сведений о местонахождении) – 4 (9,7%). Получают пенсионные выплаты по возрасту или инвалидности – 34 (82,9%), работают – 2 (4,9%), не имеют пенсии и постоянного дохода – 5 (12,2%).

Конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение. В этом блоке социальных факторов определялся характер взаимоотношений больного с родными и близкими на основе информации, полученной как от самого пациента, так и из медицинской документации, заключений судебно-психиатрических экспертиз, характеризующего материала, со слов членов семьи. Плохие взаимоотношения между больным и близкими ему людьми (враждебные, отчужденные), равно как и отсутствие каких-либо контактов, безразличие родственников и членов семьи к его судьбе отмечено среди 13 пациентов (31,7%), забота близких людей о больном, их заинтересованность его судьбой отмечена у 27 пациентов (65,8%). Имеют антисоциальное окружение или поддерживают антисоциальные контакты – 9 пациентов (21,9%).

Профессионально-трудовая занятость. Обнаружено, что у большинства (n=28, 68,3%) пациентов отсутствует официальный трудовой стаж; в настоящее время не работают и не учатся – 38 пациентов (92,7%); стабильная трудовая занятость на протяжении всей жизни отсутствует (100%); трудовая занятость связана с выполнением квалифицированного труда – 1 пациент (2,4%).

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о высокой значимости в оценке риска общественно опасного поведения у пациентов с психическими расстройствами социальных факторов. Некоторые социальные факторы, такие как материальная и жилищная необеспеченность и связанная с ней невозможность удовлетворения личных физических, духовных и иных потребностей; конфликтные взаимоотношения в семье и/или антисоциальное окружение; асоциальность и отсутствие какой-либо занятости имеют непосредственное значение в формировании высокого риска совершения общественно опасных деяний. Особое внимание к данным факторам позволит улучшить качество первичной и вторичной профилактики общественно опасного поведения среди лиц, страдающих психическими расстройствами.

Оценка алкогольной зависимости как экзогенного фактора у пациентов, находящихся на принудительном лечении специализированного типа

Крымова О.В., Семибратова Д.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность исследования. Психически больные люди в 2-3 раза чаще совершают агрессивно-насильственные акты, чем здоровые. Лица с психической патологией составляют более половины всех преступников, признанных невменяемыми. Жертвами агрессивных актов нередко становятся как сами больные, так и их родственники. В последние десятилетия внимание ученых привлекло сочетание психического заболевания и употребления ПАВ. По данным зарубежных авторов, коморбидность шизофрении со злоупотреблением алкоголем и алкогольной зависимостью составляет 30%-50% случаев. Алкогольная интоксикация обусловливает генерализацию угрожающего смысла ситуации, что вызывает агрессивные побуждения, которые не контролируются из-за слабой выраженности компенсаторных механизмов, способных либо снизить субъективную значимость ситуации, либо препятствовать прямому проявлению агрессивности в поведении.

Цель исследования: 1) определить преморбидные личностные, клинические и социальные факторы, способствующие формированию агрессивного поведения больных алкоголизмом; 2) установить влияние преморбидных личностных особенностей, деформации эмоционально-волевой сферы и характера социальной адаптации на уровень агрессивности больных алкоголизмом по данным психолого-психиатрического исследования; 3) выявить взаимосвязь между агрессивным поведением больных алкоголизмом и клиническими особенностями заболевания.

Материалы и методы. Обследован 71 пациент, совершивший преступление в состоянии алкогольного опьянения и находящийся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре специализированного типа ККПБ в период с 2021-2022 гг.

Выборка пациентов, находящихся на принудительном лечении специализированного типа, на момент начала исследования была разделена на 3 клинические группы в зависимости от установленного диагноза в соответствии с МКБ-10: шизофрения (n=36, 50,7%), органическое психическое расстройство, в том числе и деменция (n=15, 21,1%), умственная отсталость различной степени тяжести (n=20, 28,2%).

В самой многочисленной по составу группе лиц с шизофренией, в которую входило 36 человек, выявлено следующее распределение по категории тяжести совершенных преступлений: небольшой тяжести – 8 человек, средней тяжести – 12, тяжкие преступления – 11, особо тяжкие преступления – 9. Средний возраст обследованных составил 20-40 лет. Из них большинство (70%) ранее неоднократно находились на принудительном лечении, 30% ранее были судимы.

В группе органических психических расстройств зафиксировано следующее распределение по категориям совершенных преступлений по степени тяжести: небольшой тяжести – 7 человек, средней тяжести – 2, тяжкие преступления – 2, особо тяжкие преступления – 4. Все пациенты с органическим поражением головного мозга ранее были судимы. Средний возраст пациентов равнялся 25-32 года.

В группе пациентов с умственной отсталостью различной степени выраженности определены следующие категории преступлений: небольшой тяжести – 7, средней тяжести – 7, тяжкие преступления – 2, особо тяжкие преступления -– 4. В группе больных с различной степенью умственной отсталости половина имели повторную судимость. Средний возраст больных равнялся 28,5 года.

Средний возраст начала злоупотребления алкоголем для пациентов всех трех клинических групп составил 20-30 лет.

Установлено, что больные шизофренией с преимущественно галлюцинаторно-бредовой и аффективной симптоматикой в 50% случаев злоупотребляли алкоголем от 3 до 9 лет, 38,9% – в течение 10-15 лет; при этом пациенты с преобладающей психопатоподобной симптоматикой, как правило, злоупотребляли алкоголем в пределах 3-5 лет. Длительность злоупотребления алкоголем более 10 лет в группе больных с органическим поражением ЦНС выявлена в большинстве (86,7%) случаев. При этом половина из них злоупотребляла алкоголем более 8 лет. Больные с умственной отсталостью злоупотребляли алкоголем в течение последних 3-9 лет в 100% случаев.

Обсуждение результатов. При обследовании контингента лиц с психическими заболеваниями и коморбидным алкоголизмом, совершивших агрессивно-криминальные правонарушения в состоянии алкогольного опьянения и находящихся на принудительном лечении специализированного типа, выявлена различная длительность алкогольного анамнеза, предшествующего совершению правонарушения.

Так, наиболее короткий алкогольный анамнез от 3 до 9 лет был выявлен в группе пациентов с умственной отсталостью. Это, по нашему мнению, определяется большей значимостью экзогенных влияний (токсический фактор – например, злоупотребление ПАВ матерью во время беременности, социальный фактор) в структуре механизма совершения деликта.

Кроме того, короткий алкогольный анамнез отмечен и у пациентов, страдающих шизофренией, совершивших противоправные действия по продуктивно-психотическому механизму, что обусловлено психотической мотивацией, экзацербацию которой алкоголь облегчает, вне зависимости от длительности злоупотребления.

Наиболее длительный алкогольный анамнез отмечен в группе больных шизофренией, совершивших правонарушения по негативно-личностному механизму (преимущественно с психопатоподобными проявлениями), что, видимо, связано с большей резистентностью шизофренических изменений личности к различного рода экзогенным воздействиям, при отсутствии в структуре личности криминальных стереотипов поведения.

Промежуточное положение по длительности злоупотребления алкоголя к моменту совершения правонарушения занимают пациенты с органическим поражением головного мозга. Данный факт объясняется тем, что степень личностного дефекта также занимает срединное положение. Такие пациенты, как правило, не столь внушаемы и у них не столь дефектны тормозные процессы, как у умственно отсталых, но в то же время у них не настолько «эндогенны» поведенческие реакции, как у шизофреников.

Список литературы

1. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 1. Наркология. 2007. № 8. С. 53-62.
2. Шевцова Ю.Б., Игонин А.Л., Индин А.С. Злоупотребление алкоголем и агрессивное поведение. Сообщение 2. Наркология. 2007. № 9. С.42-51.
3. Шевцова Ю.Б., Индин А.С. Взаимосвязь агрессивного поведения с динамикой алкоголизма. Наркология. 2007. № 11. С.29-36.
4. Индин А.С. О сочетании синдрома зависимости от алкоголя с аффективными расстройствами. Практика судебно-психиатрической экспертизы: Сборник № 45 / под ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой. М., 2007.

Патопсихологическая диагностика пациентов с органическим поражением головного мозга вследствие ЧМТ, для предоставления на общую медико-социальную экспертизу

Кулебакина С.Ф., Ларина И.А., Лаврентьева Л.Н.
Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница, Ленинск-Кузнецкий

Актуальность проблемы. Когнитивные нарушения стали актуальной проблемой в XXI веке не только для здравоохранения, но и для общества в целом. Поскольку они приводят к нарушению степени адаптации в социуме. Когнитивные нарушения в посттравматическом периоде в настоящее время активно изучаются мировым сообществом и каждым отдельным государством, потому что крайне важно определить наличие КН структуре различных посттравматических синдромов и их роль в состоянии жизнедеятельности пострадавших, а также иметь в доступе информацию о выявленных нарушениях, для объективизации имеющихся ограничений жизнедеятельности при проведении медико-социальной экспертизы больных с последствиями ушибов головного мозга.

Клиническое и социальное значение ЧМТ определяется не только частотой, но и многообразием её последствий различной степени тяжести, приводящих к инвалидности более 100 тыс. ежегодно, причем 40-60% из них признаются инвалидами II и I групп, в 30-35% случаев спустя многие годы после травмы (Макаров А.Ю., 2006; Макаров А.Ю., Помников В.Г., 2003,2010; Помников В.Г., Коробов М.В., 2017). С увеличением общего количества пострадавших с травмами головного мозга нередко возрастает и число больных с последствиями легкой ЧМТ. Больные с последствиями ЧМТ длительное время, а зачастую и пожизненно социально не адаптированы, имеют выраженные неврологические и психические дисфункции, признаются нетрудоспособными. В ряде случаев при клинической и клинико-экспертной оценке таких больных возникают трудности методологического характера, особенно когда в клинической структуре преобладает посттравматический когнитивный или иной сложный дефект (Францкевичюте Ю.А. и др., 2008; Емелин А.Ю., 2010; Шихахмедова Ш.А., 2014; Воробьев С.В., 2015; Емельянов А.Ю. и др., 2017). При нарушениях когнитивных функций у пациентов с ЧМТ легкой степени тяжести в отдаленном периоде наблюдаются прогрессирующие выраженные нарушения (Стародубцев А.А., Стародубцев А.И., 2008). После тяжелой травмы их распространенность значительно выше (Зайцев О.С., 2011). Согласно данным литературы, нарушения КФ обнаружены у 68,4% лиц, перенесших закрытую ЧМТ. При этом в среднем у 3-10% больных, имеющих в анамнезе тяжелую ЧМТ, развивается деменция.

Цель: оценка степени когнитивных нарушений, личностных особенностей и адаптации пациентов в социальной среде лиц с органическим поражением головного мозга после перенесенной ЧМТ.

Задачи: 1) проведение специального патопсихологического обследования, направленного на углубленное исследование когнитивных функций и личностных особенностей у пациентов с ЧМТ; 2) выявление структуры и степени выраженности нарушений когнитивных функций, эмоционально-волевой сферы и степени адаптации; 3) количественная оценка степени нарушений; 4) оценка компенсаторного ресурса организма в виде сохранных звеньев высших психических функций.

Методы, используемые в клинической работе: включенное наблюдение, изучение документации, беседа, тестирование.

Методики, используемые в психодиагностическом исследовании: Шкала MMCE; Таблица Шульте (отыскивание чисел); Шкалы оценки памяти: опосредование запоминание по Леонтьеву (запоминание 10 слов); Шкалы оценки мышления (классификация предметов, исключение лишнего, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, понимание переносного смысла пословиц и поговорок и др.; ассоциативная сторона мышления (метод пиктограммы, ответные ассоциации); Шкалы оценки личности и эмоционально-волевая сфера (тест Люшера, методика АРТ, опросник Акцент 2-90, Индивидуально-типологический опросник, опросник нервно-психической устойчивости .

Обсуждение результатов. Патопсихологическое обследование проходило на базе диспансерного отделения ГБУЗ ЛКПБ. Была сделана выборка за последние 5 лет. В 2018-2023 гг. врачами других медучреждений было направлено 154 пациента с разной нозологической симптоматикой после перенесенной ЧМТ. Психодиагностическое тестирование с применением разных методик позволило выявить нарушения различной выраженности у обследованных. Легкие когнитивные нарушения были обнаружены у 91 пациента, которые проявлялись в виде легких нарушений памяти, ослабления отсроченного механического и смыслового воспроизведения, снижения темпа работоспособности, переключаемости, нарастания утомления к концу исследования, неравномерности темпа психической деятельности и интеллектуальных достижений, изменчивой способности к абстрагированию, обстоятельности в суждениях с излишней детализированностью и вязкостью. Однако объем общих знаний, представлений и ранее приобретенных навыков оставался сохранным. Выполнение проб по шкале оценки психического статуса (MMSE) было доступно.

Выводы. Наряду с легкими когнитивными нарушениями на первый план выступают нарушения памяти при сохранных интеллектуальных способностях. Умеренные когнитивные нарушения выявлены у 51 пациента (выраженные нарушения памяти, мышления, внимания, личностные

особенности и степень адаптации в социуме), общее снижение отсроченного воспроизведения механических и смысловых запоминаний, но в то же время операции обобщения, сравнения, исключения в простых пробах доступны. Мышление инертное, обстоятельное. Пациенты испытывали трудности в организации своей деятельности, использовали целенаправленную помощь при выполнении интеллектуальных проб. Выражены признаки инертности психических процессов, тугоподвижности мышления, в суждениях преобладают элементы конкретности и обстоятельности. Испытывают трудности при обобщении, отмечалась чрезмерная детализация предметов в пробе «классификация», создавали много единичных, дробных, однородных групп, что характерно для крайней забывчивости. Легче всего выполняли пробу на исключение предметов в несложных случаях. Испытывали трудности при установлении причинно-следственных связей и отношений. Затруднялись вычленить главное в скрытом смысле рассказа, были доступны сюжетные картинки в простых пробах. Затруднялись применять свои знания на практике, склонны к эмоциональной лабильности – от раздражительности до плаксивости. выполнение проб по шкале MMSE было малодоступно.

Таким образом, оценка параметров психической деятельности и возможных когнитивных нарушений дает возможность оценить степень выявленных нарушений и правильно подобрать реабилитационные методы в комплексной программе терапии и восстановительных мероприятий.

Роль и место дневного стационара в оказании психиатрической помощи детям и подросткам

Лаврентьев И.И., Лаврентьева Л.Н.
ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Одной из основных современных тенденций оказания психиатрической помощи является смещение акцента на внебольничные формы, обеспечение наименее ограничительных условий оказания помощи. Особенно актуально это при оказании психиатрической помощи детям. Дневной стационар (ДС) для детей и подростков был открыт в ГБУЗ ЛКПБ в 2006 г. на 10 мест при детском отделении. В 2021 г. по программе оптимизации здравоохранения детское стационарное отделение было закрыто с одновременным увеличением количества мест в детском дневном стационаре до 20. В настоящее время дневной стационар является структурным подразделением диспансера и предназначен для оказания психиатрической помощи детям и подросткам, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения.

Важным преимуществом дневного стационара перед стационарной помощью является возможность пройти обследование и лечение без отрыва от привычной обстановки, сохранение контакта с членами семьи, в ряде случаев с возможностью посещения образовательного учреждения.

Помощь оказывается бригадным методом с участием врача психиатра, педиатра, медицинского психолога и педагога-дефектолога. При необходимости в бригаду включается логопед, невролог, специалист по социальной работе, юрисконсульт. С января 2021 г. по июль 2023 г. в детский ДС поступило 653 человека, из них 530 детей и 123 подростка. Большинство на обследование по направлению общеобразовательных школ в связи с низкой успеваемостью, для определения дальнейшего школьного маршрута. Из них 242 обратившимся установлен диагноз умственной отсталости и выдано направление на психолого-медико-педагогическую комиссию с рекомендацией на перевод в специальную коррекционную школу VIII вида. У 143 детей диагностирована задержка речевого и интеллектуального развития, они также направлены на ПМПК с рекомендацией продолжить обучение в общеобразовательной школе по программе VII вида. 32 ребенка были признаны психически здоровыми, им даны рекомендации по улучшению адаптации в школе. 118 детей поступили на лечение в связи с нарушениями поведения, из них 55 – с умственной отсталостью, 36 – с социализированным и 27 – с несоциализированным расстройством поведения и расстройством поведения в рамках семьи.

84 ребенка поступили на обследование перед направлением на МСЭ для решения вопроса о признании инвалидом детства, из них 56 с умственной отсталостью, 28 с ранним детским аутизмом. 16 девочек поступили на лечение с тревожно-депрессивным расстройством, 1 девочка с нервной анорексией. 18 юношей поступили на обследование по направлению военкомата в связи с приписным свидетельством, из них 6 были признаны психически здоровыми, у 4 диагностированы органические психические расстройства, у 3 выявлена задержка интеллектуального развития, у 3 – умственная отсталость, у 2 – расстройство личности.

Пребывание в ДС начинается с этапа диагностики и наблюдения. За это время проводятся следующие мероприятия: сбор данных психиатрического анамнеза в день поступления, подробная беседа с родителями, сведения о семейной ситуации, сбор анамнеза об индивидуальных особенностях развития ребенка. В отличии от амбулаторного приема, в условиях дневного стационара у врача-психиатра больше времени на беседу с ребенком и его родственниками. При амбулаторном приеме не все дети без подготовки вступают в контакт с врачом, а в силу большой загруженности на амбулаторном приеме у психиатра не всегда есть время «разговорить» ребенка, оценить его интеллектуальный уровень, личностные особенности.

В дальнейшем проводятся физикальные исследования (ЭЭГ, лабораторные анализы); психодиагностическое исследование совместно с медицинским психологом на основе стандартизированных методик для определения коэффициента интеллекта, нервно-психической устойчивости, личностных особенностей.

Во время наблюдения за поведением ребенка в ДС оцениваются скорость адаптации к новым условиям, особенности общения со сверстниками, лицами младшего и старшего возрастов, вовлеченность в групповые мероприятия и общие игры, склонность к конфликтам со сверстниками или напротив отгороженность от окружающих, навыки самообслуживания (способность самостоятельно одеться, сходить в туалет), что особенно важно при решении вопросов признания ребенка инвалидом. Результаты обследования обобщаются на заседании бригады и служат основой для дальнейшего планирования терапии и реабилитации. По согласованию с членами семьи формулируются терапевтические цели и составляется терапевтический план, координирующий лечебно-реабилитационные мероприятия для каждого конкретного случая. Продолжительность обследования и лечения зависит от диагноза, динамики состояния. Средний койко-день выписанных больных составляет 15.

Терапевтическую нагрузку на ребенка и его семью нужно тщательно «дозировать», чтобы избежать «чрезмерной терапии» и периодов её отсутствия. На одного ребенка в ДС, как правило, приходится не более 2 часов индивидуальной терапии в день. В комплексной терапии помимо медикаментозного лечения используется физиолечение, проводятся занятия с педагогом-дефектологом, во время которых оценивается способность ребенка к обучению, освоению новых видов деятельности. На таких занятиях дети рисуют, лепят, мастерят простые поделки, оригами. Проводятся развивающие моторику занятия. При необходимости медицинским психологом проводится психокоррекционная работа, направленная на стабилизацию настроения, снижение тревоги, улучшение коммуникативных навыков, коррекцию нарушений поведения. Совместная работа с родителями имеет решающее значение для процесса лечения ребенка. Психообразовательная и психотерапевтическая работа с семьей больного ребенка повышает эффективность реабилитации.

Благодаря работе детского дневного стационара удалось снизить частоту и длительность госпитализации детско-подросткового контингента в стационар. Уменьшилось число детей с хроническими формами эмоциональных и поведенческих расстройств. Качественное и своевременное решение социальных вопросов, неразрывность лечебных и реабилитационных мероприятий позволяет улучшить качество жизни детей с психическими расстройствами, их адаптацию в семье и в обществе.

Повышение стрессоустойчивости как препятствие на пути к неврозу и эмоциональному выгоранию

Ларионова А.В., Евдокимова Н.Н., Правилова Н.С.
ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер», Белово

В современном мире, как бы нам не хотелось, мы так или иначе находимся в режиме многозадачности, причем неважно находитесь ли вы дома с ребенком или работаете на предприятии, каждому ежеминутно приходится решать несколько задач одновременно, в результате возможно исчезновение уверенности в положительном результате, возникают демотивация и тревога. Этому режиму даже придумали имя – Мультитаскинг, или выполнение двух и более действий параллельно, например: говорить по телефону, жестикулируя другому человеку, проводить анализ нескольких показателей, не связанных между собой, проверять почту и социальные сети во время общения с коллегами или друзьями, вести диалог с клиентом и одновременный вводить данные в систему, составлять отчёт во время рабочего совещания и т.д. Считается, что многозадачность – это обязательный навык, однако этот постулат можно подвергнуть сомнению. Исследования последних лет доказывают его контрпродуктивность и негативное влияние, последствием которого выступает стресс.

Стресс понимается как совокупность неспецифических адаптационных (нормальных) реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов–стрессоров (физических или психологических), нарушающее его гомеостаз, а также соответствующее состояние нервной системы организма (или организма в целом. Стрессы бывают двух видов: полезные стрессы, или эустрессы и вредные стрессы, или дистрессы.

Причины, вызывающие дистресс, принято делить на субъективные и объективные, они приводят к таким реакциям организма, как, например нарушение психомоторики, которое проявляется в дрожании рук, дрожании голоса, изменение ритма дыхания, нарушение речевых функций, замедление сенсомоторной реакции. Стресс имеет склонность накапливаться, так как он есть ответная реакция на происходящие изменения в окружающем. Наше тело и психика реагируют физически и эмоционально на всякие изменения в существующем положении вещей. Причём изменения не обязательно должны быть негативными, позитивные изменения также могут быть достаточно стрессовыми. Иногда мысль о предстоящих изменениях может вызвать стресс, поэтому очень важно научиться сохранять спокойствие и выдержку. Первый, кому необходимо оказать антистрессовую помощь – Вы сами!

Совокупность качеств личности, которые позволяют переносить значительные интеллектуальные, волевые и эмоциональные нагрузки (перегрузки), обусловленные особенностями профессиональной или повсе-

дневной жизнедеятельности, без особых вредных последствий для окружающих и своего здоровья, поддерживающая оптимальную работоспособность, называют термином «стрессоустойчивость». В современных исследованиях стрессоустойчивость рассматривается как качество личности, состоящее из совокупности шести компонентов: 1) психофизиологического (свойства, тип нервной системы); 2) эмоционального – опыта личности, накопленного в процессе преодоления отрицательных влияний экстремальных ситуаций; 3) мотивационного (сила мотивов определяет эмоциональную устойчивость); 4) волевого, который выражается в сознательной саморегуляции действий, приведении их в соответствие с требованиями ситуации; 5) информационного – профессиональной подготовленности, информированности и готовности личности к выполнению тех или иных задач; 6) интеллектуального компонента – оценка, прогноз, принятие решений о способах действий. По сути, это психологический навык, который помогает быстро адаптироваться к любым ситуациям и не позволять гневу или страху одержать верх над человеком. Он позволяет быстрее справляться с проблемами, принимать адекватные решения и эффективнее помогать себе и другим. Как же развить навыки стрессоустойчивости? Необходим комплексный подход.

Во-первых, справиться с последствиями стресса по-настоящему эффективно, безопасно для здоровья, без риска зависимости и разрушения личности поможет физическая активность. Пока вы не «сожжёте» в крови гормоны стресса, они будут «сжигать» вас изнутри. Это можно сделать любым подходящим для вас способом (уборка дома, приседания, бег в парке около дома, танцы под любимую музыку). Во-вторых, проведите правильную оценку ситуации. Задайте себе три простых вопроса: «Насколько это важно для меня?», «Меняет ли это мою жизнь?» и «Могу ли я что-то поменять?». Важно понимать, что некоторые обстоятельства не зависят от нас самих, потому их не нужно воспринимать слишком близко к сердцу. Не можете справиться сами – обратитесь к специалисту, именно с психолог поможет вам оценить ситуацию в экологичном для вас режиме. В-третьих, обратите внимание на свое здоровье. Любая болезнь подрывает защитные функции нервной системы. Важно вовремя проводить лечение, правильно питаться и гулять на свежем воздухе каждый день. В-четвертых, тренируйте внутренний локус контроля – это уверенность в том, что успехи и неудачи во многом зависят от ваших действий, а не только от внешних сил. с сильным локусом контроля не отрицает, что есть обстоятельства, которые он не в силах преодолеть. Но в то же время он не сомневается, что совсем безвыходных ситуаций не бывает, всегда можно хотя бы немного улучшить свое положение. Кроме того, внутренний локус контроля дает ощущение, что на жизнь можно повлиять, значит не все потеряно.

Занимайте активную позицию, даже в критических ситуациях. Старайтесь делать какой-нибудь выбор или принимать какие-то – пусть не самые масштабные – решения. Например, начните осваивать новый для себя навык, что может повысить вашу конкурентоспособность при потере работы. В сложной ситуации придумайте несколько вариантов развития событий и даже самый худший и свои действия по их разрешению. Это успокоит часть мозга, отвечающую за тревогу и запуск стрессовой реакции, и подключит в работу часть мозга, которая умеет планировать, анализировать и придумывать решение проблем.

А главное, переходите на мышление роста. Это такой взгляд на мир, при котором во главу угла ставится упорство. Воспринимайте случившиеся неудачи не как наказание, а как опыт, осмыслив который вы найдете новые и более совершенные стратегии в различных ситуациях.

Всегда анализируйте свои ошибки. Увольнение с работы или плохие оценки не говорят о том, что не умен или не талантлив. Скорее, это свидетельствует о том, что его внутренний потенциал не раскрыт. С этих позиций произошедшая неудача – очень ценная информация о вас самих. Вы можете проанализировать, какие ваши действия не сработали или в каких условиях вы не смогли раскрыться. И потом работать над ними. Не бойтесь запрашивать обратную связь у людей, с которыми взаимодействуете. Старайтесь фокусироваться на самом процессе, а не на результате. Хвалите себя за попытки – поверьте, многие не дошли даже до этого шага. Старайтесь фиксировать негативные мысли о себе и переформулировать их. Например, мысль «У меня никогда это не получится» заменяйте на более нейтральное «У меня пока что это не получилось». Мысли предопределяют наши действия, а значит, нужно, чтобы они помогали, а не препятствовали.

Следуя данные рекомендации, тренируйте свою стрессоустойчивость, соответственно и такие состояния, как невроз и эмоциональное выгорание, обойдут вас стороной.

Список литературы

1. Акарачкова Е.С., Котова О.В., Вершинина С.В. Алгоритм диагностики, лечения и профилактики стресса (для врачей общей практики). Терапевтический архив. 2018. Т. 87, № 6. С. 102-107.
2. Болотова А.К. Прикладная психология. Основы консультативной психологии. Учебник и практикум. М.: Изд-во Юрайт, 2019. 340 с.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Изд-во Прогресс, 2019.
4. Сапольски Р. Психология стресса. СПб. : Питер, 2022. 480 с.
5. Громова О.А., Калачева А.Г., Сатарина Т.Е., Гришина Т.Р., Микадзе Ю.В., Торшин И.Ю., Рудаков К.В. Влияние препарата Магне В6 на параметры стресса и когнитивную функцию при высоких психоэмоциональных нагрузках. Трудный пациент. 2008. № 12. С. 27-32.

Самоповреждающее поведение подростков (на примере анализа работы детского отделения)

Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Проблема самоповреждающего поведения среди подростков и молодёжи в последние годы привлекает внимание исследователей разных специальностей как в России, так и за рубежом. В статье обсуждается один из распространенных видов аутодеструктивного поведения – несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП). Необходимость изучения самоповреждающего поведения обусловлена его потенциальной опасностью для здоровья и контагиозностью. В связи с вышесказанным нами были изучены подростки с эпизодами самоповреждающего поведения в анамнезе, проходившие стационарное лечение в общепсихиатрическом детском отделении в 2021-2022 гг.

В 2021 г. в отделение стали госпитализироваться подростки от 15 до 18 лет, которые ранее проходили лечение во взрослых отделениях. Стало очевидно, что среди этой возрастной группы самоповреждающее поведение – явление распространенное. Количество таких пациентов увеличилась, о чем свидетельствует временная динамика. Так, в 2021 г. в отделение поступило 48 подростков с самоповреждающим поведением, что составило 8% от числа пролеченных. В 2022 г. эта цифра увеличилась до 76 (13% от числа пролеченных за 2022 г.), т.е. выросло более чем в 1,5 раза. Наши данные подтверждают исследования других авторов о росте феномена самоповреждающего поведения. Большинство подростков были старше 15 лет (n=74, 59,7%), остальные – в возрасте от 12 до 15 лет (n=50, 40,3%). Что касается связи самоповреждений с полом, то наши данные также совпадают с результатами исследований коллег: девушки чаще наносят себе более лёгкие повреждения, тогда как у юношей они более тяжелые. Сообщается, что специфика СП определяется половозрастными, социальными и психологическими факторами (социальное неблагополучие, семейные дисфункции, виктимизация, возрастные кризисы, девиации, нарушения саморегуляции, низкая самооценка, нейротизм) (Польская Н.А., 2015, 2017). В общепсихиатрическом детском отделении за 2 года пролечено 25 юношей и 99 девушек с самоповреждающим поведением, т.е. преобладают девушки, это может объясняться гендерно-возрастным сдвигом, пик самоповреждений у женщин приходится на возраст 15–19 лет, у мужчин – на более старший возраст (20–24 года), соответственно мужчины с самоповреждением получают лечение во отделениях для взрослых (табл. 1).

Таблица 1. **Распределение подростков с СП, проходивших лечение в общепсихиатрическом детском отделении в 2021-2022 гг., в зависимости от характера повреждений (абс., %)**

Показатель	Количество больных	
	Абс. (%)	Всего
Нанесение себе ударов, ударов о стены головой, руками и пр.		
Юноши	15 (12%)	24 (19,3%)
Девушки	9 (7,3%)	
Нанесение себе самопорезов (подкожных вен)		
Юноши	10 (8%)	81 (65,4%)
Девушки	71 (57,4%)	
Комбинированое аутодеструктивное поведение в виде самопорезов и нарушения пищевого поведения		
Юноши	0	19 (15,3%)
Девушки	19 (15,3%)	

Выявленные особенности, присоединение нарушений пищевого поведения подтверждают, что девушки чаще выражали недовольство своим телом, так как именно в подростковом возрасте личность наиболее подвержена социальному влиянию в процессе социализации и изменениям в восприятии собственного тела. СП в таких случаях является деструктивным способом снижения веса и «наказанием» за несоблюдение диеты. Нанесение ударов о стены головой и кулаками чаще зафиксировано у подростков (n=17) с диагностированной умственной отсталостью умеренной и тяжёлой степени выраженности.

Феномен СП может встречаться в структуре многих нозологических единиц. Такое поведение выявляется у лиц с непсихотическими психическими расстройствами (Зинчук М.С., Аведисова А.С., Гехт А.Б., 2019), интеллектуальным недоразвитием разной степени, эндогенными заболеваниями, при патохарактерологическом формировании личности и депрессивных состояниях – как признак того, что пытается справиться со стрессовыми ситуациями в жизни. В группе подростков, проходивших стационарное лечение в общепсихиатрическом детском отделении в 2021-2022 гг., выявлено преобладание смешанных расстройств поведения и эмоций (n=67, 54%) и депрессивных эпизодов лёгкой и средней степени тяжести (n=27, 21,8%) по сравнению с другими диагнозами: умственной отсталостью (n=20, 16,1%), шизофренией (n=7, 5,7%) и шизотипическим расстройством (n=3, 2,4%). Смешанные расстройства поведения и эмоций в условно говоря «детской» части МКБ-10 – это некий эквивалент патохарактологического формирования личности. В зрелом возрасте это, вероятнее всего, личности с неустойчивым типом акцентуации характера, истеровозбудимые личности.

Первое, что выявляется при работе с такими пациентами – это семейное неблагополучие. Причём при фасадном благополучии, зачастую напоказ демонстрируемом, выявляются различные виды деструктивного воспитания: гиперопека, гипопека, повышенная моральная ответственность, эмоциональное отвержение. У большинства (n=109, 87,9%) подростков имеются дополнительные социальные риски: воспитание опекунами, проживание в детском доме, неполные семьи по причине развода или смерти одного из родителей, воспитание в деформированных семьях (чаще отчимом), социально-бытовая неустроенность семей с низким материальным уровнем.

В отделении для диагностики эмоционального состояния подростков, помимо непосредственно беседы и клинико-динамического наблюдения, используются психологические методики: опросник депрессии Бека, опросник детских депрессивных симптомов (Ковакс), шкала тревожности Цунга. Личностные особенности исследуются с использованием патохарактерологического диагностического опросника (ПДО) Личко. Тип акцентуации характера у подростка позволяет прогнозировать факторы, способные вызвать декомпенсацию или психогенную реакцию, ведущие к дезадаптации. У 27 (21,7%) подростков из 124 выявлен средний уровень тревожности и депрессии. Среди личностных особенностей подростков лидируют неустойчивый (n=62), лабильный и лабильно-сенситивный (n=32) типы акцентуации характера. Лечение аутоагрессии направлено на выявление причины патологического поведения. Если самоповреждающее поведение связано с депрессией или повышенной тревожностью, то эффективна лекарственная терапия в виде седативных средств и антидепрессантов. При лечении эндогенных заболеваний использовались нейролептики. Для снижения проявлений деструктивного поведения у детей и подростков требуется системный подход – помощь психолога в виде личностной терапии и помощь в преодолении семейных проблем. Обучение детей навыкам критического мышления также способствует уменьшению негативного влияния сверстников в виде. Работа с поведенческими, тревожными, депрессивными расстройствами осуществляется методами арттерапии и когнитивно-поведенческой терапии по коррекции убеждений и направленности поведения.

Таким образом, нанесение самоповреждений у подростков – это способ совладать с избытком негативных эмоций и снять напряжение от внешнего давления. Учитывая психологическую незрелость данной возрастной группы, риск закрепления модели самоповреждающего поведения, высокий суицидальный риск «по неосторожности», особую ценность имеет психолого-педагогическая, психотерапевтическая работа с подростками и с их семьями, а также помощь психиатров при первых проявлениях самоповреждающего поведения.

Особенности каузальной атрибуции больных шизофренией

Литвинцева Л.Ф.
ГБУЗ «Киселёвский психоневрологический диспансер», Киселёвск

Атрибуция – частный случай нахождения причин своего или чужого поведения в факторах ситуации (что, как правило, подразумевает их неподконтрольность человеку). Каузальная атрибуция представляет собой процесс понимания причин поведения других людей через призму своего психического состояния. Больной шизофренией приписывает окружающим определенные свойства им качества, обусловленные заболеванием. Высокая теоретическая и практическая значимость проблемы и её недостаточная разработанность определили выбор объекта исследования.

В качестве задачи исследования является подбор методик и психодиагностики. При проведении исследования использовался анализ результатов проективной методики исследования Hand-тест. Обнаружена выраженность следующих категорий: высокие показатели ответов категории «страх» указывают на наличие различного рода фобий в социальной сфере, враждебность и отсутствия доверия к людям. На этом фоне наблюдается снижение или даже отсутствие показателей категории «коммуникация», что свидетельствует о нарушении отношений с окружающими, склонности к неуживчивости и даже конфликтности, о психической жизни, лишенной значимых межличностных ролей, нарастании аутизации, утрате социальных контактов. Превалирование показателя «агрессия» является признаком социальной дезадаптации, качеством, приобретенным в результате патологического реагирования на окружающих. Повышение показателя «напряжение» отражает высокий уровень личностной тревоги, переживания эмоционального напряжения и дискомфорта. Ответы «ухода от реальности»: описание, ответы галлюцинаторного, невероятного, необычного содержания, отказ от ответа свидетельствуют о том, что психотик считает реальное взаимодействие с людьми, объектами и идеями настолько травмирующим, трудным и разрушающим, что отказывается частично или полностью от значимых и полезных жизненных ролей, оценка ухода отражает этот отказ. Ответы категории «директивность» отображают установку превосходства над другими людьми, намерение оказывать активное разрушающее действие. Ответы «рассуждательного», резонерского характера подтверждаются клинической картиной обследуемых.

Интерпретация результатов с помощью каузальных схем Г. Келли позволила выявить, что при описании ситуаций во всех сферах преобладают приписываемые причины, ответственность приписывается тому субъекту, с кем нечто произошло, т.е. включается механизм личностной атрибуции. И здесь уже вступает в силу третий из предложенных Келли

принципов конфигурации – систематическое искажение суждений о людях. Легкость построения ложных корреляций. Нарушается адекватное восприятие – один из важнейших факторов общения.

И последним теоретическим конструктом, без которого невозможно понимание каузальной атрибуции является теория отношений В.Н. Мясищева. Согласно которой потенциальный план личности и отношений не исключает процессуального плана рассмотрения психики, а наоборот неразрывно с ним связан и ставит вопрос о связи отношений и психических процессов. Интерпретация результатов с позиции классификации отношений В.Н. Мясищева (эмоционального, когнитивного, мотивационно-поведенческого или волевого) выявила постепенное снижение данных показателей во всех сферах за счет нарастания клинических проявлений.

Таким образом, предложенная в работе расширенная модель каузальной атрибуции позволяет выявить различия в социальной перцепции больных шизофренией, её взаимосвязь с клиническими проявлениями предоставленной нозологии, а также позволяет использовать её в психокоррекционной работе и психодиагностической работе.

Механизмы аутоагрессивных действий у пациентов с патологией шизофренического спектра

Макарова О.В., Иванчикова А.Б.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность. Проблема аутоагрессивного поведения пациентов, страдающих шизофренией, обусловлена высоким риском самоубийств в данной группе. 40-50% пациентов с шизофренией сообщают о наличии суицидальных мыслей в некоторые моменты жизни, а 4-13% из них совершают самоубийство. Среди суицидентов, страдающих психическими заболеваниями, частота встречаемости пациентов с шизофренией составляет от 10% до 40% (Жерехова Е.М., 2003; Распопова Н.И., 2011).

Цель исследования: изучение механизмов аутоагрессивного поведения больных шизофренией, совершивших аутоагрессивные действия, находящихся на лечении в общепсихиатрическом мужском отделении.

Материалы и методы. Методом сплошной выборки проведено исследование историй болезни лиц, находившихся на стационарном лечении в мужском общепсихиатрическом отделении по поводу «шизофрении параноидной» (F20.0) и «шизоаффективного расстройства» (F25), совершивших аутоагрессивные действия в 2021-2022 гг.

В исследовании применялись клинико-динамический и клинико-катамнестический методы. В работу включено 19 случаев, что составило 4,3% от числа пациентов, пролеченных за период 2020-2021 гг., страдающих шизофренией и шизоаффективным расстройством.

Определены социально-демографические показатели исследуемых: пол – мужской; возраст – от 21 до 45 лет (что практически соответствует опасному возрасту, указанному в литературе 20-40 лет); состав семьи: семьи не имели – 4 (21,05%), проживали с родителями – 14 (73,68%), был женат – 1 (5,2%); трудовая занятость: работали – 2 (10,52%), имели группу инвалидности по психическому заболеванию – 13 (68,42), не работали, находились на иждивении родителей – 4 (21,05%). По нозологической принадлежности пациенты распределились следующим образом: параноидная шизофрения (F20.0) – 16 (84,2%), шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1) – 3 (15,7%). Все пациенты болели в течение от 2 до 10 лет. Коморбидную зависимость от ПАВ имели 6 пациентов (31,57%). Суицидальные попытки в анамнезе – 2 (10,52%). Несуицидальныеаутоагрессивные действия в анамнезе – 6 (31,57%).

Аутоагрессивные действия (самоповреждения) систематизированы по степени тяжести, мотивации и связи с синдромами. Аутоагрессивные действия (самоповреждения) разделены по степени тяжести, основаниями для такого разделения являлись опасность аутоагрессивных действий для жизни, выраженность, степень, обратимость их структурных и функциональных изменений, последствия для здоровья: легкая – 10 (52,63%), средняя– 5 (26,31%), тяжелая – 4 (21,05%). По мотивации аутоагрессивных действий пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – совершившие аутоагрессивные действия с целью суицида – 8 (42,10%); 2-я группа – совершившие несуицидальные самоповреждения – 11 (57,89%).

Результаты исследования. Анализ синдромальной структуры психических расстройств у больных с суицидальным поведением (1-я группа) обнаружил преобладание депрессивно-бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов, значительно меньший удельный вес приходился на негативные психопатологические синдромы. Во 2-й группе пациентов с негативно-личностными расстройствами особенности течения заболевания определяли механизм суицидального поведения – 1 (12,5%). На этом основании определена типология механизмов суицидального поведения: 1) продуктивно-психопатологический – 7 (87,5%), внутри которого выделены механизмы с бредовой мотивацией: бредовое самонаказание, в том числе бредовое самоуничижение – 1, бредовая вина – 2, бредовое избегание – 1; галлюцинаторные императивы – 2; 2) негативно-психопатологические – 1 (12,5%), а также ситуационные и демонстративный протест.

Все несуицидальные самоповреждающие действия носили вторичный характер по отношению к психопатологическим синдромам, обнаруживали тесную связь с ними, чаще всего совершались в связи с бредовыми расстройствами – 7 (63,3%). Несуицидальная агрессия, коморбидная с галлюцинаторно-бредовым расстройствам (n=2, 18,18%) совершалась в связи с императивными галлюцинациями. В рамках кататонического синдрома выявлены импульсивные и стереотипные действия (n=2, 18,18%). Несуицидальные аутодеструктивные действия были совершены в психотическом состоянии.

Выводы. Формирование суицидального поведения у больных шизофренией представляет собой процесс взаимодействия психопатологических, личностных и ситуационных факторов, определяющийся типом механизма суицидального поведения. Несуицидальные самоповреждения находятся в коморбидной связи с психическими расстройствами и носят вторичный характер по отношению к ним. Риск несуицидальных самоповреждений определяется выраженностью продуктивных и негативных симптомов. Знание механизмов формирования аутоагрессивного поведения позволяет применять соответствующие профилактические программы, что может повысить эффективность лечебно-реабилитационной помощи. Среди аутоагрессивных действий в исследуемой нами группе больных, страдающих шизофрений, преобладают несуицидальные самоповреждения. Наибольшим суицидальным риском обладают сложные депрессивные состояния, в структуре которых ведущий депрессивный аффект сопровождается бредовыми расстройствами.

Особенности детской шизофрении в возрастной группе 10-15 лет (клинический и психосоциальный аспекты)

Мирко С.С., Масякина Ю.В., Баранов В.В.
ГБУЗ «Новокузнецкая клиническая психиатрическая больница», Новокузнецк

Актуальность. В последние десятилетия отмечается значительный рост детей в подростковом возрасте с первым психотическим эпизодом, впоследствии данный эпизод перетекает в диагноз шизофрения. В этой работе представлена выборка детей, не имеющих отчетливого органического фона, ранее не обращавшихся в психиатрическую больницу, обучающихся по общеобразовательной программе.

Терминология. Подростковый возраст – переходная фаза роста и развития между детством и взрослостью, ответственный этап в жизни, когда происходит бурная физическое развитие всех органов и систем, в психической сфере изменяется реактивность и усиливается уязвимость.

ВОЗ определяет возраст подростка от 10 до 19 лет. В этот период с ребенком происходит множество изменений (физических, интеллектуальных, эмоциональных, личностных и социальных). В подростковом возрасте происходят три основных физических изменения: скачок роста – ранний признак взросления, первичные половые признаки (изменения органов репродуктивной системы), вторичные половые признаки (внешние признаки половой зрелости).

По данным эпидемиологических исследований, риск возникновения шизофрении у подростков в 3-4 раза выше, чем у людей зрелого и пожилого возрастов. Мальчики болеют чаще, чем девочки. Возраст, при котором чаще всего появляется болезнь – 10-14 лет, в остальных случаях диагноз ставят молодым людям 17-20 лет. Эпидемиологический показатель общей распространенности шизофрении (Regier et al.,1993; Häfner, an der Heiden, 1997) составляет около 0,5-1% в популяции (примерно в 4% всех случаев шизофрения начинается до 15-летнего возраста, лишь у 1% больных – до 10 лет). Распространенность ДШ в России от 0 до 14 лет составляет 1,66 на 10 000 детского населения (0,017%). В психиатрических стационарах частота шизофренических расстройств у детей составляет 1-2%, среди подростков – около 5%. Гендерные различия обнаруживаются в соотношении заболевших мальчиков и девочек: в пределах 2:1 – 3,2:1 в возрасте до 10 лет и 1,5:1 в возрасте от 11 до 17 лет (Häfner, 2007). По данным ВОЗ, шизофренией болеют 0,3%. В России отмечается устойчивый рост заболеваемости детей до 14 лет психозами и состояниями слабоумия (с 1995 г. – на 50%), болезненности – на 70%. В 2017 г. каждому из 300 тысяч детей впервые в жизни был поставлен диагноз «шизофрения». Также наблюдается устойчивая тенденция роста контингента больных шизофренией в возрасте 15-17 лет. Если в 1995 г. их было 53,3 на 100 тыс. подростков, то в 2016 г. их число увеличилось на 50% и составило 75,1 случая на 100 тыс. подростков.

Цель исследования: повышение качества оказания медицинской помощи больным ДШ, в частности разработка методов диагностики ДШ на ранних этапах у детей с сохранным интеллектом, без перинатального анамнеза, органического фона, обучающихся в ООШ.

В ГБУЗ НКПБ за 2020-2023 гг. в детском психиатрическом отделении проходили лечение 28 детей с диагнозом Шизофрения, из них 10 первичных (36%), но в сравнении с 2020 г. отмечается резкий скачок роста пациентов с данным патологией: в 2020 г. на лечение в детском отделении находилось 6, из них один первичный, в 2021 г. таких пациентов было 12, из них 5 первичных, в 2022 г. – 10, из них 4 первичных. В числе первично обратившихся детей (n=10) 6 обучались в ООШ, имели грамоты и награды за хорошую успеваемость, посещали кружки, никто из них ранее не состоял на учете у невролога или других специалистов, в поле зрения

психиатров не попадали. Важный момент, что к психиатру на прием данные дети приходили в последнюю очередь, родственники воспринимали жалобы детей как выдумки, искали пути решения проблем у врачей соматического звена, узких специалистов.

Клинический пример 1. 13-летняя девочка, учащаяся общеобразовательной школы с хорошей успеваемость. Стала чувствовать, что изо рта и половых органов выходят «черви», не видела их, но ощущала, чувствовала дискомфорт. Обращались к гастроэнтерологам, гинекологам, пока не направили к врачу-психиатру.

Клинический пример 2. Мальчик 14 лет, учится в лицее, получает хорошие и отличные оценки, посещает художественную школу. В один из дней не пришел домой вовремя. По возвращении был непривычно многоречив. Беседа в режиме «монолога», на следующий день в школе симптоматика усилилась, вызвали бригаду СМП, был доставлен в токсикологическое отделение с подозрением на употребление ПАВ. В последующем был переведен в психиатрическое отделение.

Таким образов в плане ранней диагностики возникают большие проблемы в виду того, что пациент попадает к врачампсихиатрам спустя длительное время после первого психотического эпизода, не редко встречаются случаи, когда симптоматика волнообразна, сразу выявить проблему не удаётся, ребенок поступает уже с нарастанием симптоматики в тяжелом состоянии, когда заболевание длится недели или месяцы, чаще по скорой медицинской помощи в сопровождении психиатрической бригады. Поступившие из детского диспансера, осмотренные и направленные в стационар составляют 30% (за 2020-2023 гг. 10 первично обратившихся в возрасте от 12-15 лет). Следует прокомментировать, что процент направленных после обращения к психиатру детей был бы больше, но имеет роль фактор недоверия родителей к психиатрической помощи, боязнь социальных последствий, в итоге ребенок поступает в стационар экстренно, с нарастающей негативной симптоматикой, запоздалое обращение утяжеляет прогноз, течение и исход заболевания. Другой аспект этого вопроса в том, что дети, испытывая по отношению к себе негативный настрой родителей, остаются наедине с собой и своими проблемами, не прислушиваются к замечаниям и советам родителей, не верят им, становятся замкнутыми, непослушными, и только когда симптоматика становится выраженной попадают в поле зрения врачей. В терапии наблюдаемых детей возникали трудности с купированием симптоматики и подбором адекватного лечения, не удавалось достичь ответа в монотерапии на типичные нейролептики, явный значительный эффект появлялся при использовании комбинированной терапии атипичных и типичных нейролептиков. Все состояния сопровождались длительной госпитализацией, продолжавшейся более 3-4 месяцев.

Опасаясь проявлений социальной стигматизации, большинство родителей не до конца понимают тяжесть ситуации, считают, что ребенок выдумывает что-то намеренно, не верят ни ему, ни врачам. Соглашаются на госпитализацию только для обследования, но возражают по поводу лечения, отказываются от продолжения терапии и настаивают на выписке. Лекарственные препараты принимают нерегулярно, в результате повторная госпитализация, причем неоднократная в течении года после первого психотического эпизода, в результате выставляется диагноз шизофрении. Закономерно возникает вопрос о статусе детской инвалидности, так как ребенок из-за пропусков отстает в учебе, не справляется с программой и не аттестуется по большинству предметов.

В итоге всего перечисленного можно сделать выводы. Необходимо проводить скрининговые обследования по выявлению факторов риска с дальнейшим более пристальным обследованием с привлечением школьных и клинических психологов: расширять информационно-просветительную работу с населением, учителями и родителями для решения проблемы социальной стигмы и самостигматизации.

Клинические проявления алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний алкогольного генеза

Москвина Я.В., Иванец И.В., Ербягин К.Е.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Особенности клинических проявлений среди больных с алкогольной зависимостью, отягощенной алкогольной энцефалопатией и пароксизмальными состояниями, выявленных при изучении соматовегетативного статуса больных, исследовании состояния вегетативной нервной системы с помощью установления исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности. Определены и изучены проявления хронического алкогольного поражения со стороны органов и систем организма, выделены основные неврологические синдромы.

Цель исследования: выявить особенности клинических проявлений у пациентов с алкогольной зависимостью, отягощенной алкогольной энцефалопатией и пароксизмальными состояниями.

Задачи: провести соматоневрологическое исследование пациентов диагностических групп, сравнить полученные результаты обследования с контрольной группой, определить возможные пути профилактики развития тяжелой токсической энцефалопатии и пароксизмальных состояний.

Материалы и методы. В соответствии с целью и задачами исследования общая диагностическая группа (n=108, 100%) была разделена на четыре группы: I группа (n=34) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, без алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний, II группа (n=38) – злоупотребляющие алкоголем, с проявлениями алкогольной энцефалопатии, без пароксизмальных состояний, III группа (n=36) – пациенты со злоупотреблением алкоголя, проявлениями алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний; контрольная группа (n=35) – пациенты со злоупотреблением алкоголя, без токсической энцефалопатии и без пароксизмальных состояний, сохраняющие социальный статус (работающие, семейные, уровень образования не ниже среднего), предъявляли различные жалобы со стороны практически всех органов, что свидетельствует о наличии у них целого ряда соматовегетативных и неврологических проявлений.

Результаты и обсуждение. По анамнестическим сведениям, установлено, что в целом для большинства больных с I стадией алкоголизма характерно злоупотребление алкоголем и алкогольсодержащими веществами по несколько раз в неделю с постепенным увеличением толерантности к этанолсодержащим веществам. Постепенно периодичность злоупотребление алкоголем и алкогольсодержащими веществами возрастала до многодневного злоупотребления, отмечалось нарушение ночного сна. При этом больные и их родственники отмечали значительно более заниженную критику пациентов к хронической алкоголизации и снижение интересов и социальной активности.

Во II стадии хронического алкоголизма больные и их родственники отмечали появление максимальной толерантности к спиртным напиткам: суточная доза для пациентов составляла от 0,5 до 2,0 литра водки. В трезвом состоянии отмечалось выраженное влечение к очередному употреблению спиртных напитков, а если отсутствовала возможность употребления, наблюдалось угнетение настроения, появление раздражительности, грубости и вспыльчивости. При употреблении даже небольших доз спиртных напитков непрерывная тяга к более глубокому опьянению резко увеличивалась и приобретала признаки неконтролируемости. После злоупотребления спиртными напитками через 6-11 часов возникали признаки повышенной потливости, сердцебиения, удушья, отмечался мелкоразмашистый тремор пальцев рук. Более тяжелая абстиненция характеризовалась выраженным потоотделением, стойкой бессонницей, дрожанием всего тела с появлением судорожных подергиваний мышц рук и ног, снижением внимания и нарушения концентрации. Пациенты отмечали снижение сообразительности, появление бессмысленного поведения, выраженным затруднением воспроизведения последовательности событий (часто с амнестическими проявлениями), снижение памяти на текущую

дату, события. При запоях неудержимое стремление к злоупотреблению алкоголем приводило к злоупотреблению суррогатами алкоголя, что вызывает появление угрожающих осложнений в виде алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний, развитие или углубление органического дефекта, алкогольной деградации личности и уменьшение временного промежутка к переходу в III стадию алкоголизма.

Пациенты в III стадии алкоголизма характеризуются со значительным снижением толерантности к алкоголю. Опьянение вызывали даже незначительные дозы спиртных напитков, что сначала больным нравилось, а потом вызвало агрессию, приводило к запойному пьянству, в конце запойного периода возникала резкая слабость, дрожь всего тела, рвота, головокружение и другие проявления хронической алкогольной интоксикации. Появлялись значительные признаки органического алкогольного дефекта, алкогольной деградации личности, значительные личностные характерологические изменения. У большинства пациентов появлялась и развивалась неврологическая симптоматика до проявлений алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний. У больных с алкогольной зависимостью, отягощенной алкогольной энцефалопатией и пароксизмальными состояниями, заболевание имело более тяжелое течение, чем у обследованных без пароксизмальных состояний и алкогольной энцефалопатии. Кроме непосредственных проявлений алкогольной интоксикации и алкогольного поражения ЦНС среди обследованных пациентов фиксировались и проявления хронического алкогольного поражения со стороны других органов и систем организма (дыхательной, сердечно-сосудистой систем, печени и др.). Нарушение данных органов и систем организма под действием злоупотребления алкоголем и отмечалось целым рядом жалоб и различных нарушений.

Обследованные пациенты предъявляли жалобы и имели расстройства почти всех систем и органов. При этом лица, имевшие осложнения в виде алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний, характеризовались большим количеством жалоб и системных расстройств, что объясняется более тяжелым течение алкогольной зависимости. Наиболее часто пациенты диагностической группы констатировали наличие головной боли, тошноты, рвоты, тремора конечностей с ознобом и ощущением разбитости и астении. Кроме того, все пациенты диагностической группы жаловались на другие проявления хронической алкогольной интоксикации, такие как снижение чувствительности в конечностях, шаткость походки, головокружение, амнестические проявления, ощущение страха, нарушение сна, ночные кошмары, страхи опасения. Головная боль в первые дни абстиненции присутствовала постоянно, сочеталась с жалобами на повышенную утомляемость, агрессивность и головокружение.

Значительная жалоба для пациентов диагностической и контрольной групп было нарушение сна, у подавляющего большинства проявлялось поверхностным сном с частыми пробуждениями и отсутствием утром при пробуждении бодрости и полноценного физического и эмоционального отдыха, у ряда пациентов диагностической группы отмечалось нарушение засыпания без очередной дозы спиртного, в контрольной группе таких жалоб не выявлено. Сновидения характеризовались высокой яркостью и аффективным насыщением переживаний неприятного характера с частым ночным и ранним пробуждением, ночными кошмарными сновидениями.

На втором месте по частоте больные отмечали нарушения со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем: значительные колебания АД (n=100, 92,5%, p<0,001), ощущения тахикардии (n=90, 83,3%, p<0,05), кардиалгические боли (n=78, 72,2%, p<0,01), значительное снижение или полное отсутствие аппетита (n=99, 91,6%, p<0,01), диспептические явления с жаждой (n=91,6%), болями в эпигастрии и правом подреберье (87,03%, p<0,05). Так, обследованные диагностической группы значительно часто констатировали кардиалгические боли, обычно случались на следующий день после запойного периода, не приобретали приступообразного характера, не были связаны с физической нагрузкой, имели ноющие колющий характер, могли длиться от нескольких часов до нескольких суток. Данные болевые ощущения были основным субъективным проявлением алкогольной кардиомиопатии.

Значительное количество пациентов диагностической группы имели проявления умеренной артериальной гипертензии (до 190/100 мм рт.ст.), с максимальной выраженностью на 1-3 сутки после злоупотребления алкоголем, при этом большинство предъявляли жалобы на тахикардию до 110-140 уд/мин в состоянии полного покоя. Также большинство пациентов с алкогольной зависимостью, токсической энцефалопатией и пароксизмальными состояниями отмечали нарушения пищевого поведения, среди которых основными были значительное снижение или отсутствие аппетита, диспептические явления с жаждой, болевые проявления в эпигастрии или правом подреберье. У этих пациентов в самом начале прием спиртных напитков вызывал ощутимое возбуждение пищевых центров (проявлением чего было чувство голода ночью), несколько позже это явление трансформировалось в постепенное снижение аппетита (вплоть до развития алкогольной анорексии). Также фиксировались различные болевые ощущения в эпигастральной области и области правого подреберья с диспепическими явлениями, снижением аппетита, что характеризовало развитие хронического алкогольного гастродуоденита (n=67, 62,03%). Значительно чаще указанные явления консолидировались с расстройствами опорожнения (чередование поносов и запоров), достоверно

связано с развитием проявлений алкогольного энтероколита и нарушениями внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Анамнестические данные выявили проявления острого панкреатита с внезапными болевыми приступами в эпигастрии (n=19, 17,53%), постоянной тошнотой, частой рвотой во время или после употребления спиртных напитков, проявления алкогольного хронического панкреатита (n=101, 93,8%; p<0,01) и сахарного диабета (n=24, 22,2%).

Хроническая алкогольная интоксикация (n=34, 31,48%; p<0,05) у пациентов диагностической группы вызывала развитие цирроза печени неинфекционной природы с проявлениями гепатомегалии, гипербилирубинемии, гипоальбуминемии, расстройства дыхания и постоянный кашель различной частоты (n=68, 62,9%; p<0,05), в частности мучительный утренний кашель со скудной мокротой (более интенсивный после «запойного» периода), который сопровождался явлениями удушья. Кроме того, развитие хронического бронхита (n=73, 67,59%), хронической легочной недостаточности (n=29, 26,85%; p<0,01), пневмосклероза (n=54, 50,0%; p<0,01), расстройств половой функции (n=80, 92,59%; p<0,01). Вследствие длительного токсического воздействия алкоголя на железы внутренней секреции (в первую очередь на половые) больные констатировали наличие «алкогольной импотенции» среди мужчин и раннее прекращение менструаций у женщин. Помимо того, обнаружены атактические проявления (n=84, 77,4%) и поражения мочевыделительной системы с развитием так называемой алкогольной нефропатии, на фоне которой развивался хронический пиелонефрит (n=34, 31,48%; p<0,05). Учитывая высокотоксичное влияние алкоголя на гемопоэз на поздних стадиях хронической алкогольной интоксикации выявлены анемия (n=56, 51,85%; p<0,001) и нейтропения (n=19, 17,59%). Данные жалобы и поражения органов и их систем чаще встречались при осложненной алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний алкогольной зависимости.

Для установления степени поражения ЦНС и периферической нервной системы провели неврологическое обследование лиц диагностической группы и контрольной группы, которое позволило выявить различные симптомы и синдромы поражения: церебральный, цереброспинальный, полиневропатичный, синдром комбинированного поражения периферической и ЦНС с развитием алкогольного психоорганического синдрома и пароксизмальный синдром (у пациентов III группы, с алкогольной зависимостью, алкогольной энцефалопатией и пароксизмальными состояниями .

Церебральный синдром (n=86, 79,62%) выявлен у пациентов диагностической группы, чаще (100%) во II (p<0,01) и III (p<0,001) группах по сравнению с I группой (n=12, 35,29%; p<0,01)). Данный синдром проявлялся в виде острой алкогольной энцефалопатии (n=16, 42,10%), острого

нарушения мозгового кровообращения (n=12, 31,57%), хронической алкогольной энцефалопатии (n=36, 94,73%; p<0,01) во II и III (n=29, 80,55%; p<0,001) группах.

Цереброспинальный синдром выявлен реже как в целом (n=7, 6,48%) в диагностической группе, так и в III (n=3, 7,89%; p<0,05) и II (n=4, 10,52%) группах.

Полиневропатический синдром – полиневропатия алкогольного генеза проявлялся в сенсорной (n=36, 25,17%), моторной (n=27, 25,0%) и смешанной (n=34, 31,48%) формах. Поражение периферической и ЦНС с характерными психическими нарушениями в форме развития алкогольного психоорганического синдрома встречались практически у половины (n=52, 48,14%) пациентов диагностической группы (психоорганический синдром со всеми его сканерами: нарушением памяти, интеллекта, эмоциональными расстройствами, отсутствием критики к своему состоянию, т.е. – слабоумие алкоголика).

Пароксизмальный синдром отмечался у всех (100%) пациентов III группы в виде эпилептиформных пароксизмов. Чаще всего встречались следующие варианты пароксизмальных расстройств: большие судорожные припадки, висцеровегетативные, пароксизмальные дисфорические (расстройство настроения, пароксизмы) и психосенсорные расстройства, смешанные пароксизмальные состояния.

Индивидуальные проявления пароксизмальных состояний часто оставались неизменными и повторялись по типу клише в абстинентном, постабстинентном или периоде ремиссии. Все больные III группы (n=36, 100%) в абстинентный период имели проявления пароксизмальных состояний, 2 (5,5%) из них – психосенсорные (нарушение восприятия собственного тела) расстройства в постабстинентном периоде, 1 (2,7%) – даже в период ремиссии. Чаще всего пароксизмальные состояния в III группе были представлены в виде больших судорожных припадков в абстинентном (n=9, 25,00%) и постабстинентном (n=5, 13.8%) периодах больных также данный вид пароксизмальных состояний был наиболее и даже в период ремиссии (n=3, 8, 3%). Кроме того, выявлены психосенсорные (n=2) и смешанные пароксизмальные состояния (n=6), которые наблюдались в постабстинентный период и в ремиссии (по 2 случая). Встречались дисфорические и дисмнестические пароксизмальные состояния (n=5, 13,8%), в частности дисфорические у 3 пациентов пролонгировались на постабстинентного период. Висцеровегетативные расстройства (n=3, 8,3%) выявлены в обоих периодах.

Выводы. Установлено статистически значимое (p<0,01) наличие у всех пациентов диагностической группы жалоб соматовегетативного и неврологического характера с развитием сопутствующей патологии большинства органов и систем организма (головной боли, тошноты

и рвоты, тремора конечностей с ознобом, ощущением разбитости, астенией; значительные колебания артериального давления, ощущение тахикардии, кардиалгический боли, нарушение аппетита, диспептические явления и другие нарушения). Выделены основные неврологические синдромы в связи с алкогольной зависимостью, алкогольной энцефалопатией и пароксизмальными состояниями: церебральный, цереброспинальный, полиневропатичный, синдром комбинированного поражения периферической и ЦНС с развитием алкогольного психоорганического синдрома и пароксизмального синдрома (у пациентов III группы), установлена распространенность каждого из этих синдромов. Доказано распространение пароксизмальных состояний в абстинентный (100%), постабстинентный (41,4%) периоды и период ремиссии (13,7%) в виде больших судорожных приступов, психосенсорных и смешанных психосенсорные расстройства, дисфорических и дисмнестических пароксизмальных состояний, висцеровегетативных пароксизмальных расстройств и расстройств сна. Клинически доказано наличие специфических алкогольных маркеров судорожных припадков: генерализованный тонико-клонический характер без явного клинического парциального начала (без ауры) с развитием алкогольного бессонницы (в отличие от эпилептических приступов).

Оказание психологической помощи родственникам мобилизованных граждан

Нохрина Т.Н., Ларина И.А., Старостенко С.И., Лаврентьева Л.Н., Кушель О.Н.
ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Частичная мобилизация коснулась сотни тысяч семей призванных из запаса военнослужащих. Мобилизация принесла людям немало переживаний. Люди надолго расстаются с близкими и волнуются за их жизнь. Иногда степень тревоги так велика, что оказывается на грани нервного срыва. Стали учащаться случаи обращения к психологу родственников мобилизованных (стресс, тревога, невозможность принять ситуацию). Они хотят быть выслушанными и получить полезную информацию. Специалисты, работающие с ними, должны придерживаться основных принципов: 1) любая помощь не может навязываться, а оказывается лишь при соответствующей просьбе о ней; 2) начальный этап ограничивается информированием о возможностях оказания психологической помощи и готовности принять участие в судьбе человека; 3) внимательное и заинтересованное слушание – вот что необходимо клиенту на первой встрече;

важно дать ему выговориться; 4) необходимо начинать с утешения, поддержки и заканчивать определением сложными проблемами, если он на самом деле хочет их разрешить. Специалисты должны быть информированы о доступных службах и услугах.

Испытывать за близкого тревогу или страх – это естественно. Мозг безостановочно пытается сгенерировать пути решения, способы действий и варианты того, как выйти из ситуации. Эмоциональный фон при этом может просто зашкаливать, мысли путаются, а положение расценивается как безвыходное. И есть несколько простых и быстрых техник для улучшения своего психоэмоционального состояния.

Первая техника «дыхание», обычно эту технику используют для борьбы с панической атакой, но подходит и для экстренной психологической помощи. В первую очередь следует полностью сконцентрироваться на своем дыхании. Сделать глубокий вдох через нос на два счёта и медленный выдох через рот на четыре счёта, как бы задувая свечу. Выдох должен быть продолжительнее вдоха в два раза. Нужно почувствовать, как воздух входит и выходит из лёгких. Затем начать напрягать все мышцы тела. Можно при этом выставить руки вперёд, зажмуриться, выгнуть спину. Через несколько секунд отпустить напряжение и почувствовать, как волна расслабления проходит по вашему всему организму.

Вторая техника «заземление». Нужно встать на ноги. Ощутить пол всей стопой. Почувствовать, как ваше тело оказывает давление на твёрдую поверхность. После этого оглянуться вокруг и пересчитать все предметы в комнате (это займёт пару минут). В это время нужно стараться глубоко и ровно дышать.

Третья техника. Можно умыться холодной водой или подержать в ней руки.

Четвертая техника. Можно выплеснуть напряжение и страх в форме слёз. Иными словами, нужно хорошо поплакать. Если не хотите это делать на людях, выйдите в отдельную комнату.

Так почему же нельзя держать эмоции в себе? К чему это может привести? В тяжёлой жизненной ситуации в нас начинает скапливаться напряжение. Тревога и страхи растут, если эта ситуация не меняется. Это как с графином, который постепенно наполняется водой из-за того, что кто-то не закрыл кран. Если графин открыт, то вода стекает тонкой струйкой. Это сравнимо с ситуацией, когда хотя бы немного выплёскивает эмоции. Но представьте, что напряжение столь велико, что графин будто закупорен. От напора он может лопнуть, в таком случае осколки разлетятся в разные стороны. С нашей психикой может произойти аналогичная ситуация. Когда мы испытываем сильные эмоции и никак не выражаем их, страдают и душа, и тело, и окружающие нас люди.

Как же определить, что вы находитесь на грани нервного срыва? Что делать в этой ситуации? Есть несколько тревожных сигналов, которые говорят нам о том, что нужно обратиться за помощью. Это отсутствие либо чрезмерное проявление аппетита, сна (человек засыпает буквально везде или не может сомкнуть глаза); постоянные беспокойство, тревожность, раздражительность. Не исключено появление фобий и страхов (страх выходить одному на улицу, боязнь темноты и т.д.) Также может происходить бесконечное прокручивание негативных мыслей, снижение работоспособности, когнитивных функций (памяти, внимания, логического мышления), возникают апатия и потеря интереса к приносившим ранее удовольствие занятиям, головные боли, повышенное артериальное давление, хроническая усталость. раздражительность. Если у вас имеется несколько из перечисленных вариантов симптомов, то следует обратиться за помощью к специалистам.

Нужно стараться понять, что, терзая себя негативными мыслями, мы не помогаем мобилизованному родственнику. И чтобы были силы поддержать его, необходимо позаботиться о собственном состоянии. Отвлекаться от негативных мыслей не вредно и не стыдно!

Сформулируйте режим дня, прописав, когда и сколько времени будете уделять работе, домашним делам, общению с мобилизованным родственником. Наполните время разноплановыми занятиями, учитесь чему-то новому. Когда ваш близкий вернётся, вы можете удивить своими новыми умениями. Исключите общение с людьми, которые способны вас «накручивать». Создайте шпаргалку и применяйте методы помощи при стрессе. Можно вести дневник и записывать в него свои мысли и чувства.

В России созданы проекты в помощь мобилизованным семьям граждан и всем тем, кто испытывает стресс и панику в связи со сложившейся ситуацией в мире. Цель проекта – восстановление здорового психоэмоционального состояния и повышение стрессоустойчивости людей. Так же проводится работа с женщинами, у которых были мобилизованы мужья, сыновья и другие близкие родственники. Цель занятия – научить женщин быстро справляться с сильными страхами, паникой, выработать осознанное отношение к ситуациям, найти уверенность в себе, спокойствие и возможности внутри себя быть опорой мужчине. Существует «Горячая линия психологической помощи». Такая экстренная помощь направлена на облегчение состояния людей в тяжелых психоэмоциональных состояниях, связанных со сложными ситуациями в мире.

В ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница» работает психологическая служба, где медицинские психологи оказывают психологическую помощь людям, обратившимся за помощью. В диспансерном отделении находится комната для релаксации, оборудованная специальными аппаратами.

1. Аудиовизуальный комплекс (АКВ) «Диснет». Предназначен для проведения сеансов психологической разгрузки и мобилизации, в том числе групповых, а также тестирования текущего психологического состояния обследуемых. Программа распространяется в комплекте с аппаратным USB-ключом, включает в себя набор видео-, аудио- и аутогенных сеансов. Все сеансы разделены на несколько групп согласно цели воздействия.

2. Стабилоанализатор компьютерный с биологической обратной связью «Стабилан-01-2». Предназначен для регистрации, обработки и анализа траектории перемещения центра давления на плоскость опоры с целью выявления и реабилитации двигательных нарушений у взрослых и детей, в том числе для проведения контроля и качества проведенного лечения. В ситуациях стресса, тревоги, депрессии и других органических изменениях головного мозга снижается степень равновесия, в этих случаях в качестве инструмента реабилитации психофизиологического состояния выступает стабилометрическая платформа.

Важно понимать, что вовремя оказанная психологическая помощь позволяет развивать и совершенствовать механизмы саморегуляции физических функций при различных состояниях организма, чтобы в дальнейшем их использовать в целях личностного роста, выработки стрессоустойчивости в повседневной жизни.

Клинический и нейрофизиологический аспекты невротических расстройства у лиц, перенесших COVID-19

Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Исторически крупные эпидемии вирусных заболеваний оказывали значительное влияние на психологическое состояние людей и психическое здоровье. Очевидно, что пандемия COVID-19 не исключение, однако нужно отметить, что в современном мире существует огромное количество источников информации, и сама информация распространяется фактически мгновенно благодаря СМИ и социальным сетям. Данный фактор только способствует невротизации населения, а соответственно и ухудшению психического состояния граждан. Пациенты с психическими расстройствами представляются наиболее уязвимой категорией для воздействия агрессивной информационной среды и длительного режима самоизоляции, что может вызвать дистресс и привести к обострению эмоционального состояния.

Особенно уязвимыми категориями представляются пациенты с аффективными расстройствами, патологией личности (внушаемые, зависимые, тревожные, истерические, эмоционально нестабильные), тревожными и невротическими расстройствами (обсессивно-компульсивное, паническое и генерализованное тревожное, соматоформное, диссоциативное и фобические расстройства) и с хроническими психозами, включая шизофрению (Мосолов С.Н., 2021). Согласно данным отечественных исследователей (Софронов А., Головачева В.А., Табеева Г.Р., Албакова З.А.), в 2020-2021 гг. количество обращений к психотерапевтам по стране увеличилось на 19,8%, при этом в Санкт-Петербурге – на 30%, в Москве – на 28%. Основные причины обращений к психотерапевтам – это социальные факторы, такие как снижение заработка, потеря работы, режим самоизоляции, невротизация путем СМИ и социальных сетей.

В период пандемии COVID-19 количество амбулаторных обращений к психотерапевтам ГБУЗ ККПБ в период с ноября 2020 г. по декабрь 2021 г. значительно возросло – в общей сложности было принято 5 291 человек, что на 34% больше, чем за аналогичный период 2018-2019 гг. (3 948 человек), что мы связываем непосредственно с невротизацией населения на фоне пандемии COVID-19. Среди данных пациентов возросли как обращения лиц, уже страдающих невротическими расстройствами или имевшими в анамнезе невротические расстройства, так и обращения первичных пациентов, чьи жалобы были связаны со страхом заразиться коронавирусной инфекцией, страхом за своих близких, а также обусловлены социальными факторами (потеря работы, снижение заработка, необходимость самоизоляции).

Цель исследования: выявить клинические и нейрофизиологические особенности психических расстройств у лиц, перенесших короновирусную инфекцию, которые обращались за помощью в 5-6-е отделение амбулаторно или находились на стационарном лечении.

Критериями отбора больных явилось наличие у них указаний на наличие в анамнезе перенесенной короновирусной инфекции.

Материал исследования. Нами было проанализировано 107 историй болезней пациентов, пролеченных в течение 2020-2021 гг. в отделении для оказания помощи пациентам, страдающими непсихотическими психическими расстройствами. Из них 93 лица женского пола (87,0%) и 14 (13,0%) мужского. Средний возраст составил 51,4 года. 53 пациента имеет постоянное место работы, 18 временно не работают, 36 на пенсии. 76 (71,0%) пациентов перенесли COVID-19 в лёгкой форме, 31 (29,0%) – в средней и тяжелой степени. Среднее время обращения за психиатрической помощью 78 дней, среднее время начала психических нарушений после перенесенного инфекционного заболевания 33 дня.

Анамнестические данные говорят о том, что пациенты сначала обращались за помощью к врачам терапевтического профиля, затем неврологического. С этим связана разница во времени между началом психических нарушений и обращением к психиатру. Пациенты, впервые обратившиеся за психиатрической помощью, составили 78 (73%), повторно – 29 (27%). Клиническая картина отличается полиморфизмом. Нами выделены характерные синдромы у пациентов данной группы: гипервентиляционный, астенический, тревожно-субдепрессивный, диссомнический, синдром когнитивных нарушений.

Клиническим проявлением психогенной гипервентиляции является усиленное глубокое дыхание, не вызванное физической нагрузкой, субъективно воспринимаемое как дыхательный дискомфорт, ощущение недостатка воздуха, необходимость усиления дыхания и вместе с тем затруднения его, потребность сделать дополнительный более глубокий вдох, иногда несколько вдохов с участием вспомогательных мышц, чтобы «продохнуть» и получить чувство удовлетворения. Гипервентиляционный синдром присутствовал у 36% обратившихся больных.

Астенический сидром был выявлен у большой группы пролеченных больных (56%) и представлен выраженной слабостью, утомляемостью при малейшей физической нагрузке, а порой и без нее. Пациенты большую часть времени проводили в кровати, жалуясь на «бессилие», «жуткую слабость», часто отказываясь от ежедневных прогулок.

У большинства пациентов (78%) наряду с гипервентиляционным и астеническим синдромами на первый план выступали аффективные нарушения в виде тревожно-субдепрессивного (а у нескольких пациентов и депрессивного) синдрома. Пациенты жаловались на постоянную или периодическую тревогу, которая была вызвана опасениями в отношении собственного здоровья и здоровья их близких. Также высказывали тревожные опасения, страх повторного заражения COVID-19. Фон настроения носил субдепрессивный или депрессивный оттенок. Часто пациенты предъявляли жалобы на пониженный фон настроения, «грусть», «плохое» или «подавленное» настроение.

Весьма разнообразно представлены диссомнические нарушения. Этот синдром был выявлен у 59,5% и проявлялся затруднением засыпания, поверхностным ночным сном с частыми пробуждениями, отсутствием чувства сна. Порой пациенты спали не более 2-3 часов в сутки, что приводило к нарастанию астенических проявлений.

Синдром когнитивных нарушений был выявлен у 27% пациентов. Основными жалобами этих больных были нарушения концентрации внимания, памяти в виде затруднения запоминания, забывчивости, рассеянности, что было для них не характерно раньше и появилось после перенесенной коронавирусной инфекции.

Основной мишенью, поражаемой при заболевании COVID-19, безусловно оказывается респираторная система. Но болезнь затрагивает не только органы дыхания. Более чем у трети больных наблюдается выраженная неврологическая симптоматика (Баклаушев В.П., Кулемзин С.В., Горчаков А.А, Li X.,Geng M.,Peng Y.) В работе A. Paniz-Mondolfi и соавт. (2021) на срезах головного мозга погибших от COVID-19 пациентов с помощью электронной микроскопии показано наличие вирусных частиц непосредственно в нейронах. Поражение нервной системы может происходить за счет гипоксии, сепсиса, мультиорганного поражения и гипервоспалительного ответа иммунной системы.

В нашем исследовании мы использовали данные компьютерной энцефалографии. ЭЭГ-исследование проведено у 94 в первые дни после их госпитализации в отделение. У больных, перенесших коронавирусную инфекцию в легких формах, ЭЭГ-признаки очаговых поражений головного мозга не встречаются, нарушения проявляются в доминировании бетта-ритма у пациентов с тревожными проявлениями, в превалировании тетта-ритма у больных с депрессивной симптоматикой. Необходимо отметить, что основные нарушения биоэлектрической активности наблюдаются в диапазоне альфа-ритма: не сохраняется правильность его формы, зонального распределения, амплитудных значений. Снижается его индекс. При более тяжелых формах перенесенной коронавирусной инфекции проявляется в угнетении альфа-ритма и увеличении амплитуды высокочастотного бета-ритма. ЭЭГ в таких случаях имеет сходство с картиной больных с органическими поражениями мозга при нейронфекциях и отдаленных последствий ЧМТ. Результаты ЭЭГ-исследования позволяли начинать лечение с назначения общеукрепляющей, антиоксидантной и ноотропной терапии, что способствовало повышению эффективности проводимого лечения психических расстройств после COVID-19.

Выводы. Проведенное исследование показало, что возросшее количество первичных обращений к специалистам психиатрической службы свидетельствуют о значительной роли коронавирусной инфекции в возникновении психических расстройств.

Клиническая картина невротически расстройств у лиц, перенесших COVID-19, характеризуется полиморфизмом проявлений, однако в большинстве случаев преобладают астенические, тревожно-субдепрессивные и диссомнические нарушения.

Использование ЭЭГ-исследования в первые дни госпитализации имеют немаловажное значение, так как позволяют повысить эффективность проводимого лечения психопатологических нарушений путем присоединения антиоксидантной и ноотропной терапии.

Современная структура и патоморфоз проявлений тревоги у пациентов с невротическими расстройствами

Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Тревожное расстройство – довольно распространенное заболевание. По данным ВОЗ, за 2019 г. тревожными расстройствами страдало 301 млн человек. Затем случилась пандемия COVID-19, соответственно количество тревожных расстройств значительно возросло. Так, по данным исследователей из университетов Шеффилда и Ольстера, после сообщения премьер-министра Великобритании о введении режима самоизоляции представленность тревожных расстройств возросла более чем на 20% (Bentall R. Spike in anxiety and depression following UK lockdown announcement, study reveals. 2020). Исследование, проведенное в Китае, позволило выявить тревожные расстройства у 73,4% (Liu S., Yang L., Zhang C., Xiang Y., Liu Z. et al. Online mental health services in China during the COVID-19 out- break. Lancet Psychiatry, 2020).

Тревожные расстройства широко распространены среди лиц с психическими расстройствами. Клиническая картина в общем известна для врачей любого направления психиатрии, так как тревога встречается как в рамках невротических расстройств, так и органических, психотических и в составе экзогенно-токсических заболеваний. Тревожные расстройства становились предметом изучения для многих известных авторов.

Мы наблюдаем тревожные расстройства как самостоятельное заболевание, так и как коморбидное. При этом подходы к диагностике в мировой практике психиатрии отличаются. Ярким примером этого утверждения является опрос РОП в рамках программы «маГисТР», который проводился в 2017 г. В опросе приняло участие более тысячи психиатров (более 5% численности всех психиатров) практически из всех регионов страны. Результаты опроса РОП были сопоставлены с данными опроса, проведенного совместно ВОЗ и ВПА.

Проведенный опрос показал, что тревожные расстройства реже диагностируются психиатрами в РФ, чем психиатрами других стран мира. Среди тревожных и связанных со стрессом расстройств чаще всего отечественные психиатры используют диагнозы смешанного тревожного и депрессивного расстройства и расстройства адаптации, которые по своей сути являются скорее предварительными диагнозами и не всегда ведут к назначению адекватной терапии. Диагноз ГТР в России используется существенно реже, чем в мировой практике, тогда как панического расстройства, наоборот, чаще.

Диагнозы тревожных расстройств практически не выставляются нашими коллегами в качестве вторых (коморбидных) диагнозов при наличии других психических расстройствах, несмотря на частое соответствие клиники одновременно нескольким диагностическим категориям (Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Мосолов С.Н. Диагностика и терапия тревожных расстройств в Российской Федерации: результаты опроса врачей-психиатров [2017]). Однако, помимо количественных изменений, тревожные расстройства также изменились и качественно. Согласно нашим наблюдениям, тревожные расстройства стали видоизменяться в отношении клинической картины. В последние годы происходит рост смешанных аффективных расстройств, которые входят в рамки диагноза тревожно-депрессивное расстройство (F41.2). Помимо прочего наблюдается и повышение количества тревожно-фобических расстройств, которые кодируются в рубрике F40. По нашим наблюдениям, доля тревожных расстройств значительно выросла в последние несколько лет.

Цель исследования: статистически подтвердить изменение клинической картины тревожных расстройств у пациентов 5-6-го отделения за период от 2012 г. до 2022 г. и выявить действительно ли тревожные расстройства стали чаще встречаться в рамках смешанного тревожно-депрессивного расстройства, произошел ли рост обращений с тревожно-фобическим расстройством и изменилась ли клиническая картина тревожных расстройств.

Критерии отбора: наличие в клинической картине тревожных расстройств, входящих в рубрики МКБ-10 F40 и F41.

Материал исследования. Были проанализированы истории болезни пациентов, проходивших лечение в условиях 5-6-го отделения за период 2012-2022 гг. с диагнозами тревожно-фобические расстройства, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (табл. 1).

Обсуждение результатов. Рост количества пациентов с тревожными расстройствами зарегистрирован с 2018 г. В 2012-2017 гг. число обратившихся с клиникой тревожных расстройств примерно одинаково и не имеет статистически значимых различий в процентном соотношении. В 2018 г. заметен резкий рост тревожно-фобических расстройств, что связано, вероятно, с трагическими событиями в ТЦ «Зимняя Вишня». В последующем (2019-2022 гг.) очевиден ежегодный прирост доли тревожных расстройств. Большую часть 2020 г. стационар 5-6-го отделения выполнял функцию места проживания для сотрудников больницы, в связи с чем статистические данные ограничены, однако даже по представленным результатам наблюдается стойкая тенденция к увеличению доли тревожных расстройств и превалирования среди них тревожно-фобических расстройств.

Таблица 1. **Распределение пациентов, пролеченных в 2012-2022 гг. с диагнозами тревожных расстройства**

Год	F40	F41.0	F41.1	F41.2	Всего с ТР	Количество пациентов	
						Абс.	%
2012	14	22	8	21	65	614	10,5
2013	31	14	11	16	72	683	10,5
2014	41	4	8	16	69	637	10,8
2015	39	7	3	7	56	623	8,9
2016	26	5	5	15	51	626	8,14
2017	21	3	8	13	45	639	7,1
2018	52	6	5	21	94	638	14,7
2019	82	9	11	16	118	696	16,9
2020	31	1	3	7	42	239	17,7
2021	83	4	7	77	171	815	20,9
2022	86	7	10	87	190	837	22,7

Данные 2021 г. также свидетельствуют о стойком увеличении количества пациентов, однако, что интересно, зарегистрировано резкое возрастание доли тревожно-депрессивных расстройств, которая фактически сравнялась с тревожно-фобическими. Данный факт мы связываем с появлением в поле зрения психиатров пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию. Наблюдения из нашей прошлой работы как раз подтверждали тот факт, что в клинической картине у пациентов с психическими нарушениями после перенесенной коронавирусной инфекции превалировала как фобическая а, так и астенодепрессивная симптоматика, сочетанная с тревогой. Как представлено в таблице 1, это подтверждается ростом по показателям рубрик F40 и F41.2. Данные 2022 г. остаются аналогичными в процентном соотношении и также показывают тенденцию к росту. Актуальные политические события, несомненно, влияют на развитие тревожных расстройств в выборке пациентов.

По материалам катамнестического исследования установлено, что клиническая картина тревожных расстройств была довольна типична и соответствовала критериям постановки диагноза по МКБ-10. Тем не менее можно отметить два временных периода, где клиника претерпевала изменения: 2018 г. отметился учащением в клинической картине проявлений агорафобии, что несомненно было связано с трагическими событиями в ТЦ «Зимняя Вишня». Пациенты высказывали жалобы на боязнь заходить в торговые центры, другие большие помещения, из которых трудно выбраться в случае ЧС, где из-за скопления людей и паники может произойти давка. В исследуемых историях болезней мы заметили жалобы пирофобического характера, что не встречалось ранее ни в качестве изолированных фобических расстройств, ни в смешанном варианте.

Второй период – это конечно же 2020 г. и 2022 г. В 2020 г. на фоне перенесенной коронавирусной инфекции появились специфические фобии, такие как нозофобия – боязнь заболеть тяжелым заболеванием, которая в свою очередь смешивалась с социофобией в силу того, что пациенты боялись покидать свои дома и контактировать с другими людьми, а также ангинофобии – боязнью задохнуться. У пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию, чаще возникали тревожные расстройства в смешанном варианте с астенодепрессивной симптоматикой. Увеличение доли тревожных расстройств в 2022 г. связано с ухудшением политической обстановки и объявлением начала СВО.

Выводы. Проведенное исследование показало, что за последние 10 лет действительно изменилось соотношение тревожных расстройств, что показано нами на примере динамики тревожных у пациентов 5-6-го отделения. В особенности заметен рост начиная с 2018 г., прослеживается зависимость от фактора техногенных ЧС. Тревожно-фобическая симптоматика несколько видоизменялась в соответствии со спецификой психотравмирующих ситуаций пациентов. В последние 2 года отмечается значительный рост доли смешанного тревожно-депрессивного расстройства за счёт обращения пациентов с психическими нарушениями в рамках постковидного синдрома.

Нужную весть извольте прочесть

Писаревич М. А.
ГБУЗ «Юргинский психоневрологический диспансер», Юрга

Сегодня во многих дошкольных учреждениях есть штатные психологи, которые наряду с педагогами оценивают готовность того или иного ребенка к школе. Но есть они не во всех садах. И не во всех детских садах на вопросы родителей: «А как вы думаете, мой ребенок к школе готов или ему еще год походить в сад?» педагог может дать внятный ответ. И вот тут перед родителями встает дилемма: отправлять ли малыша в школу и как он в ней сможет социализироваться

Начинать готовить ребенка к школе надо практически с рождения, так как в эту сферу подготовки включаются не только познавательная деятельность, но и коммуникативная, речевая. Если же брать время непосредственной подготовки к школе, то это возраст 3-4 лет. Многие знают, что у ребенка этот период – кризисный, возраст «Я сам!». Ребенок начинает позиционировать себя как личность. Это хорошее время для развития памяти ребенка. Это лучший возраст для заучивания стихотворений, для развития речевых навыков. Ребенок, пришедший в школу, должен уметь общаться со сверстниками, составлять предложения, более того,

уметь составить небольшой рассказ по картинке. Ему нужно уметь передавать свои чувства. И этому всему учат родители в первую очередь, через свой опыт, особенно это зависит от мамы, так как с первых дней жизни она передает свои чувства и эмоции через речевую коммуникацию и тактильные ощущения. Кроме того, возраст 3-4 лет – это еще и возраст почемучек. Сенситивный период открыт, когда самой природой заложено время для познания, и в этот момент очень важно не отпихивать ребенка, не говорить ему я занята, или подрастёшь сам узнаешь, а составлять диалог, разговаривая с ним как с взрослым, объясняя подробно на его вопрос. И если вопрос для вас очень сложный не бойтесь показать, что вы чего не знаете, доставайте информацию через книгу, энциклопедию или других источников, так вы показываете пример, как работать с информацией. Например, у ребенка возникает много вопросов, связанных с развитием земли, с тем, как мы приходим в этот мир, как рождаются дети, почему они рождаются. Если мы не отвечаем на вопросы своего малыша сразу, мы упускаем момент развития ребенка. Не упускайте этого главного момента, завтра уже будет поздно. Ответьте здесь и сейчас.

В этом же возрасте нужно готовить ребенка к ответственности за свои слова и поступки. Не нужно думать, что пойдя в школу, он в одночасье станет взрослым и сможет сразу отвечать за свои действия и поступки. Это процесс длительный, происходить он должен именно с участием родителей. Сегодня родители, как правило, спохватываются за полгода до начала школы, они вдруг задумываются о готовности ребенка к школе. При этом часто повторяют, что они пошли в школу не умея читать и писать сами. Наш социальный мир стремительно развивается, и то, что было вчера – это уже не актуально. А вот одна из главных задач воспитания – сделать из ребенка не только хорошую дочь или хорошего сына, но и сделать достойного гражданина нашей страны. Поэтому, чем раньше и чем больше мы начнем вкладывать в развитие духовной, интеллектуальной, гражданской, познавательной сферы ребенка, тем лучше будет для него потом. Научить его жить в нашем обществе основная задача ложится на плечи родителей и только потом, на эту основу, добавляются люди из социума – воспитатели и педагоги.

С ребенком нужно рисовать, лепить, собирать пазлы, играть в подвижные игры. Все это помогает ребенку постепенно развиваться и тем самым подготавливаться к школе. Есть много замечательных мультфильмов о школе, в момент просмотра которых можно немного рассказать о школе.А чтобы легче перерабатывалась информация у ребенка, малышей учат, когда с ними играют. Конечно, здесь нужно учитывать еще и разный тип нервной системы у детей. Кто-то может спокойно слушать информацию положенные 40 минут, а кому-то и 10 минут покажутся вечностью. Все индивидуально. Но на то мы и родители, чтобы видеть

и чувствовать своего ребенка, и если ему трудно сидеть и тихо писать цифры, то этот же самый счет можно отработать, например, в игре с мячом, при лепке, при игре в магазин и т. д.

Кроме того, нужно как можно меньше ориентироваться на оценки. Не все дети могут быть «отличниками». Не все дети могут стать гениями. Синдром «отличника» формируется тоже родителями. Когда ребенок начинает превозмогать себя и свои возможности – и в школе он должен быть «отличником», и в секции он должен быть лучшим, и в хоре ему надо лучше всех спеть – вряд ли это приведет к хорошему результату. У ребенка, как и у взрослого, может развиться синдром хронической усталости, или эффект выгорания. Ожидания родителей вовсе не означает, что ребенок будет уметь делать все и лучше всех. Здесь я бы еще хотела отметить, что нельзя никогда сравнивать своего ребенка с кем бы то ни было. Если Вася хороший футболист, то ваш малыш может быть хорошим шахматистом. Дети априори не могут быть одинаковыми.

Таким образом, ребенка в школу лучше отдавать не ранее 7 лет. Природой отведено время на игры до 7 лет. Вот и пусть он доиграет, успеет вырасти. Впереди вся жизнь: школа, институт, армия, работа. Потом времени на доигрывание не будет. Если ребенок, глядя на своих сверстников, которые уходят в школу, заявляет о своем желании учиться, то вы должны понять, что ребенок не знает, о чем он просит, но вы-то знаете. Вы знаете, что школы – это новый рубеж в его жизни, это ответственность. Повторюсь, пусть доиграет. Потом ему будет легче. Вам будет легче. Не нужно торопить его взрослеть.

Клинические особенности течения делириозного помрачения сознания у больных с органическими заболеваниями головного мозга

Рогов А.В., Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Введение. В научных трудах известных учёных описывается частое возникновение острых психозов по классическому механизму экзогенных нарушений. При этом отмечается, что аналогичная тенденция вполне может способствовать коморбидности различных соматических болезней, а также наличие той или иной степени органических церебральных изменений, которые создают условия повышенной чувствительности к внешним воздействиям. Эти патологические изменения, в свою очередь, могут провоцироваться широким набором метаболических или ишемических нарушений [1, 2, 3, 4].

Материалы и методы. Для оценки психопатологического профиля негативной и продуктивной симптоматики больных был использован опросник PANS. Всем больным были проведены лабораторные и инструментальные исследования. В исследовании были включены 78 больных. Возраст пациентов варьировал в пределах от 47 до 76 лет. Анализ распределения пациентов по возрастным показателям показал преобладание лиц, перенесших сосудистый делирий, в возрастных пределах от 47 до 76 лет. Представители этой группы составили 58,6%. Преобладали легкая и умеренная степень выраженности сосудистого делирия с наличием психомоторного возбуждения, которая составила 75,7%. Также выявлено, что 35,8% пациентов имели зависимость от табачной продукции и его суррогатов.

Выводы. Наиболее значимыми факторами риска развития сосудистого делирия у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения в позднем восстановительном периоде, явились мужской пол, возраст от 47 до 76 лет, наличие гипертонической болезни, сахарного диабета и табакокурения, сочетание которых было связано с неблагоприятным течением и исходом. Раннее выявление и учёт значимости этих предикторов позволяет своевременно применять различные стратегии для профилактики.

Список литературы

1. Fearing MA, Inouye SK: Delirium, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry. Edited by Blazer DG, Steffens DC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009, pp 229–241)
2. Martins S, Fernandes L. Delirium in elderly people: a review. Front Neurol. 2012 Jun 19;3:101. doi: 10.3389/fneur.2012.00101. PMID: 22723791; PMCID: PMC3377955.
3. MacLullich AM, Beaglehole A, Hall RJ, Meagher DJ. Delirium and long-term cognitive impairment. Int Rev Psychiatry. 2009 Feb;21(1):30-42. doi: 10.1080/09540260802675031. PMID: 19219711.
4. Gamberini M, Bolliger D, Lurati Buse GA, Burkhart CS, Grapow M, Gagneux A, Filipovic M, Seeberger MD, Pargger H, Siegemund M, Carrel T, Seiler WO, Berres M, Strebel SP, Monsch AU, Steiner LA. Rivastigmine for the prevention of postoperative delirium in elderly patients undergoing elective cardiac surgery--a randomized controlled trial. Crit Care Med. 2009 May;37(5):1762-8. doi: 10.1097/CCM.0b013e31819da780. PMID: 19325490.

Ранний детский аутизм: особенности коррекции

Самаковская О.А., Глыбина В.П.
ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер», Белово

Под аутизмом понимается спектр комплексных нарушений развития, которые могут являться причиной интеллектуальных, эмоциональных и языковых проблем, а также способностей устанавливать взаимоотношения с окружающими, уход в себя, отсутствие реакций на внешние раздражители, пассивность и сверхранимость. Основные признаки аутизма проявляются во врожденной неспособности ребенка устанавливать контакты с окружающими при помощи взглядов, мимики, жестов; стереотипности поведений. Речь идет о склонностях к постоянствам, сверхпристрастиям к различным объектам, сопротивлении к изменениям в окружающем пространстве. Дети-аутисты своеобразно реагируют на различную дискомфортную обстановку, на то, как на них с раздражением действуют впечатления. У таких детей наблюдается задержка речевого развития, причем, это не связано с тем, какой уровень развития интеллектуальности. Аутизм проявляется очень рано, в основном, это происходит до тридцатого месяца жизни.

Аутизм, возникший у ребенка в раннем возрасте, – ранний детский аутизм (РДА) или синдромом Каннера – особая аномалия психического развития ребенка, при которой имеют место стойкие и своеобразные нарушения коммуникативного поведения, эмоциональных отношений с окружающим миром. Основной признак РДА – это неконтактность ребенка, которая может обнаруживаться уже на первом году жизни, но особенно четко проявляется в возрасте 2-3 лет, когда психическое развитие имеет уже выраженные черты искаженности, нарушения носят всепроникающий характер и проявляются в особенностях моторного, речевого, интеллектуального развития. Причины аутизма взаимосвязаны с генами, влияющими на созревание синаптических связей в коре головного мозга. Многие ученые сходятся во мнении, что в большинстве случаев РДА наследственно обусловлен. Его развитие аутизма не от одного гена, а от группы генов, так называемый мультифакторный механизм. Генный комплекс обеспечивает передачу не самой патологии, а склонности к её развитию при наличии манифестного фактора – экзогенного (травма, инфекция, интоксикация, психотравма и др.) или эндогенного (возрастной криз, конституциональные особенности и др.).

Как показывает практика, у многих детей с диагнозом РДА отмечаются признаки органического поражения ЦНС. Тем не менее их генезис и квалификация определяются очень сложно. Попытки связать аутизм с определенной локализацией поражения имелись, но для того чтобы сделать конкретное заключение, накопленного материала недостаточно.

Огромное значение имеет врожденная эмоциональная хрупкость, недостаточная переносимость фрустраций, низкий порог возникновения тревоги. В данном случае в процессе воздействия каких-либо неблагоприятных внешних факторов, а именно в недостаточном эмоциональном контакте с матерью (депрессия, тяжелые травматические переживания) ребенок закрывается от внешнего мира, который он воспринимает как травмирующий. В своем «коконе» ребенок чувствует себя в большей безопасности. В результате у него с самого рождения формируется определенная структура личности, основанная на полной защите. Это в свою очередь нарушает весь ход психического развития.

Пример. Пациент 7 лет, воспитывается в полной семье. Родители очень внимательны к ребенку, заинтересованы в его развитии. Обеспечивают условия для полноценного его развития, приобретают необходимые пособия по рекомендации специалиста. Внешне ребенок опрятен, волосы чистые, прическа аккуратна. Поспешал детский сад, испытывает привязанность к матери, фразовая речь отсутствует. При первой встрече с психологом ребенок отказался от коммуникации, прятался за мать, зрительный контакт отсутствовал, на свое имя и просьбы не реагировал.

В ходе работы и исследования отмечается следующее. Игра для ребенка имеет стереотипный характер, игрушки выстраивает в ряд по размеру или цветовой гамме, сюжетная игра отсутствует. Знает отдельные буквы, но счет, письмо и чтение не доступны. В поведении расторможен, наблюдаются ситуативные агрессивные поведенческие тенденции и самоагрессия. В условиях общения быстро утомляется, истощается, что приводит к выраженному нарушению в поведении. В социально бытовом плане адаптирован плохо. Потребность в контакте с окружающими не испытывает, пытается избежать любого взаимодействия с социумом. Для поведения характерна стереотипия как противодействие всему окружающему, чтобы сохранить привычное постоянство. Например: на занятиях садится на одно и то же место, двигает лист бумаги в левый угол, карандаши раскладывает по размеру. Попытка изменить условия приводит его в беспокойство, вызывает агрессию, аутоагрессию, тревогу. Характерно покачивание на стуле, высовывание языка, круговые движения кистями рук. Возможно, это является средством защиты от неприемлемых условий. Особенности проявляются в моторике, движения угловаты, нечетко соразмерены по амплитуде. Воспринимает окружающее как единое целое, не выделяет детали. К окружающим относится безразлично, взаимодействие с ними слабое, нередко проявляет отрицательное отношение. Неспособен адекватно использовать взгляд, выражение лица, жесты для регулирования социального взаимодействия. Неспособен развивать отношение со сверстниками, обмениваться общими интересами, эмоциями.

Наблюдается отсутствие речи, которые не сопровождаются компенсаторными жестами и мимика, как альтернатива к коммуникации.

Тем не мене за время проведение коррекционной работы с ребёнком был установлен зрительный контакт, но он имеет кратковременный характер. Стал позволять дотрагиваться до его руки и делать массаж пальчиков. Выполняет некоторые задания. Для выполнения задания необходимо повторить условия выполнения неоднократно и показать наглядно. Во время работы с пациентом у него несколько раз происходит «замирание». В этот момент смотрит в одну точку и не реагирует на окружающие звуки, затем начинает раскачиваться на стуле, что является сигналом о переутомлении.

Исходя из вышеизложенного, можно говорить о невозможности обучения ребенка в условиях массовой школы, из-за стереотипии, быстрой утомляемости и невозможности полностью адаптироваться к окружающим условиям. Таким образом, может быть рекомендовано индивидуальное обучение, что избежать раздражающий фактор многочисленных контактов и создать индивидуальный подход к ребенку.

Список литературы

1. Аршатская О.С. Психологическая помощь ребенку раннего возраста при формирующемся детском аутизме. Дефектология. 2005. № 2. С. 46-67.
2. Баенская Е.Р., Никольская О.С., Лилинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Центр традиционного и современного образования «Теревинф». 1997.
3. Ковалец И.В. Основные направления работы с аутичными детьми. Дефектология. 1998. № 2. С. 63-73.

Синдром профессионального выгорания у врачей в период пандемии COVID-19

Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Яковлев А.С.
ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово

В современных условиях вопрос борьбы с «выгоранием» приобрел огромную значимость в связи с эпидемией COVID-19. Неблагоприятные психологические эффекты, воздействующие на медицинских работников, значительно усилились. Такое наблюдалось и ранее, в условиях оказания помощи при тяжелых инфекционных заболеваниях, например при эпидемии SARS, когда у врачей возникали депрессии, злоупотребление алкоголем и нарушения сна [1]. При пандемии коронавируса уже в начале апреля 2020 г. в ведущих мировых журналах стали появляться публикации о том, что медицинские работники подвергаются очень высокому психологическому риску [5].

В этих работах определено 8 источников повышенного беспокойства врачей в период распространения COVID-19. Так, пандемия коронавируса сформировала общую атмосферу настороженности и неопределенности. К числу наиболее уязвимых групп населения в силу целого ряда причин можно отнести медицинский персонал. Уже в 2020 г. ВОЗ сообщила о том, что в некоторых странах коронавирусом был заражен каждый десятый медицинский работник [1].

Результаты нашего исследования выявили высокую распространенность ПТСР среди российских медицинских работников во время вспышки вируса COVID-19. 97,9% респондентов испытывали, по крайней мере, один симптом ПТСР. Этот показатель также находился вне диапазона 10-27% вероятного и клинического диагноза ПТСР, зарегистрированного во время эпидемии Эболы в 2014-2016 гг. и при вспышке ОРВИ 2003 г. [3]. Согласно более ранним исследованиям, у медицинских работников, вероятно, развиваются неблагоприятные психологические проблемы, такие как депрессия и посттравматический стресс в результате их травматического опыта.

В нашем исследовании ОДВ дала три измерения из 8 пунктов восприятия угрозы, а именно стигматизацию/дистанцирование, страх заражения и воспринимаемый высокий риск своей работы. Ранее было доказано, что похожие ситуации связаны с неблагоприятными психологическими исходами. На основе полученных данных можно предположить, что стратегии, способствующие активному стилю совладания и обеспечивающие достаточную социальную поддержку, могут помочь уменьшить возникновение неблагоприятных психологических симптомов, таких как депрессия, тревога и стресс. Это согласуется с предыдущими исследованиями, согласно которым активное совладание и социальная поддержка были наиболее важными буферными факторами негативного психологического здоровья среди медицинских работников [2].

Умеренные и тяжелые уровни эмоционального истощения и снижения личных достижений выявлены более чем у 60% респондентов выборки, умеренные и тяжелые уровни деперсонализации – более чем у 25% [2]. Эти результаты являются новыми, поскольку, насколько нам известно, распространенность эмоционального выгорания среди медицинских работников во время пандемии COVID-19 ранее не изучалась.

Респонденты также показали очень высокий уровень тревожности, что может свидетельствовать о наличии всепроникающего состояния напряженности, которое может способствовать развитию или ухудшению симптомов эмоционального выгорания и психологического дистресса. 235 респондентов (71,2%) имели оценки состояния тревоги выше клинической границы, 88 (26,8%) – клинические уровни депрессии, 103 (31,3%) тревоги, 113 (34,3%) – стресса, 121 (36,7%) – посттравматического стрес-

са. Что касается выгорания, то 107 (35,7%) имели умеренный и 105 (31,9%) – тяжелый уровни эмоционального истощения; 46 (14,0%) – умеренный и 40 (12,1%) – тяжелый уровни деперсонализации; 132 (40,1%) – умеренный и 113 (34,3%) – тяжелый уровни снижения личных достижений [5].

Предикторами всех трех компонентов эмоционального выгорания были рабочее время, психологические проблемы, сопутствующие заболевания, страх перед инфекцией и воспринимаемая поддержка со стороны друзей.

В 10 исследованиях была отмечена важность социальной поддержки, с акцентом на необходимость усиления механизмов социальной поддержки и регулярных контактов с семьями. Их отсутствие оказывало негативное психологическое воздействие на медсестер, которые решили изолироваться от своих семей во время лечения пациентов с тяжелым острым респираторным синдромом (Торс). Соответственно, отсутствие социальной поддержки во время вспышки атипичной пневмонии привело к дискриминации со стороны социума, а также к дистанцированному поведению со стороны собственных семей медицинского персонала. Испанские врачи и медсестры, которые считали, что уровень защитных мер недостаточен, имели более высокие уровни депрессии, тревоги и острого стресса по сравнению с теми, кто воспринимал уровень защищенности как адекватный. В отличие от этого, результаты исследования во время вспышки атипичной пневмонии показали, что 96% респондентов сообщали о том, что применяемые меры индивидуальной защиты были эффективными, 93% сочли, что институциональная политика и протоколы были четкими, а 90% – своевременными [1].

Стивен Тейлор, автор книги «Психология пандемий» и профессор психиатрии в Университете Британской Колумбии, утверждает, что «для несчастного меньшинства людей, возможно, от 10 до 15%, жизнь не вернется к нормальной» из-за воздействия пандемии на их психическое благополучие.

Многие риски, связанные с благополучием медицинского персонала, недостаточно хорошо изучены. После Торс были проведены некоторые исследования в этой области, но мало что известно о психологическом воздействии во время вспышек инфекционных заболеваний. Неблагоприятные исходы, такие как выгорание, травматический стресс, напряжение, тревога и депрессивные симптомы, были зарегистрированы даже после окончания вспышки заболевания, что предполагает долгосрочные последствия после COVID-19: специфический легочной фиброз, повышенная утомляемость, одышка, боль в области грудной клетки, потеря обоняния, головные боли.

В рамках проведенных исследований было установлено, что поддержка со стороны руководителей и коллег является значительным негативным предиктором психических симптомов и ПТСР. Другие предикторы психического здоровья среди группы китайских врачей и медицинского персонала включали упорство, силу и доступность социальной поддержки. Психологическая поддержка и помощь со стороны общества по вопросам страхования и компенсации так же оказывали защитный эффект против стресса. Параллельно с этим появилась положительная обратная связь, когда консультанты попросили медицинский персонал поделиться своим опытом в том, как они справились с этой сложной ситуацией. Другое исследование показало, что позитивное отношение на рабочем месте помогло медикам пережить эпидемию. Следует отметить, что недавнее исследование обнаружили, что 36,3% (361 из 994) медицинского и сестринского персонала имели доступ к психологическим материалам, 50,4% (501) обращались за информацией к психологическим ресурсам через средства массовой информации, 17,5% (174) участвовали в консультировании или психотерапии. Таким образом, разработка стратегий совладания, по-видимому, включала в себя предпочтения ВПЦ, которые различались в разных культурах и в разных медицинских профессиях.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют о том, что медицинские работники имели высокий риск возникновения эмоционального выгорания или психологических состояний из-за пандемии COVID-19. Постоянный мониторинг и своевременное лечение этих состояний необходимы для сохранения здоровья специалистов и повышения готовности мировых систем здравоохранения к средне- и долгосрочным последствиям вспышки вирусных заболеваний.

Список литературы

1. Фишхофф, Б. Психология коронавирусной тревоги. [Электронный ресурс]. URL: https://www.apa.org/research/action/speaking-of-psychology/coronavirus-anxiety. (дата обращения 17.06.2023).
2. Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang YT, Liu Z, Hu S, Zhang B. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. Lancet Psychiatry. 2020 Apr;7(4):e17-e18. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30077-8. Epub 2020 Feb 19. PMID: 32085841; PMCID: PMC7129099.
3. Mazza C, Ricci E, Biondi S et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. Int J Environ Res Public Health. 2020 May 2;17(9):3165. doi: 10.3390/ijerph17093165. PMID: 32370116; PMCID: PMC7246819.
4. Ceban F, Ling S, Lui LMW et al. Fatigue and cognitive impairment in post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2022 Mar;101:93-135. doi: 10.1016/j.bbi.2021.12.020. Epub 2021 Dec 29. PMID: 34973396; PMCID: PMC8715665.

5. Moccia L, Janiri D, Pepe M et al. Affective temperament, attachment style, and the psychological impact of the COVID-19 outbreak: an early report on the Italian general population. Brain Behav Immun. 2020 Jul;87:75-79. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.048. Epub 2020 Apr 20. PMID: 32325098; PMCID: PMC7169930.

Характеристика структуры психических расстройств у участников СВО, обратившихся за медицинской помощью

Селезнева Н.В., Дербенева Н.А., Любченко М.В.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Цель исследования: изучить структуру психических расстройств у участников СВО, обратившихся за медицинской помощью в диспансерное отделение ГБУЗ ККПБ.

Материалы и методы. Нами были изучены 29 случаев первичного обращения за медицинской помощью к врачу-психиатру в ГБУЗ ККПБ участников СВО в период с 21.09.2022 (начало частичной мобилизации в РФ) по 31.08.2023 г. В работе использованы клинико-психопатологический, математико-статистический методы.

Результаты и обсуждение. По направлению от врачей-интернистов (невролог, терапевт) обратилось 15 участников боевых действий, остальные 14 самостоятельно. По результатам исследования установлено, что средний возраст комбатантов составил 32 года (21-55 лет). Распределение комбатантов по типу прохождения службы показало преобладание мобилизованных в Вооруженные Силы РФ (n=22) по сравнению с добровольцами (n=4) и контрактниками (n=3). Время пребывания в зоне СВО у большинства (n=20) составляло от 4 до 6 месяцев, реже встречались случаи с пребыванием до 3 месяцев (n=7) и от 7 до 9 месяцев (n=2). Максимальный срок пребывания в зоне СВО составил 9 месяцев. Большинство обратившихся в диспансер комбатантов получили ранения различной степени тяжести (n=20) и ЧМТ (n=15), в том числе в одном случае тяжелая ЧМТ.

Симптомы ПТСР в той или иной степени выраженности наблюдались у всех обратившихся. Самыми частыми жалобами были расстройства сна (n=26), постоянное чувство тревоги (n=21), стойко пониженный фон настроения (n=19), реже высказывались жалобы на частые головные боли (n=3) и агрессивное поведение (n=8). Диагноз ПТСР был установлен большинству (n=26) обратившихся. По 1 случаю диагностированы органическое аффективное расстройство, деменция в связи со смешанными заболеваниями, острое полиморфное психотическое расстройство.

Согласно классификации ПТСР, у обратившихся комбатантов были выделены следующие типы: тревожный (n=22) – в виде частых приступов тревоги и нарушений сна, дисфорический (n=1) – с преобладанием раздражительности, агрессии, обидчивости, недовольства окружающими, депрессивный (n=2) – с погруженностью в мрачные мысли, эмоциональной неустойчивостью, паническими атаками, соматоформный (n=1) – дисфункций внутренних органов и систем.

Тревожный тип ПТСР характеризовался симптомами тревоги, раздражительности, внутренней напряженности, навязчивыми тревожными мыслями по поводу травмирующей ситуации, расстройствами сна, кошмарными сновидениями. В вечерне-ночное время нередко возникали приступы паники с чувством нехватки воздуха. В том числе отмечались и соматические симптомы: сердцебиение, потливость. Пациенты с данным типом охотно вступали в беседу с врачом, подробно рассказывали о своих переживаниях, активно искали помощи. В стационар ГБУЗ ККПБ из 22 обратившихся было госпитализировано 13. Всем пациентам были назначены препараты группы производных бензодиазепина, антидепрессанты группы СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин), нормотимики (карбамазепин, препараты вальпроевой кислоты), антипсихотические средства (хлорпротиксен, тиоридазин, кветиапин).

Дисфорический тип ПТСР характеризовался симптомами раздражения вплоть до вспышек ярости, появлявшихся на фоне угнетенно-мрачного настроения. Пациент на приеме выглядел мрачным, замкнутым, с большим трудом говорил о своем состоянии. В диспансер пришел в сопровождении родственников, которые были обеспокоены его поведением и инициировали обращение. Был госпитализирован в стационар ГБУЗ ККПБ. Получал лечение хлорпротиксеном, кветиапином, пароксетином, бромдигидрохлорфенилбензодиазепином.

Депрессивный тип ПТСР проявлялся в виде стойкого понижения настроения, ангедонии, нарушений сна с кошмарными сновидениями. Оба пациента были госпитализированы в стационар ГБУЗ ККПБ. Получали лечение антидепрессантами группы СИОЗС (флувоксамин, пароксетин), препараты группы производных бензодиазепина, нормотимики.

Соматоформный тип ПТСР выражался неприятными ощущениями в теле, болями в области головы и сердца, неприятные телесные ощущения сопровождались тревогой, беспокойством, приступами паники, вызванными зачастую переживаниями о наличии тяжелой болезни. Ожидание тревоги превалировало над страхом пережитого травмирующего события. Пациент был госпитализирован в стационар ГБУЗ ККПБ. Проводилось лечение трициклическими антидепрессантами (амитриптилин), «малыми» нейролептиками, нормотимиками (препараты вальпроевой кислоты).

8 пациентов с ПТСР выписаны с клиническим улучшением и вернулись в зону СВО для продолжения службы. Оставшиеся (n=21) продолжили лечение у различных врачей-специалистов, часть из них (n=3) нуждались в дальнейшем наблюдении у психиатров.

Заключение. В структуре психопатологических расстройств у комбатантов преобладал тревожный тип ПТСР. Более чем в половине случаев пациентам потребовалось стационарное лечение в ККПБ. Препаратами выбора при проводимой терапии были антидепрессанты группы СИОЗС (пароксетин, эсциталопрам, флувоксамин), бензодиазепины, гидроксизин и «малые» нейролептики (тиоридазин, хлорпротиксен). Большинство обследуемых помимо ПТСР имело сопутствующую соматическую, неврологическую патологию. У троих пациентов были выявлены тяжелые психические расстройства, требующие дальнейшего наблюдения и лечения у врача-психиатра.

Суицидальное поведение подростков в практике врача-психиатра

Синкина О.А., Черных Э.А.
ГБУЗ «Киселёвский психоневрологический диспансер», Киселёвск

Проблеме суицидального поведения уделяется особое внимание на протяжении длительного времени. По данным ВОЗ, 20% самоубийств в мире приходится на подростковый и юношеский возраст. Число же суицидальных действий и намерений гораздо больше. В России за последние 6-7 лет частота суицидов составила 19-20 случаев на 100 тысяч подростков. Аналогичный средний показатель в мире – 7 случаев на 100 тысяч. Это выводит нашу страну на одно из первых мест в списке государств, где подросткам наиболее свойственно суицидальное поведение. Поэтому столь важно понять, что подростковый суицид сложнее, чем может показаться на первый взгляд. Период подросткового возраста в психологии характеризуется как кризисный период. Это момент перехода из детства во взрослую жизнь. Подросток – это уже не ребенок, но еще и не взрослый. У него появляется «чувство взрослости», а новых смыслов, ценностей взрослой жизни, форм взаимодействия во взрослом мире – еще нет. Ведущей деятельностью в этот период является общение со сверстниками. Быть принятым в своем окружении друзьями и одноклассниками становится гораздо значимее и важнее, чем у взрослого человека. Сложный кризисный период подросткового возраста характеризуется не только внутренними конфликтами самого ребенка, но и появление огромного количества конфликтов с окружающим миром, пока для него не понятным, неясным, пугающим.

Попытка войти в новый, взрослый мир связана с проблемами, которые подросток не в силах решить самостоятельно и не в силах объяснить это окружающим. Самоубийство подростка чаще всего рассматривается как результат того, что крик о помощи не был услышан вовремя, но кроме того, это поступок, при помощи которого юноша или девушка пытается привлечь к себе внимание. Подростки, как правило, более чувствительно, более сердито и импульсивно реагируют на события, чем люди из других возрастных групп. Наконец, внушаемость подростков и их стремление подражать другим, в том числе тем, кто пытается покончить с собой, может создать почву для суицида.

За помощью к детскому врачу-психиатру КПНД в 2022 г. после суицидальной попытки обратилось 4 пациентки. У всех обратившихся суицидальная попытка была совершена на фоне имеющегося психического расстройства. У двоих диагностирован депрессивный эпизод, у одной – смешанное тревожное и депрессивное расстройстве, у одной – умственная отсталость

У всех пациенток выделены общие факторы, способствовавшие совершению суицида: акцентуации характера (эгоцентризм, несамостоятельность, неумение планировать, слабое противостояние проблемам, признание только крайних позиций, т.е. черное-белое мышление в связи с недостатком опыта и знаний, фрустрированость потребности в безопасности, личных достижениях, доверии и дружбе, убеждение, что душевное страдание никогда не закончится), асоциальная или неполная родительская семья, длительные конфликты со сверстниками на протяжении от нескольких недель до нескольких лет. Выявлены дополнительные факторы, способствовавшие совершению суицидальных попыток: стрессовые ситуации (две пациентки накануне переживали отвергнутую любовь, разрыв отношений), прием алкоголя на фоне сложной жизненной ситуации (одна из пациенток совершила суицидальную попытку в алкогольном опьянении), индуцирование суицидального поведения СМИ (у одной из пациенток появилось мрачное состояние и суицидальные мысли после просмотра фильма, содержащего сцены суицида). Реализующие факторы способны вызвать переход суицидального процесса на завершающий этап. Т.е. в большинстве случаев суицидальные действия спровоцированы негативным воздействием стрессов в личной жизни, которые представляют собой критические жизненные события и приводят к реализации суицидальных намерений. У пациенток КПНД реализующим фактором явилась острая конфликтная ситуация с семьей/сверстниками (обиды, непонимание, недоверие), произошедшая непосредственно накануне попытки суицида. На прием к психиатру все пациентки обратились уже после совершенной попытки суицида (на 1-2-е сутки после попытки).

Лечение осуществлялось в стационарных условиях. Кроме медикаментозного лечения проводились мероприятия, снижающие последствия и уменьшающие вероятность повторного суицида, социальная и психологическая реабилитация суицидентов и их социального окружения. При поступлении и перед выпиской психологом проведена оценка проявлений депрессии по шкале Монтгомери-Асберг, экспресс диагностика суицидального риска. По результатам патопсихологической диагностики составляется программа психокоррекционной помощи подростку, имеющему риск самоповреждающего поведения и признаки кризисного состояния. Цель психологической помощи – уменьшение дистресса (разрешение актуального кризиса) посредством индивидуальных тренинговых мероприятий, направленных на формирование самопринятия, позитивного отношения к себе, повышение самооценки и самоконтроля, обретение навыков адекватно оценивать проблемные ситуации и разрешать жизненные проблемы, развитие навыков бесконфликтного и эффективного общения, укрепление стрессоустойчивости и эмоционально-волевой саморегуляции путем освоения методик переключения.

После выписки из стационара пациентки взяты на диспансерное наблюдение детского врача психиатра. На амбулаторном этапе продолжается активная работа с подростками и их семьями для предупреждения воздействия стрессовых факторов, провоцирующих повторную суицидальную попытку. С этой целью участковый врач-психиатр дает информативно-конструктивные рекомендации: создание благоприятной эмоционально-психологической атмосферы в окружении ребенка (в семье, школе, классе); насыщенность жизни яркими событиями, дающими подростку возможность достичь успеха, проявить себя и почувствовать свою значимость (социальные проекты, творческие акции и т.д.); возможность доверительного общения подростка с родителями и педагогами, искренний интерес со стороны взрослых к событиям жизни, чувствам и переживаниям подростка; помощь и поддержка в решении проблем и преодолении трудностей; устойчивые и значимые для подростка социальные связи, прежде всего семейные; контроль использования ребенком интернет-ресурсов. Профилактическая работа детского психиатра осуществляется не только в стенах врачебного кабинета, но и на выездных диспансерных осмотрах в детских поликлиниках, школах, детских домах-интернатах, во время проведения которых осуществляется первичное выявление подростков с наличием биологических, личностно-психологических, клинических и социальных детерминант суицидального поведения (групп риска суицидального поведения) и первичная диагностика суицидоопасных состояний. В случае выявления будет проводится обеспечение лицам, входящим в группы риска суицидального поведения, адекватной медико-психологической и медико-социальной помощи.

Детским психиатром совместно с медицинским психологом КПНД проводятся профилактические беседы, лекции, дни здоровья, рассчитанные на детско-подростковую аудиторию в образовательных учреждениях.

Свойственные переходному возрасту фиксация на собственном «Я», склонность к самоанализу, переоценке ценностей, увлечение проблемами смысла жизни, поиск своего места в ней вместе с бескомпромиссностью, однозначностью оценки, большим влиянием эмоций, по существу, делают подростков группой повышенного риска в отношении трудных, с их точки зрения, ситуаций путем самоубийства. Проблема профилактики самоубийств чрезвычайно сложна, но прогноз суицидального поведения у детей и подростков может быть благополучным при комплексной медико-психологической терапии. Активное участие в профилактике должны принимать родители и родственники. Предупреждение суицидального поведения подростков включает в себя устранение факторов риска. Важно установить с ребенком доверительные отношения, обучить его способам решения конфликтов, справляться со стрессовыми ситуациями. Все происходящие внешние и эмоциональные изменения ребенка должны тщательно отслеживаться родителями, чтобы незамедлительно обращаться к врачу при первых симптомах ненормального поведения. Врачам в свою очередь необходимо вовремя провести диагностику, оценить наличие предрасполагающих факторов риска совершения суицида, начать медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Раннее выявление психических нарушений у подростков-призывников – приоритетное направление в сохранении психического здоровья

Синкина О.А., Черных Э.А.
ГБУЗ «Киселёвский психоневрологический диспансер», Киселёвск

Состояние здоровья подростков призывного возраста – серьезная социальная, психологическая и медицинская проблема. Значительное влияние на здоровье допризывной молодежи оказывают социально-демографические и экономические факторы, семейно-бытовые и морально-психологические условия жизнедеятельности. Неблагоприятное воздействие даже одного из этих факторов может спровоцировать рост нервно-психической заболеваемости. Психические расстройства стабильно занимают ведущее место в структуре заболеваний, послуживших причиной освобождения юношей от призыва на военную службу. Поэтому состояние психического здоровья призывников и военнослужащих является проблемой государственного значения, занимая доминирующее положение в системе обеспечения обороноспособности страны.

В связи с вышеуказанным возрастает роль своевременной оценки психического статуса, диагностики отклонений и обоснованного вынесения в отношении юношей призывного возраста клинико-экспертного диагноза с позиции военно-врачебной экспертизы.

При обследовании призывников соблюдаются следующие принципы: комплексность (взаимодополняющее использование разных методов исследования), конкретность (зависимость используемых методов и схем обследования от его цели и характера), индивидуальность (зависимость используемых методов и схем обследования от конкретного освидетельствуемого и вида патологии), законность (проведение обследования призывников в соответствии с действующим законодательством, в частности Законами РФ «О воинской обязанности и военной службе», «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании», «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»).

Наиболее информативным при проведении массового обследования, медицинском освидетельствовании призывников является клинико-психопатологический метод. Клинико-психопатологическое исследование осуществляется путем опроса призывника и наблюдения за ним. Оно включает анализ субъективных (со слов освидетельствуемого) и объективных (от родителей, из характеристик) анамнестических сведений, а также оценку психосоматического здоровья освидетельствуемого. Опрос является основным приемом клинико-психопатологического исследования в связи с тем, что подавляющее число психопатологических проявлений выражается в субъективных переживаниях больного.

Неразрывно связано с опросом и дополняет его наблюдение за освидетельствуемым. Иногда внешний вид и осмотр призывника (наличия рубцов, странгуляционных борозд, прикусов, следов инъекций, татуировок и т.д.) являются основным источником информации о состоянии его психического здоровья.

При проведении военно-врачебной экспертизы должны соблюдаться принципы диагностики психических расстройств в подростковом возрасте: распознавание психических заболеваний должно основываться на совокупности данных, с учетом значительного усложнения клинической картины под влиянием возрастного фактора, осторожность в установлении окончательного диагноза до завершения пубертатного криза, для точной диагностики необходимо использование клинических критериев, построенных на четком дифференцировании симптоматики, учитывая, что практически все подростковые психопатологические феномены имеют свои непатологические аналоги, важным звеном является отграничение психических расстройств от неболезненных кризовых или социогенных проявлений, педагогической или социальной запущенности, многоуровневость клинических картин в подростковом возрасте определяет

адекватность использования структурного диагноза и позволяет соотнести между собой нозологию, структуру и динамику возрастной патологии, количественные и качественные характеристики криза созревания, личностные расстройства, искажение и дефицитарность развития, типы социализации личности, реагирования и поведения.

Трудности диагностики в этом возрасте, высокий риск гипердиагностики заставляют искать самые убедительные доказательства психической патологии.

Таблица 1. **Структура психической патологии у лиц призывного возраста, обследованных в Киселевском психоневрологическом диспансере**

Выявленное психическое расстройство	Распределение призывников по годам					
	2020 г. (n=34)		2021 г. (n=33)		2022 г. (n=31)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Умственная отсталость легкой степени	18	52,9%	18	54,5%	17	54,8%
Невротическое расстройство	5	14,7%	3	9,1%	6	19,3%
Расстройство личности	3	8,8%	3	9,1%	4	12,9%
Органические психические расстройства	5	14,7%	5	15,2%	-	
Биполярное аффективное расстройство	-		-		1	3,2%
Признан психически здоровым	3	8,8%	4	12,1%	3	9,7%

Примечание. По данным 2022 г. умственная отсталость лёгкой степени – у 16, глубокой степени – у 1.

Доминирующим нарушением психического здоровья у призывников, обследованных в 2020-2022 гг. в условиях КПНД, является умственная отсталость. При этом в 2020 г. у 9 из 18 призывников УО была диагностирована до наступления призывного возраста, в связи с чем большинство из них обучались в коррекционных школах. Еще 9 обследуемым диагноз УО выставлен первично. Определены показатели (абс.) несколькими годами ранее установленного диагноза или впервые поставленного диагноза УО у призывников: в 2021 г. – 11 и 7, в 2022 г. – 12 и 5. Анализ полученных данных о наличии психических расстройств (на примере умственной отсталости) свидетельствует о том, что выявление психической патологии у призывников более чем в трети случаев происходит только на момент первоначальной постановки граждан на воинский учет при достижении 17-летнего возраста.

Показатели заболеваемости в группах органических заболеваний и психогенно обусловленных состояний (аномалии личностного развития, поведенческие и эмоциональные нарушения) за 2020-2022 гг. имеют меньшие величины, чем показатели выявления заболеваемости подростков с умственной отсталостью. В то же время за данный период среди обследуемых юношей призывного возраста не выявлено лиц с шизофренией, другими расстройствами шизофренического спектра, психотическими расстройствами. Снижение уровня психического здоровья лиц призывного возраста прежде всего характеризуется повышением распространенности и выявляемости показателей умственной отсталости. С другой стороны, представленные данные продемонстрировали недостаточную выявляемости психической патологии в детском возрасте, несмотря на проведение обязательной диспансеризации, включающей осмотр врача-психиатра при поступлении ребенка в образовательные учреждения, и целесообразность повышения уровня подготовки врачей первичного звена (педиатров) по ранней диагностике задержек психического развития и их своевременной коррекции выявленных нарушений.

С помощью анализа анамнестических данных призывников, обследованных в 2020-2022 гг., получена развернутая характеристика социально-бытовых условий проживания подростков призывного возраста. 11,6% из них воспитывались в неполных семьях, чаще одним родителем (матерью), 10,7% являлись сиротами, 59,7% семей имели низкий достаток, непостоянную трудовую занятость и ограниченность социальных услуг, 41,4% семей были многодетными. Патология течения беременности и родов выявлена у большинства (75,8%) матерей призывников с психической патологией. Травмы (ушибы, переломы), операции, черепно-мозговые травмы в анамнезе имелись у 3,2% призывников. Уровень образования призывников: посещали детские дошкольные учреждения – 55,7%, никогда не учились в школе или окончили 1 класс – 4,2%, оставались на повторное обучение в одном классе – 43,9%, обучались по коррекционной программе – 34,6%, окончили 9 классов – 89,1%, получили неполное среднее образование – 41,4%, среднее образование – 6,1%, среднепрофессиональное – 1,5%, в период призыва получали среднеспециальное образование – 18,5%, являлись студентами вузов – 1%.

Заключение. Приведенные выше данные о выявлении психической патологии в ПНД Киселевска еще раз подтверждают важность предупреждения, своевременного выявления и лечения психических расстройств у детей и подростков. Это обусловлено тем, что состояние здоровья, в том числе психического, и образ жизни молодых поколений – объективная предпосылка успешного развития любого государства, его способности к решению внутренних и внешних проблем, ведь трудовые ресурсы страны, её безопасность, политическая стабильность, экономиче-

ское благополучие и морально-нравственный уровень населения непосредственно связаны с состоянием здоровья детей, подростков, молодежи. Одним из аспектов данной проблемы является изучение психического и наркологического здоровья подростков и призывного контингента.

Соматоневрологический статус больных шизофренией на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга

Сорокина В.А.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Действие органического фона на шизофренический процесс широко описано в психиатрической литературе. При этом органический процесс не провоцирует шизофрению, но существенным образом изменяет её клинику и течение.

Исследование 100 больных, находившихся на стационарном лечении, проведено на базе ГБУЗ ККПБ. В исследуемую группу включены больные с подтвержденным диагнозом шизофрении на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга. Все больные исследуемой группы в стационаре были осмотрены невропатологом. Они предъявляли жалобы на головную боль (42,0%), быструю утомляемость (60,0%), плохую переносимость жары, душных помещений, езды в общественном транспорте (72,0%), нарушение сна (63,0%), общую слабость (7,0%). Отмечались жалобы, характерные для поражения вегетативной нервной системы: потливость, сердцебиение, субфебрильная температура, ознобы, дрожь и выявлялись соответствующие симптомы – гипергидроз (40,0%), стойкий красный дермографизм (53,0%), акроцианоз (22,0%), извращенный глазосердечный рефлекс Ашнера (15,0%). При неврологическом исследовании у большинства (n=97, 97,0%) больных выявлялась диффузная неврологическая микросимптоматика – подергивание глазных яблок (нистагмоид), анизокория, слабость конвергенции, асимметрия носогубных складок, асимметрия сухожильных и вялость брюшных рефлексов. У 3 больных не обнаружено четких неврологических симптомов при указании на экзогении в анамнезе (хроническая внутриутробная гипоксия плода – 1 наблюдение, сотрясение головного мозга с потерей сознания – 2 наблюдения). Офтальмоскопическое исследование было проведено всем больным из исследуемой группы. У 37 (37%) больных на глазном дне выявлены изменения сосудов сетчатки в виде расширения и полнокровия вен, нарушения хода и калибра сосудов, у 18 (18%) – гиперемия и отек соска зрительного нерва в сочетании с расширением и извитостью вен сетчатки.

В ходе ЭЭГ-исследования у 84 из 89 больных (94,38%) отмечены диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. У 5 больных (5,62%) были нормальные ЭЭГ. Степень нарушения ЭЭГ оценивалась как умеренная у 47 больных (55,95%), как значительная – у 3 (27,38%). Легкие общемозговые изменения обнаружены у 14 больных (16,67%). Пароксизмальная активность регистрировалась на ЭЭГ в 4 случаях (4,49% из всех больных, кому было проведено ЭЭГ-исследование), в клинической картине этих больных наблюдались полиморфные эпилептические пароксизмы. ЭхоЭГ-исследование обнаружило признаки гидроцефалии мозга у 29 больных (32,58%) в виде расширения желудочковой системы, увеличения амплитуды эхопульсации.

При краниографическом исследовании 56 больных (56,0%) костной патологии не обнаружено в 42 случаях (75,0%), у 8 больных (14,29%) на рентгенограммах черепа выявлены симптомы, которые являются следствием повышения внутричерепного давления: диффузное истончение костей, уплощение основания черепа, пальцевидные вдавления, увеличение размеров черепа, диффузные изменения сосудистого рисунка, в 2 случаях – микроцефалия (3,57%), в 1 случае (1,78%) – пиргоцефалия («башенный череп»), в 3 случаях (5,36%) – местные обызвествления как следствие перенесенных микроинсультов и травматических геморрагий.

Отоларингологическое обследование проведено 8 больным с заболеваниями слухового анализатора в анамнезе. Все они страдали вербальным галлюцинозом. При этом 3 больных (37,5%) страдали односторонней кондуктивной тугоухостью вследствие хронического гнойного отита, у 2 больных (25,0%) поражения слуха не выявлены, у 2 больных (25,0%) установлено одностороннее отсутствие слуха, 1 больная (12,5%) страдала нейросенсорной тугоухостью после перенесенной нейроинфекции.

Все больные, страдающие шизофренией на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга, были осмотрены терапевтом. Соматически здоровыми оказались лишь 16 больных (16,0%), остальные (84,0%) имели одно или несколько хронических заболеваний внутренних органов, но лишь у 39 больных (39,0%), которые еще до возникновения шизофрении перенесли тяжелые хронические заболевания внутренних органов или хронические инфекционные процессы, выявлено 63 соматических и инфекционных заболевания. У больных шизофренией с соматической отягощенностью в анамнезе встречается широкий спектр заболеваний внутренних органов, являющихся причиной церебрально-органической недостаточности, на которой в дальнейшем развивается эндогенный процесс. Это заболевания, вызывающие хроническую интоксикацию и гипоксию, нарушающие обменные процессы головного мозга – инфекционные и паразитарные заболевания, патология ЖКТ, органов дыхания, кровообращения, эндокринной системы (77,7%).

Результаты обследования больных исследуемой группы подтверждают диагноз органическое заболевание ЦНС резидуального характера. Все больные были осмотрены терапевтом, невропатологом, окулистом. Симптомы, характерные для органической недостаточности головного мозга, выявлены в 39,0-97,0%. Из инструментальных методов исследования наиболее часто использовались ЭхоЭГ, ЭЭГ. Патологические признаки, церебрально-органической недостаточности выявлялись с частотой 32,58% при проведении ЭхоЭГ и 94,38% при проведении ЭЭГ.

Таким образом, наличие преморбидной органической недостаточности головного мозга у больных, страдающих шизофренией на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга, подтверждено анамнестически, данными результатов осмотра специалистами и дополнительными методами обследования.

Повышение доступности специализированной психиатрической помощи путем телекоммуникационных консультаций

Старостенко С.И., Тюменцев Ю.П., Меронцев Ф.А., Ларина И.А., Волкова Н.Н.

ГБУЗ «Ленинск-Кузнецкая психиатрическая больница», Ленинск-Кузнецкий

Актуальным направлением современной психиатрии является поиск и разработка усовершенствованных форм деятельности психиатрической службы, повышение качества жизни пациентов с психическими расстройствами, повышение доступности психиатрической помощи, её сближение с общей медициной. Использование телемедицинских технологий поможет решить указанные проблемы и может стать дополнением очным консультациям врача-специалиста. Существуют две основные модели организации телемедицинской помощи «врач-пациент» и «врач-врач». ФЗ от 29.07.2017 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья» отмечает тенденцию увеличения продолжительности жизни, что влечёт за собой рост числа пациентов с хроническими заболеваниями, при этом в клинической картине болезни встречаются психические или психологические расстройства.

Начиная с 2017 г. по запросу ГБУЗ ЛКПБ периодически проводились телемедицинские консультации (1-2 раза в год). В октябре 2022 г., после того как была установлена специальная программа, консультации стали проводиться на регулярной основе, кроме общепринятого разделения «врач-врач». Телемедицинские консультации включают удаленную диагностику и удаленный контроль.

В ГБУЗ ЛКПБ осуществляется несколько направлений применения медицинских дистанционных технологий

1. Медицинская организация направляет запрос коллегам психиатрам или наркологам в другую больницу (областную или клиническую) или в НИИ; проведено 9 таких консультаций: 2 – областной наркологический диспансер, 5 – Кемеровская клиническая психиатрическая больница (включая двух пациентов детского возраста), 2 – НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.В. Сербского (по поводу одного больного после первой консультации были запрошены дополнительные документы, после представления которых через 4 дня проведена повторная консультация).

2. Запрос направляется в медицинское учреждение общесоматический сети или в учреждение, оказывающее специализированную помощь по другим нозологиям с целью уточнения коморбидности и коррекции лечения. Выполнено 3 таких консультирования в формате «врач-врач»: 2 – в отношении больных, которые были переведены из соматических больниц или поступили сразу после выписки, так как страдали сопутствующими хроническими заболеваниями – требовалась коррекция соматического состояния; 1 больной с ЧМТ и ОМНК в анамнезе утерял документы о лечении (выписка из медкарты, назначение лечения, результаты исследований) – для восстановления общей клинической картины понадобилась телемедицинская консультация.

3. Самую большую группу составили телемедицинские консультации, которые ГБУЗ ЛКПБ осуществляла по запросу больниц общесоматической сети и по запросу пациентов (соответственно таких консультаций было 33 и 2). Так, организована телемедицинская консультация и обратившемуся пациенту предоставлена информация о результатах обследования, наличии заболевания, установленном диагнозе, прогнозе. По запросу пациента, не согласного с установленным ранее психиатрическим диагнозом, в заключении рекомендовано обратиться для психиатрического освидетельствования и подтверждения пригодности к работе по состоянию психического здоровья в Кемеровскую клиническую психиатрическую больницу.

Всего проведено 31 консультирование, в том числе 7 – пациентам, проходящим лечение в соматических отделениях и имеющим психические расстройства, ранее не обследованным у психиатров с целью коррекции лечения психотропными препаратами. В 5 случаях консультации проведены пациентам по запросу участкового терапевта, больные имеют амбулаторную карту, находятся под консультативным наблюдением у психиатра, консультации проводились с целью коррекции лечения. В остальных 19 случаях запрос на консультацию был связан с предоставлением необходимых документов на МСЭ (невропатологами и травматологом), включая заключение психиатра.

В 2 случаях консультация проводилась с участием пациента, в 11 случаях по причине того, что по материалам предоставленных документов не удалось установить степень тяжести психических расстройств, было назначено посещение пациента на дому, после проведения визита было дано заключение.

По нозологиям пациенты, которым проводилось телемедицинские консультации, распределились следующим образом: 2 – диагноз не был выставлен, 2 – диагностированы невротические расстройства (F41.2; F43.1), 26 – диагностированы органические расстройства с различной выраженностью психических расстройств и когнитивных нарушений.

Анализ проведенных телемедицинских консультаций показывает, что возможность передачи медицинской информации о состоянии психического здоровья пациента по электронным каналам связи расширяет возможность оказания специализированной психиатрической помощи, особенно маломобильным пациентам, на базе ГБУЗ ЛКПБ. Наряду с этим выявилась слабая оснащенность общесоматической сети средствами телекоммуникации. По нашему мнению, каждый участковый врач, может быть оснащен телемедицинской аппаратурой с запущенным каналом связи для возможности организации консультации у постели больного.

Особенности аффективных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией и сочетанной аддиктивной патологией

Султанова А.Н., Шестакова Е.С.
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск

Актуальность. Аффективные нарушения, закрепленные в качестве наиболее часто наблюдаемых среди большого количества синдромов современной психиатрии, являются одним из значимых диагностических критериев, а также позволяют в динамике наиболее полно оценивать состояние пациентов и течение тех или иных психических расстройств. При этом именно аффективные нарушения, несмотря на относительную изученность в психопатологической практике, представляют собой достаточно актуальную проблему, вызывающую озадаченность ученых и клиницистов в связи с увеличением частоты встречаемости в популяции, выраженности и тяжести последствий [1]. Наряду с этим выделяется сопутствующая аффективным нарушениям и не менее значимая проблема – патологическое аддиктивное поведение. Несмотря на меры по предупреждению злоупотребления ПАВ, распространенность диагнозов рубрики F10-19 МКБ-10 неуклонно растет.

Взаимосвязь аддикции как устойчивого паттерна поведения, позволяющего уйти от реальности путем изменения психического состояния, и аффективных нарушений ныне неоспорима в широком контексте [2]. При этом в психиатрии по-прежнему остаются белые пятна в вопросах коморбидности данных психопатологий и вытекающих из этого особенностей. Наиболее значимы данные исследования для уязвимой к перечисленным явлениям категории пациентов, а именно с установленным диагнозом параноидной шизофрении (F20.0 по МКБ-10), поскольку в картине упомянутого психического расстройства эндогенной природы встречаются аффективные симптомы, которые могут быть причиной или следствием синдрома зависимости от ПАВ.

Цель исследования: выявление особенностей аффективных нарушений у лиц с параноидной шизофренией (F20.0 по МКБ-10), коморбидной алкогольной (F10.0 по МКБ-10) и каннабиноидной зависимостью (F12.0 по МКБ-10).

Материалы и методы. Отбор участников и проведение исследования производились с февраля по май 2023 г. на базе ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская клиническая психиатрическая больница № 3». После рандомизации в исследование были включены 20 пациентов с клинически установленным диагнозом «параноидная шизофрения». Общая выборка была разделена на две части с целью выявления особенностей: в 1-ю подгруппу вошли 10 пациентов с коморбидной алкогольной зависимостью (F10.0 по МКБ-10), во 2-ю подгруппу – 10 пациентов с коморбидной каннабиноидной зависимостью (F12.0 по МКБ-10). Длительность заболевания в обеих подгруппах составила в среднем 7 лет. Разброс по возрасту был 24±9 лет. Все участники исследования принимали адекватную психофармакотерапию. Использовалось информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось на этапе отсутствия острой психотической симптоматики (более 3 месяцев), интоксикации, вызванной употреблением ПАВ. Использовано психодиагностическое тестирование: клинико-катамнестический метод, тест тревожности Спилбергера-Ханина, Шкала депрессии Бека, методика Басса-Дарки для выявления особенностей агрессивности. Расчеты и анализ данных проводились на базе пакетов прикладных программ Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Результаты исследования. Согласно методике Спилбергера-Ханина определено, что в 1-й подгруппе пациентов с коморбидной алкогольной зависимостью ситуативная тревожность менее выражена, чем во 2-й подгруппе пациентов с коморбидной каннабиноидной зависимостью (33,55±4,35 и 37,14±4,93), однако оба параметра находятся в пределах средних значений, что объясняется нами влиянием условий исследования, которое проводилось в знакомой и привычной обстановке.

Личностная тревожность в 1-й подгруппе на порядок выше, чем во 2-й (46,23±1,27 и 34,22±5,12; p=0,085). Объяснение этого результата продиктовано особенностями эмоционального фона пациентов: во время исследования могли проявиться воспоминания, связанные с жизнью в употреблении, что способствовало проявлению высокой личностной тревожности в 1-й подгруппе. Данная интерпретация подтверждается результатами, полученными по методике Бека. В 1-й подгруппе средний показатель по шкале депрессии выражает депрессию умеренной степени тяжести (17,98±2,06). С помощью статистического анализа данный результат был сравнен со средним значением во 2-й подгруппе (10,68±3,33), которое находилось на уровне субдепрессии. Таким образом удалось определить статистическую значимость различий по показателю депрессии между подгруппами (p=0,031). Наименее показательными продемонстрировали себя различия по тесту Басса-Дарки. В 1-й и 2-й подгруппах пациентов зафиксированы приблизительно одинаковые способы выражения враждебности: негативизм (5,47±1,03 и 5,22±0,87), косвенная агрессия (6,15±0,56 и 6,03±0,33), подозрительность (6,49±0,12 и 6,72±0,63) без значимых статистических различий. При этом интересное замечание в 1-й подгруппе сделано по показателю чувства вины в контексте способов выражения агрессии: данный параметр зафиксирован на очень высоком уровне (8,03±0,45) по сравнению со 2-й подгруппой (4,42±0,86). Результат примечателен, поскольку в актуальном состоянии чувство вины могло возникнуть вследствие эффекта воспоминаний, описанных ранее. Другие стратегии выражения враждебности по Басса-Дарки менее выражены и поэтому могут рассматриваться как второстепенные.

Выводы. Исследование показало, что пациенты, страдающие параноидной шизофренией, коморбидной с алкогольной и каннабиноидной зависимостью, находятся в группе риска возникновения аффективных нарушений. При этом до конца не удается установить, являются данные нарушения причиной возникновения синдрома зависимости или могут быть лишь следствием аддикции пациента. При этом выделяются следующие особенности аффективной сферы: лица с параноидной шизофренией, коморбидной с алкогольной аддикцией, демонстрируют повышенную личностную тревожность при том, что ситуативная тревожность у них и у другой группы с коморбидной каннабиноидной зависимостью находится в средних пределах значений. Помимо того, в группе пациентов с синдромом алкогольной зависимости уровень депрессивной симптоматики более выражен, чем в группе пациентов с каннабиноидной зависимостью. Для обеих групп пациентов характерно выражение агрессии косвенно, с помощью негативизма и подозрительного отношения. При этом чувство вины в контексте враждебности чаще встречается среди пациентов с алкогольной аддикцией.

Несмотря на описанные выше особенности аффективных нарушений, однозначной остается лишь существующая неопределенность причинно-следственных связей между явлениями. В работе специалистов-практиков первостепенным остается вопрос осуществления качественных лечебно-реабилитационных мероприятий при задействовании разных структур учреждений здравоохранения и участии специалистов, включая врача-психиатра, врача психиатра-нарколога, врача-психотерапевта, клинического психолога и социального работника. При этом без достаточной исследовательской базы не может идти речь о разработке и применении комплекса качественной медико-социальной реабилитации.

Список литературы

1. Климова И.Ю., Овчинников А.А. Патоморфоз каннабиноидной зависимости у лиц, страдающих шизофренией. Journal of Siberian Medical Sciences. 2015. № 3. С. 37.
2. Хмара Н.В. Модифицирующее влияние алкоголя на формирование враждебной позиции у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Проблемы здоровья и экологии. 2018. № 4 (58). С. 48-52.

Анализ уровня комплаентности пациентов, находящихся на принудительном лечении

Тишаева Я.В.
ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», Прокопьевск

Актуальность. Комплаенс (англ. compliance – согласие, податливость, уступчивость) – осознанное сотрудничество между врачом, пациентом и членами его семьи. Соблюдение лечебного режима, предписанного врачом – актуальная задача исследований практически во всех областях клинической медицины, однако особое значение комплаенс приобретает в психиатрии. Степень соблюдения режима терапии у пациентов с психическими расстройствами существенно ниже, чем у соматических пациентов, особенно, в условиях длительного, многолетнего приема лекарств. Низкая степень комплаентности у пациентов, страдающих психическими заболеваниями, способствует более тяжелому течению заболевания и оказывает негативное влияние на качество жизни пациента. Комплаенс является «терапевтическим инструментом», обеспечивающим заинтересованность пациента в процессе лечения, что способствует точному выполнению врачебных рекомендаций и позволяет объективно судить об эффективности терапии.

Цель: выявление наиболее значимых психологических и социальных факторов, влияющих на эффективность лечения у пациентов, находящихся на принудительном лечении.

Материалы и методы. Проведено обследование пациентов на базе ГБУЗ «Прокопьевская психиатрическая больница», находящихся на принудительном лечении. Использован клинико-психопатологический метод, включающий в себя психологическое тестирование. Пациентам была предложена для заполнения анкета, состоявшая из двух блоков: социально-демографическая характеристика (пол, возраст, семейное положение, социальный статус, уровень образования, стаж работы); 2) вопросы, связанные с оценкой состояния здоровья: сопутствующие заболевания (травмы головного мозга, синдром зависимости от алкоголя или наркотических веществ); считаете ли вы себя здоровым человеком?

Также пациентам было предложено ответить на тест Мориски–Грина, позволяющий оценить уровень комплаентности, включавший 4 пункта (Забывали ли Вы когда-нибудь принимать препараты? Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? Не пропускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы следующий прием?

Результаты. Проведено исследование группы пациентов (n=35) с преобладанием мужчин (n=33, 94,3%) по сравнению с женщинами (n=2, 5,7%). Выделены возрастные категории пациентов: 30-40 лет – 34,4%, 40-50 лет – 25,7%, 50-60 лет – 20%, 20-30 лет – 14,3%, 60-70 лет – 8,6%, с преобладанием лиц среднего трудоспособного возраста. Пол составу семьи: 82,9% – холостые, 17,1% – состоят в браке. По трудовой занятости: 68,6% – безработные, 31,4% – работающие. В соответствии с полученным образованием: 34,3% – не имеют образования, 28,6% – окончили коррекционную школу, 22,8% – имеют неполное среднее образование (9 классов), 14,3% – имеют средне-специальное образование. По наличию вредных привычек, склонности к употреблению ПАВ: 65,7% злоупотребляли алкоголем, 14,3% употребляли наркотические вещества, 54,3% имели в анамнезе перенесенные травмы головы. По самооценке состояния здоровья: 82,9% считают себя здоровыми, 17,1% считают себя больными.

На следующем этапе исследования проведено тестирование по шкале комплаентности Мориски–Грина. Оценка комплаенса производилась в соответствии со следующими значениями показателей: если пациент отрицательно ответил на все четыре вопроса (4 балла), то это говорит о высокой приверженности к лечению, если три раза, то попадает в группу риска по развитию нонкомплаенса и считается недостаточно приверженным, ответ «нет» дважды и более раз свидетельствует о низком комплаенсе. По результатам тестирования выявлено, что 37,1% пациентов набрали 2 балла, 25,7% – 3 балла, 17,1% – 4 балла, 11,4% – 1 балл, 8,6% пациентов – 0 баллов, что свидетельствует о некомплаентности большинства респондентов.

Пациенты, которые набрали 2 и менее баллов: одна женщина, остальные мужчины, холостые, не работали до совершения общественно опасного деяния, большинство из них (82%) обучались в коррекционной школе, у 94% в анамнезе перенесенные травмы головы, 97% злоупотребляли алкоголем, 88% считают себя здоровыми людьми.

Пациенты, которые набрали 4 балла: мужчины, средний возраст которых 45 лет, холостые, трудовая деятельность связана с низкоквалифицированной работой, 50% из них имеют II группу инвалидности по психическому заболеванию, 50% имеют среднее образование, 75% в анамнезе перенесли травмы головы и злоупотребляли алкоголем, 25% считают себя здоровыми, 75% понимают, что у них есть психическое заболевание.

На основе проведенного анализа сделан вывод, что максимальный комплаенс выявлен у мужчин, средний возраст которых 45 лет, которые заняты трудовой (физической) деятельностью. Основную роль в формировании комплаенса имеет критичность к своему заболеванию.

Таким образом, повышение комплаентности у пациентов – это одна из важных задач современной психиатрии, актуальность которой повышается в связи с современной тенденцией смещения основных средств психиатрической помощи в амбулаторный сектор. Мероприятия, направленные на повышение комплаенса, позволят не только повысить продолжительность ремиссии пациента, улучшая тем самым качество жизни, но и сократить число и длительность госпитализаций, уменьшить число общественно опасных деяний, что в целом снизит нагрузку на психиатрические стационары.

Аффективные расстройства у лиц подросткового и юношеского возрастов. Терапия в условиях дневного стационара

Фаткулина К.Е.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

Актуальность проблемы депрессивных расстройств, манифестирующих в подростковом возрасте, прежде всего определяется их широкой распространенностью, трудностью распознавания данной патологии на ранних стадиях заболевания в связи с частой встречаемостью стёртых, атипичных и маскированных форм, а также высоким суицидальным риском.

Цель исследования: выявить наиболее частые варианты аффективных расстройств настроения у подростков и лиц юношеского возраста, представить их клиническую характеристику, включая лёгкие и субклинические формы аффективной патологии.

Материалы исследования: в течение 2021-2022 гг. в дневном стационаре ККПБ было пролечено 46 пациентов подросткового и юношеского возрастов с различными аффективными состояниями.

Результаты и их обсуждение. В настоящем сообщении мы не будем касаться депрессивной симптоматики, соотносимой с шизофреническим спектром расстройств, и ограничимся (аффективными) расстройствами настроения. По нашим наблюдениям, тяжёлые эндогенные депрессии (тяжёлый депрессивный эпизод по МКБ-10) имеют место в подростковом возрасте относительно редко, по крайней мере в рамках аффективного расстройства, такие пациенты в группу не включались.

По выраженности аффективной симптоматики легкие (F32.0) и умеренные (F32.1) депрессивные расстройства. Наиболее частыми клиническими типами депрессий лёгкой и умеренной тяжести в обследованном нами контингенте были апатический (апатический и астеноапатический) и тревожный (тревожный и тревожно-ипохондрический). Более распространёнными оказались астеноапатические и апатические депрессивные состояния (n=20, 43,5%), которые определялись подростками как периоды скуки, безразличия, лени при отсутствии выраженного депрессивного аффекта, моторной и идеаторной заторможенности. При расспросе удавалось выявить утрату привычных интересов, быструю истощаемость при умственном напряжении, трудность совершения волевых усилий. По утрам доминировали чувство вялости, сниженного тонуса, а вечером разбитость, усталость. Больные упрекали себя за несобранность, нежелание учиться, жаловались на потерю смысла жизни, безрадостность существования. Апатические депрессии развивались, как правило, исподволь, подростки не сразу прибегали к врачебной помощи, не считая свое состояние болезненным. Резкое снижение успеваемости из-за трудностей сосредоточения, запоминания и усвоения материала приводили к дезадаптации в учебе. Нежелание учиться, потеря интереса к интеллектуальным занятиям при отсутствии отчётливой интеллектуальной заторможенности в какой-то мере сближали эти депрессии с явлениями ювенильной астенической несостоятельности. Будучи прогностически благоприятными, они обходились без заметного личностного ущерба.

Реже (n=11, 24%) отмечались тревожные и тревожно-ипохондрические депрессии, клиническая картина которых определялась преобладанием на всём протяжении беспричинной и неконкретизированной тревоги либо тревоги с ипохондрическими опасениями. В их структуре в качестве факультативных могли выступать расстройства невротического регистра (фобии, контрастные навязчивые мысли, алгии, реже – редуцированные панические проявления). Однако именно тревожные опасения за свое здоровье заставляли таких подростков искать помощи у врачей, что способствовало выявлению депрессии уже на ранних этапах.

С ещё более редкой частотой (n=8, 17,3%) встречались структурно более сложные аффективные состояния с дисморфофобическими включениями, рудиментарными проявлениями дереализации или элементами, характерными для метафизических или меланхолических депрессий. Тем не менее, хотя перечисленные симптомокомплексы и придавали некоторый полиморфизм клинической картине, они не являлись определяющими, представляя как бы «вкрапления» в неё. Основными клиническими компонентами депрессивного состояния оставались апатия, астения или (и) тревога.

Клиническая картина депрессий у обследованных подростков включала черты атипии в сравнении с аналогичными эпизодами у взрослых, касавшейся, прежде всего, соотношения элементов депрессивной триады. Как правило, тимический компонент оказывался более выраженным, чем идеаторный и моторный. Тимическая составляющая была представлена в основном двумя видами аффекта – апатическим и тревожным, которые могли сменять друг друга на протяжении суток с преобладанием в утренние часы апатии, а в вечерние тревоги. Витальные проявления (тоска и тревога на физическом уровне) отсутствовали либо были рудиментарны. Идеаторные расстройства выступали в виде трудностей сосредоточения, запоминания, повышенной рассеянности, но без явных признаков идеаторного торможения. Моторная заторможенность также не являлась типичной и отмечалась лишь в единичных случаях. Соматовегетативный симптомокомплекс ограничивался расстройствами сна, аппетита, неустойчивым сосудистым тонусом. Часто отмечались разнообразные алгии (головные боли, неприятные болевые ощущения в области, ломота и напряжение в мышцах). Идеи виновности, если и выявлялись, то вектор вины направлялся вовне, доминировали переживания обиды, неудовлетворенности жизненными обстоятельствами, окружающими, родителями. Депрессивная самооценка чаще всего ограничивалась недовольством своими волевыми качествами. Характерными являлись вариабельность глубины депрессивного аффекта на протяжении суток и болезненного эпизода в целом, в ряде случаев необычный суточный ритм с двукратным ухудшением настроения в утренние и вечерние часы.

Классические циклотимические состояния (F34.0) выявлялись крайне редко (n=2, 4,3%), наблюдались у подростков, опережавших сверстников по параметрам психологической зрелости и уровню развития эмоциональной сферы. Дистимические аффективные состояния также оказались нетипичными для подростков. Наибольшую сложность в плане их диагностики и лечения представляли состояния с субклиническим уровнем аффективных проявлений. Анализ особенностей психопатологической структуры и динамики показал их клиническую гетерогенность с возможностью выделения отдельных вариантов.

При одном из них, наряду со стёртой аффективной симптоматикой, выявлялись признаки лёгкой недостаточности «энергетической составляющей» психической деятельности. В этих случаях невысокий уровень общего витального тонуса становился очевидным уже с периода школьного обучения. Часто эти расстройства трактовались как последствия перинатальной патологии, лёгких ЧМТ (ушибы головы, лёгкие сотрясения мозга). Однако их тесная спаянность с особенностями личностного реагирования, а в части случаев возникновение, отставленное по времени от воздействия вышеуказанных вредностей, заставляло предполагать более сложную природу. Как обязательный фон присутствовали проявления когнитивной дисфункции нарушения внимания (снижение концентрации и переключаемости, неустойчивость, трудности сосредоточения) и памяти (уменьшение объёма, трудности запоминания).

В случае депрессии у подростков с нарушениями поведения (n=5, 10,9%) (психопатоподобные расстройства) наиболее типичными характеристиками были отсутствие активно высказываемых жалоб на плохое настроение, преобладание угрюмого с дисфорическим оттенком аффекта, невыраженность идеаторного и моторного компонента депрессии, незначительная представленность депрессивных идей малоценности, ограничение расстройств поведения с озлобленностью, негативизмом, реакциями протеста преимущественно рамками семьи, нетипичность развёрнутого синдрома расторможенности влечений, сочетание агрессивного отношения к близким с явлениями аутоагрессии, парциальность и преходящий характер психопатических проявлений, отчётливый положительный эффект от применения антидепрессантов. Доминирование в клинической картине поведенческих расстройств над гипотимией было обусловлено неглубоким уровнем поражения собственно аффективной сферы, участием в оформлении синдрома явлений пубертатного криза и конституциональными особенностями. Инициаторами поступления на лечения в этом случае были родители.

При исследования психологом исследуемого контингента лиц с аффективными расстройствами довольно значительную группу (n=16, 35%) составили подростки и юноши с признаками мозаичной личностной структуры с наибольшей представленностью интравертированного шизоидного радикала, не достигавшего, впрочем, в своей выраженности уровня формирующегося расстройства личности. Обращали на себя внимание диссоциированность психического развития, а именно: сочетание удовлетворительного для данного возраста уровня интеллекта с незрелостью эмоционально-волевых и поведенческих проявлений. При этом реакции пассивного и активного протеста сосуществовали с соответствующими возрасту социально приемлемыми способами самоутверждения, рефлексивностью, удовлетворительно развитыми познавательными интересами,

ощущением собственной неудачливости, неверием в свои силы, неустойчивостью самооценки и тенденцией к её занижению, склонностью к «застреванию» на негативно окрашенных переживаниях. Типичным являлось ухудшение настроения в утренние часы, нарушения сна и аппетита. Психологическое обследование выявляло признаки пролонгированного пубертатного криза: недостаточную сформированность жизненной позиции, выраженную тревожность в ситуации проверки знаний и оценки со стороны, страх неудачи и поражения, потребность в опеке, защите, неуверенность в своих силах, чрезмерную зависимость от матери, неустойчивость самооценки.

Лечение, применяемое в отделении. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, флувоксамин, пароксетин, трициклические антидепрессанты: имипрамин, кломипрамин, амитриптилин в/в, в/м.

При работе психолога с пациентами снижались тревожность, чувство вины, эмоциональное напряжение, страх, риск неадекватного, дезорганизованного поведения, повышались уверенность и самооценка, толерантность к себе и окружающим.

Результаты терапии оценивались с использованием Шкалы общего клинического впечатления. В большинстве случаев (n=28, 61%) удалось добиться улучшения психического состояния и уменьшения симптомов депрессии, но у части пациентов аффективная симптоматика сохранялась. Частично это связано с атипией таких состояний у подростков, соответственно с отсутствием точки приложения действия антидепрессантов дефицита серотонина, а также с недостаточным сроком лечения. После 3-недельной терапии пациенты были вынуждены, несмотря на сохраняющиеся жалобы, вернуться к учебе, на момент выписки из ДС полностью купировать аффективные расстройства не удавалось. Кроме того, нужно отметить недостаточную охваченность пациентов психокоррекционными и психотерапевтическими мероприятиями, невозможность воздействия на негативное влияние социальных факторов.

Выводы. Отмечена редкость формирования депрессивных состояний в подростково-юношеском возрасте, сопоставимых с картиной классических эндогенных депрессий у взрослых. Депрессии у подростков в основном представлены астеноапатическими, реже тревожно-ипохондрическими вариантами, а также стёртыми гипотимическими состояниями с субклиническим уровнем аффективных проявлений. Развивающиеся в подростковом возрасте депрессивные состояния полиморфной структуры и мультифакторной этиологии требуют мультимодального терапевтического подхода с разработанными и более дифференцированными показаниями к психофармакотерапии, психотерапевтическому, психокоррекционному и психообразовательному воздействию.

Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте. Особенности реабилитационных мероприятий

Шапошникова Ю.В.
КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1», Красноярск

Подростковый возраст наиболее уязвим для развития НССП. Возраст людей к периоду начала самоповреждений приходится в среднем на 14-16 лет, хотя встречаются исследования, свидетельствующие о более раннем начале [1, 2]. Несуицидальные самоповреждения могут проявляться отдельно либо совместно с каким-либо (или несколькими) психическими расстройствами, такими как: пограничное расстройство личности, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения) [3, 4, 5]. НССП в ряде случаев может быть предиктором суицидальной попытки, а также зачастую может вызывать последствия, которые негативно влияют на психологическое благополучие и на физическое здоровье подростков.

Цель исследования. Выявление особенностей реабилитационных мероприятий в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» детское диспансерное отделение. Обследовано подростки женского пола (n=100) с несуицидальными самоповреждениями и психическими расстройствами непсихотического уровня (диагнозы выставлены по критериям МКБ-10 F92.8, F92.0, F32.0, F32.1, F41.2, F50.2). Сформированы две группы пациентов. Основная группа (n=50, 50%) подростков с несуицидальными самоповреждениями (лечение синдромальное с применением психотерапии, регулярные занятия). Группа сравнения (n=50, 50%) подростков (лечение синдромальное, без применения психотерапии либо нерегулярные занятия). Критерии включения: возраст 15-18 лет; наблюдение в течение 2020-2023 гг. на базе КГБУЗ ККПНД № 1 детское диспансерное отделение; пациенты с психическими расстройствами непсихотического уровня. Критерии исключения: наличие психического расстройства психотического уровня, острое психотическое состояние; нежелание пациента участвовать в исследовании; интеллектуальные нарушения; нанесение самоповреждений по бредовым мотивам. В ходе исследования использовались клинико-психопатологический и клинико-анамнестический методы, патопсихологическое исследование (Шкала тревоги Бека, Шкала депрессии Бека), статистические методы. Статистическая обработка полученных данных выполнялась при помощи программы SPSS 26.0. Полученные различия во всех случаях оценивались как статистически значимые при $p<0,05$.

Результаты и их обсуждение. Проведено определение уровней тревоги и депрессии по шкале-самопроснику тревоги и шкале депрессии А. Бека у пациентов с несуицидальными самоповреждениями и психическими расстройствами непсихотического уровня до и после проведения лечебных и реабилитационных мероприятий. Пациенты обеих (основной, сравнения) групп получали синдромальное лечение (противотревожные препараты, антидепрессанты). У пациентов основной группы регулярно проводилась психотерапия, в то время как у пациентов группы сравнения психотерапия не проводилась либо проводилась нерегулярно. В основной группе выявлены следующие уровни тревоги: незначительный (n=20, 40%), умеренный (n=16, 32%), высокий (n=14, 28%); в группе сравнения: высокий (n=20, 40%), умеренный (n=17, 34%), незначительный (n=13, 26%). В основной группе установлены следующие уровни депрессии: легкая выраженность (n=31, 62%), умеренная выраженность (n=16, 32%), выраженная депрессия (n=3, 6%); соответствующие показатели в группе сравнения: легкая выраженность (n=24, 48%), умеренная выраженность (n=22, 44%), выраженная депрессия (n=4, 8%).

В соответствии с данными психодиагностическонго тестирования установлено, что в основной группе статистически значимо ($p<0,05$) чаще по сравнению с группой сравнения встречается менее выраженный (незначительный) уровень тревоги (n=20, 40% против 26%) и менее выраженный уровень депрессии (62% против 48%).

Выводы. При проведении реабилитационных мероприятий у подростков с несуицидальными самоповреждениями рекомендуется когнитивно-поведенческая психотерапия, ориентированная на работу со стрессовыми факторами в межличностной сфере.

Список литературы

1. Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. CMAJ. 2008 Jan 29;178(3):306-12. doi: 10.1503/cmaj.061693. PMID: 18227450; PMCID: PMC2211340.
2. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. Psychol Med. 2011 Sep;41(9):1981-6. doi: 10.1017/S0033291710002497. Epub 2011 Jan 5. PMID: 21208494.
3. Andover MS. Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults. Psychiatry Res. 2014 Oct 30;219(2):305-10. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.001. Epub 2014 Jun 10. PMID: 24958066; PMCID: PMC4183054.
3. In-Albon T, Ruf C, Schmid M. Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. Psychiatry J. 2013;2013:159208. doi: 10.1155/2013/159208. Epub 2013 Jul 31. PMID: 24236273; PMCID: PMC3820093.
4. Nitkowski D, Petermann F. Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick [Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review]. Fortschr Neurol Psychiatr. 2011 Jan;79(1):9-20. German. doi: 10.1055/s-0029-1245772. Epub 2010 Nov 22. PMID: 21104583.

Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения

Шемякина Н.В., Правилова Н.С.
ГБУЗ «Беловский психоневрологический диспансер», Белово

Психические расстройства в структуре хронических болезней имеют значительную долю. Так, по данным ВОЗ, на долю психических расстройств приходится 12% глобального бремени болезней. Максимальное бремя психических расстройств приходится нести наиболее продуктивной группе населения – людям молодого возраста. У лиц, страдающих психическим расстройствами, в силу специфичности заболевания возникает ряд серьезных проблем: снижается уровень адаптации, что сопровождается развитием эмоциональных и поведенческих симптомов, появляются трудности в результате стигматизации со стороны общества и самостигматизации, осложняется процесс получения образования. Вследствие психического заболевания человек теряет работу, изменяется его трудовой статус. Помещение лица, страдающего психическими расстройствами, на длительный срок в больницу приводит к его изоляции от общества и родных, разрыву социальных связей, сокращению контактов, ограничению социального функционирования. Реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением психического здоровья, в целях улучшения качества жизни, социальной адаптации и интеграции в общество. Реабилитация лиц, страдающих психическими расстройствами, направлена на достижение максимально возможной клинической компенсации, купирования проявлений болезни и профилактику нежелательных последствий или их уменьшение.

Реабилитационный процесс с конкретными больными реализуется в соответствии с принципами ВОЗ, положенными в основу разработанных специалистами ГБУЗ БПНД комплексных программ реабилитации для различных групп пациентов: 1) клиника первого эпизода (шизофрения, впервые заболевшие пациенты, 1-3-е поступление); 2) лица с инвалидностью по психическому заболеванию, молодого возраста, страдающие (пациенты, впервые вышедшие на инвалидность); 3) больные геронтологического профиля с полиморбидностью хронических заболеваний, повышенным риском травм; 4) участники группы активного динамического наблюдения (пациенты, проходящие принудительное лечение в стационаре и состоящие на учете в диспансерном отделении в группе АДН, с факторами риска антисоциального поведения).

В 2022 г. проведено обследование пациентов (n=176) с диагностированными психическими расстройствами: органические психозы и слабоумие (19,3%), шизофрения и шизоаффективные расстройства (64,81%), непсихотические психические расстройства (3,99%) и умственная отсталость (11,9%). Преобладали пациенты в возрастной группе 25-30 лет в сравнении с другими возрастными группами.

В отделении полипрофессиональное бригадное обслуживание осуществляет группа специалистов, объединённых решением задачи реабилитации пациента на основе совместно согласованных принципов. Работа проводится поэтапно. Разработана схема последовательных этапов реабилитации психически больных. Первый назван этапом адаптационным, второй – этапом реадаптации, третий – реабилитации, четвертый – подготовка к выписке. Учитывая накопленный опыт работы, нами была разработана комплексная психокоррекционная программа, в которой используются как индивидуальные, так и групповые методы психокоррекции. Данная программа использует интегрированный подход и охватывает работу с когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферами пациентов. Методы психокоррекционной работы назначаются врачом психиатром индивидуально для каждого пациента с учетом личностно-психологических, нозологических и синдромальных особенностей.

Психокоррекционная работа в группе осуществляется в форме тренинга, включает в себя групповые виды вовлеченности: когнитивно-поведенческий тренинг, тематические тренинги («Общение», «Доверие»), игровой тренинг, арттерапия, телесно-ориентированные группы, пластический тренинг, тренинг коррекции нейрокогнитивного дефицита и проблем общения. Занятия проводятся 2 раза в неделю продолжительностью 1 час (6-8 занятий). Индивидуальная психокоррекционная работа осуществляется 2 раза в неделю продолжительностью 1 час (4-8 занятий). Во время проведения занятий используется промежуточная диагностика в виде рефлексии результатов занятий, что позволяет скорректировать занятия при необходимости. Параллельно с работой с пациентом проводится психокоррекционная работа с ближайшими родственниками (родителями, женой, мужем и др.), направленная на создание адекватных представлений о заболевании и особенностях личности, умения своевременно смягчить конфликтные напряженные ситуации. Такая работа в итоге обеспечивает более длительные ремиссии, улучшает семейную атмосферу, а также создает более ясную и четкую картину будущего и повышает уровень качества жизни. Психологическая коррекция в основном направлена на профилактику дефекта, рецидивов заболевания, ипохондрической фиксации, госпитализма, инвалидности, коррекцию личностных нарушений, стимулирующих развитие психических заболеваний, предупреждение агрессивного и антисоциального поведения.

Работа строится по принципу формирования у больного положительной эмоциональной настроенности и активной сознательной установки на лечение и реабилитационный процесс. Больной становится полноценным участником реабилитационного процесса, наделен своими правами и обязанностями. Психокоррекционные мероприятия проводятся на фоне активной биологической терапии, осуществляемой в отделениях стационара и диспансерного отделений в активном сотрудничестве с лечащим врачом.

Методы психокоррекционного воздействия, применяемые в отделении: релаксационные, психообразовательная группа, групповая и индивидуальная психологическая коррекция. Для реализации целей психокоррекционного воздействия используются направления: телесно-ориентированная терапия, арттерапия, сказкотерапия, символдрама, музыкотерапия, суггестивно-образная терапия, пластический тренинг, поведенческая психотерапия, эмоционально-рациональная коррекция и эмоциональная и когнитивная поддержка.

Одним из основных направлений организации психокоррекционной работы в 2022 г. программа «Клиника первого эпизода». В процессе психокоррекционной работы пациенту оказывается помощь в формировании инсайта на заболевание, отрабатываются навыки распознавать первые признаки рецидива, служащие сигналом для обращения к врачу. Биологическая терапия вводится в контекст жизни больного, что помогает ему осознать важность сотрудничества с лечащим врачом, изменяет представления больного о собственной роли в лечении, чтобы повысить контроль над ситуацией и расширить возможности в процессе лечения. Корректируются искажения в образе представления ситуации больным, разъясняются происхождение и механизмы формирования проблем. Совместно с пациентом формулируются альтернативные варианты поведения, способы решения проблем и прогнозирование возможных последствий.

Бригада специалистов создаёт условия для взаимного обмена знаниями и навыками, демонстрирует модель разнообразных и открытых отношений пациенту. Именно такой подход позволяет уменьшить инвалидизацию пациентов, сроки госпитализаций и уровень регоспитализаций, число общественно опасных действий, совершаемых психически больными, а также повысить качество жизни пациентов и создать возможности для их более успешной интеграции в общество.

Список литературы

1. Чуканова Е.К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера. Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 1. С. 21-27.

2. Лиманкин О.В., Трущелёв С.А. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения. Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 4-15.
3. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / под ред. И.Я. Гуровича, О.Г. Ньюфельдта. М.: Медпрактика-М, 2007. 356 с.
4. Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Современные тенденции развития системы психиатрической помощи. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 10. С. 4-9.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 491 с.
6. Милютин С.М., Смирнов А.П., Быков А.Ф. О современных концепциях психосоциального аспекта реабилитации в психиатрии. Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи: в 2 т. / под ред. О.В. Лиманкина. СПб.: Ковчег, 2009.
7. Ястребов В.С., Митихин В.Г., Солохина Т.А., Михайлова И.И. Системно-ориентированная модель психосоциальной реабилитации. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2008. Т. 108, № 6. С. 4-10.
8. Котов В.П., Мальцева М.М., Булыгина В.Г., Каганович Ю.Т. Работа психолога в психиатрическом стационаре для принудительного лечения. Российский психиатрический журнал. 2005. № 1. С. 29-33.

Клинико-онтогенетические особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью

Шилова Е.Ю., Лисовицкая Г.Б., Гордеева Е.А.
ГБУЗ «Кузбасская клиническая психиатрическая больница», Кемерово

По данным Л.М. Шипицыной (2002, 2005) и Н.Я. Семаго (2000), проявления отклоняющихся форм поведения чрезвычайно часто встречаются в группах детей с умственной отсталостью. Исследование клинико-психопатологической структуры отклоняющихся форм поведения в разрезе онтогенеза личности у детей 6-12 лет актуально и для нашего отделения, что определило цель настоящего исследования.

Цель: изучение на основе комплексного клинико-психопатологического исследования и клинико-психопатологической структуры и разновидностей клинических проявлений симптомов нарушения поведения у детей с умственной отсталостью в разрезе онтогенеза личности.

Материал исследования: для реализации целей исследования проведено сравнительное изучение феномена нарушений поведения у 56 детей, проходивших в 2021-2022 гг. лечение в детском отделении ГБУЗ ККПБ с диагнозом умственной отсталости.

Нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как умственная отсталость лёгкой степени (F70) – 91,1% (n=51), умственная отсталость умеренной степени тяжести (F71) – 8,9% (n=5). Средний возраст обследованных составил 9,5 года. Исследуемая группа детей (n=56) была разделена в зависимости от возрастного периода: детский возраст с 6 до 9 лет – 42,9% (n=24) и препубертатный возраст – с 10 до 12 лет – 57,1%(n=32). Группу сравнения представили дети, имеющие проявления девиантного поведения с расстройствами шизофренического спектра (n=35), находившиеся на лечении в 2021-2022 гг. в детском отделении ГБУЗ ККПБ. В группе сравнения нозологическая принадлежность основного заболевания определилась как шизотипическое расстройство (F21) – 22,8% (n=8), шизофрения, детский тип (F20.80) – 77,2% (n=27). Средний возраст составил 10,5 года. Группа сравнения (n=35) так же была разделена в соответствии с возрастным периодом: детский возраст с 6 до 9 лет – 34,3% (n=12) и препубертатный возраст с 10 до 12 лет – 65,7% (n=23).

Методы исследования: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-онтогенетический.

Результаты. Установлено, что на момент обследования 14,3% детей (n=8) исследуемой группы состояли на учёте в инспекции по делам несовершеннолетних в связи с регулярным совершением противоправных деяний. Эпизодически курили либо пробовали курить 24 (42,8%) ребёнка, среди которых 7 детей (12,5%) курили систематически. Алкоголь к моменту обследования пробовали либо употребляли редко 43 ребёнка (76,8%), систематически употребляли 3,6% детей (n=2). В то время как все дети группы сравнения с расстройствами шизофренического спектра не попадали в поле зрения правоохранительных органов. Клиника отклоняющихся форм поведения определялась раздражительностью, неустойчивостью настроения, опасными шалостями, наклонностью к примитивным двигательным реакциям на фоне низкой психической активности. В препубертатном возрасте отмечались грубость и раздражительность, наблюдалось повышение сексуальных влечений, наклонность к агрессивно-насильственным способам разрешения конфликтов, высокая частота рискованного поведения, стремление к быстрому получению простых удовольствий без волевого напряжения. У детей с отклоняющимся поведением эндогенной этиологии клинические проявления девиаций носили характер протестного агрессивного поведения. Нарушения поведения сексуального характера определялись сексуальной расторможенностью, обостренным половым любопытством, мастурбацией, циничными высказываниями, жестами, рисунками сексуального содержания. В возрасте 6-9 лет у детей с умственной отсталость клиническая картина отклоняющегося поведения определялась обидчивостью, плаксивостью.

В то время как у 6-9-летних с шизофреническими превалировали негативизм, агрессивность, эмоциональная лабильность с плаксивостью и тревожностью, отсутствием контакта со сверстниками. С течением времени существующая симптоматика усугублялась присоединением неадекватности поведения (жестокое обращение с животными, аморальные деяния, асоциальные поступки, конфликтность и т.п.). В возрасте 10-12 лет клинические проявления отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью определялись обидчивостью, плаксивостью наряду со школьной дезадаптацией с конфликтностью и агрессией, с постепенным расширением спектра данных расстройств за счёт хулиганства, жестокости по отношению к взрослым и детям, ранней алкоголизации, курения и бродяжничества. У детей с расстройствами шизофренического спектра, негативизмом, агрессивностью, эмоциональной лабильностью, плаксивостью и тревожностью, отсутствием контакта со сверстниками присоединялись драчливость, взрывчатость, колебания настроения и страхи. Детей этой группы отличала недоброжелательность, озлобленность, мстительность, жестокость, преобладание хмурого настроения.

Таким образом, клиническая картина отклоняющегося поведения в детском возрасте зависит не только от особенностей онтогенеза личности, но и от нозологической спецификации психического нарушения. Результаты данного исследования позволят более эффективно подходить к вопросам диагностики, терапии, профилактики и реабилитации отклоняющегося поведения у лиц с умственной отсталостью в детском и предпубертатном возрастах.

Список литературы

1. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. СПб.: Речь, 2005. 477 с.
2. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. М.: АРКТИ, 2000. 208 с.

Содержание

Алигаева Н.Н. (Рязань) Диагностика экзогенно-органических психических расстройств в исправительных учреждениях …….. 5

Аттаева Л.Ж., Макаров И.В. (Москва, Санкт-Петербург) Исследование влияния степени тяжести стереотипий у детей с расстройством аутистического спектра на развитие тревожных расстройств у их родителей …….. 8

Баранов В.В., Романенко В.Н., Климов П.С., Шакурин А.О. (Новокузнецк) Значение коморбидного органического поражения головного мозга в диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства у комбатантов …….. 11

Богданов Я.В. (Кемерово) Возможности искусственного интеллекта в психиатрии: анализ и перспективы …… 14

Богданов Я.В. (Кемерово) Искусственный интеллект в психиатрии: современные достижения ……... 18

Богданов Я.В. (Кемерово) Искусственный интеллект в расшифровке мыслей и образов: от нейровизуализации к психовизуализации. Перспективы внедрения в клиническую психиатрию и психологию …… 24

Богданов Я.В. (Кемерово) Риски и проблемы использования искусственного интеллекта в психиатрии …… 32

Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А. (Кемерово) Побочные эффекты при применении типичных и атипичных нейролептиков у больных с первым психотическим эпизодом (сравнительный анализ) …… 35

Буланова Я.В., Орлов М.В., Серебренникова А.В., Зерникова А.А. (Кемерово) Роль психосоциальных факторов в развитии побочных эффектов антипсихотической терапии у больных параноидной шизофрении …….. 41

Власова Е.В., Сарникова А.Н. (Прокопьевск) Особенности мер межведомственного взаимодействия по профилактике совершения общественно опасных действий несовершеннолетними …… 47

Волкогонов О.А., Гацковская Ю.С. (Кемерово) Современные клинико-психологические подходы к проблеме суицидов у несовершеннолетних при проведении посмертных комплексных судебно-психиатрических экспертиз …… 50

Волкогонов О.А., Крымова О.В. (Кемерово) Оценка алкогольной зависимости как экзогенного фактора лиц принудительного лечения специализированного типа …… 55

Высоцкий С.В., Панкова Е.П., Селедцов А.М., Шамова И.П. (Кемерово) Особенности депрессивных и преходящих психотических (делириозных, галлюцинаторных) расстройств у лиц пожилого возраста …….. 57

Газетова О.В., Лаврентьева Т.В., Ларина И.А., Старостенко С.И. (Ленинск-Кузнецкий) Принципы оказания экстренной психологической помощи по Телефону Доверия в психиатрической больнице …… 60

Гизатулина Л.В., Краковная Л.В. (Кемерово) Практика использования полипрофессиональной модели лечебно-реабилитационных мероприятий в психокоррекции пациентов, совершивших ООД против личности …….. 64

Гиленко М.В., Тарасова Г.В., Гуляева В.Ю. (Москва) Типовые экспертные модели коморбидной экзогенно-органической патологии ……. 67

Гордеев В.А., Москвина Я.В. (Кемерово) Терапия кататонических расстройств в структуре острого приступа шизофрении …….. 70

Гуткевич Е.В., Мальцева Ю.Л., Бородюк Ю.Н., Горбацевич Ю.Н., Перевезнюк А.Г., Корнетова Е.Г. (Томск) Перспективы использования коррекции питания как эпигенетического фактора развития психических расстройств …….. 74

Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н., Лобаскова М.М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К. (Уфа, Москва) Анализ ассоциаций полиморфных вариантов и уровня метилирования гена фактора некроза опухоли-альфа (TNF) с развитием депрессии ……... 77

Динкель О.Л., Белокрылова Е.В., Черемнова О.В. (Прокопьевск) Практические аспекты оказания специализированной психолого-психотерапевтической помощи мобилизованным для участия в СВО ……. 80

Завьялова Н.Е., Самофалова Ф.Е., Труфанов С.Н. (Новокузнецк) Осуществление принудительных мер медицинского характера в стационаре специализированного типа ……. 83

Иванов В.И., Арзамасцева Л.Р. (Прокопьевск) Арттерапия как метод психосоциальной реабилитации …… 89

Иванчикова А.Б., Макарова О.В., Васильева К.С., Верещагина А.О., Шишкина А.Н., Ситенкова К.С. (Кемерово) Клиническая структура, распространенность, курабельность кататонических расстройств среди пациентов общепсихиатрического мужского отделения ……. 92

Кияниченко Ю.И., Кушнарева О.М. (Кемерово) Клинико-динамические и социально-психологические характеристики расстройств поведения у детей ……. 95

Ковинько В.Д., Султанова А.Н., Животова М.А. (Новосибирск) Психогенные факторы, влияющие на уровень комплаентности у онкологических больных …… 100

Козлов М.Ю. (Москва) Внутренние рабочие модели привязанности и иммунитет, действительно ли одиночки чаще болеют? …….. 102

Кондратов А.Ю., Кужекин Д.В. (Новокузнецк) Проблематика информативности заключений МРТ головного мозга при первичных дегенеративных заболеваниях ЦНС …….. 105

Конопленко Э.Р., Полякова А.С. (Архангельск) Развитие внебольничных форм психосоциальной реабилитации лиц с тяжёлыми психическими расстройствами: модель ассертивной терапии …….. 108

Краковная Л.В., Самаковская М.В. (Кемерово) Применение методик арттерапии в работе с пациентами, находящимися на принудительном лечении в стационаре общего типа психиатрической больницы …… 111

Кратовский А.Ю. (Юрга) Сравнительный анализ эффективности применения ламотриджина и вальпроевой кислоты у пациентов с БАР 2 типа …. 114

Кругликова Т.В. (Ленинск-Кузнецкий) Роль социальной адаптации пациента в оценке риска общественно опасных действий …….. 117

Крымова О.В., Семибратова Д.В. (Кемерово) Оценка алкогольной зависимости как экзогенного фактора у пациентов, находящихся на принудительном лечении специализированного типа …… 119

Кулебакина С.Ф., Ларина И.А., Лаврентьева Л.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Патопсихологическая диагностика пациентов с органическим поражением головного мозга вследствие ЧМТ, для предоставления на общую медико-социальную экспертизу ……... 122

Лаврентьев И.И., Лаврентьева Л.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Роль и место дневного стационара в оказании психиатрической помощи детям и подросткам …….. 124

Ларионова А.В., Евдокимова Н.Н., Правилова Н.С. (Белово) Повышение стрессоустойчивости как препятствие на пути к неврозу и эмоциональному выгоранию ……... 127

Лисовицкая Г.Б., Шилова Е.Ю. (Кемерово) Самоповреждающее поведение подростков (на примере анализа работы детского отделения) ……130

Литвинцева Л.Ф. (Киселёвск) Особенности каузальной атрибуции больных шизофренией …… 133

Макарова О.В., Иванчикова А.Б. (Кемерово) Механизмы аутоагрессивных действий у пациентов с патологией шизофренического спектра …….... 134

Мирко С.С., Масякина Ю.В., Баранов В.В. (Новокузнецк) Особенности детской шизофрении в возрастной группе 10-15 лет (клинический и психосоциальный аспекты) …….. 136

Москвина Я.В., Иванец И.В., Ербягин К.Е. (Кемерово) Клинические проявления алкогольной энцефалопатии и пароксизмальных состояний алкогольного генеза …….. 139

Нохрина Т.Н., Ларина И.А., Старостенко С.И., Лаврентьева Л.Н., Кушель О.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Оказание психологической помощи родственникам мобилизованных граждан …….. 145

Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В. (Кемерово) Клинический и нейрофизиологический аспекты невротических расстройства у лиц, перенесших COVID-19 …… 148

Обеснюк О.А., Платонов Д.Г., Обеснюк В.В. (Кемерово) Современная структура и патоморфоз проявлений тревоги у пациентов с невротическими расстройствами …….. 152

Писаревич М. А. (Юрга) Нужную весть извольте прочесть …… 155

Рогов А.В., Абдуллаева В.К., Ирмухамедов Т.Б. (Ташкент) Клинические особенности течения делириозного помрачения сознания у больных с органическими заболеваниями головного мозга …….. 157

Самаковская О.А., Глыбина В.П. (Белово) Ранний детский аутизм: особенности коррекции ……159

Селедцов А.М., Кирина Ю.Ю., Яковлев А.С. (Кемерово) Синдром профессионального выгорания у врачей в период пандемии COVID-19 …….161

Селезнева Н.В., Дербенева Н.А., Любченко М.В. (Кемерово) Характеристика структуры психических расстройств у участников СВО, обратившихся за медицинской помощью ……... 165

Синкина О.А., Черных Э.А. (Киселёвск) Суицидальное поведение подростков в практике врача-психиатра ……. 167

Синкина О.А., Черных Э.А. (Киселёвск) Раннее выявление психических нарушений у подростков-призывников – приоритетное направление в сохранении психического здоровья ……. 170

Сорокина В.А. (Кемерово) Соматоневрологический статус больных шизофренией на фоне резидуальной органической недостаточности головного мозга …… 174

Старостенко С.И., Тюменцев Ю.П., Меронцев Ф.А., Ларина И.А., Волкова Н.Н. (Ленинск-Кузнецкий) Повышение доступности специализированной психиатрической помощи путем телекоммуникационных консультаций ……. 176

Султанова А.Н., Шестакова Е.С. (Новосибирск) Особенности аффективных нарушений у пациентов с параноидной шизофренией и сочетанной аддиктивной патологией …… 178

Тишаева Я.В. (Прокопьевск) Анализ уровня комплаентности пациентов, находящихся на принудительном лечении ……...181

Фаткулина К.Е. (Кемерово) Аффективные расстройства у лиц подросткового и юношеского возрастов. Терапия в условиях дневного стационара 183

Шапошникова Ю.В. (Красноярск) Несуицидальные самоповреждения в подростковом возрасте. Особенности реабилитационных мероприятий ..…188

Шемякина Н.В., Правилова Н.С. (Белово) Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения 190

Шилова Е.Ю., Лисовицкая Г.Б., Гордеева Е.А. (Кемерово) Клинико-онтогенетические особенности отклоняющегося поведения у детей с умственной отсталостью …… 193

Научное издание

Четвертые Корниловские чтения

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА

Сборник тезисов

Межрегиональной научно-практической конференции,
посвященной памяти профессора А.А. Корнилова

(Кемерово, 18 октября 2023 г.)

Под научной редакцией
академика РАН Н.А. Бохана

Выпускающий редактор И.А. Зеленская

Подписано в печать 12.10.2023 г.
Формат 60x84 1/16.
Бумага офсетная № 1.
Печать офсетная.
Печ. л. ; усл. печ. л. ; уч.-изд. л. .
Тираж 500. Заказ №

Отпечатано в типографии ООО «Интегральный переплет»
634009, Томск, Дербышевский переулок, 26Б, помещение 402
Тел.: +7(3822) 22-33-93, +7(913)889-59-96, +7(382)264-47-49
E-mail: exlibres@list.ru