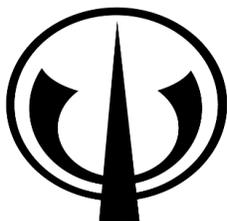


**ФГБНУ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ПСИХИАТРОВ
СОЮЗ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

#Эндогенные психические расстройства

*Материалы Всероссийской конференции молодых ученых
посвященной памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского
(Москва, 9 октября 2020 года)*



Москва
ФГБНУ НЦПЗ
2020

УДК 616.89
ББК 5614
П86

Редакционная коллегия:

В.Г. Каледа, И.В. Олейчик, И.С. Лебедева, У.О. Попович, С.А. Сорокин

#Эндогенные психические расстройства. Материалы Всероссийской конференции молодых ученых посвященной памяти академика АМН СССР А. В. Снежневского, 9 октября 2020 года: Сборник научных трудов. - М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2020. - с. 298

ISBN 978-5-6042918-2-5



9 785604 291825

© ФГБНУ НЦПЗ, 2020



Arvid Carlsson

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

I Раздел: «ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ»

Антохина Р.И.

Нейрокогнитивные показатели у молодых людей с депрессивным эпизодом, совершивших суицидальную попытку 12

Борисова П.О., Садкова О.А.

«Мягкая» кататония в структуре расстройств шизофренического спектра (клинические и патопсихологические аспекты)..... 15

Бравве Л. В., Захарова Н.В.

Клиническая типология кататонии при расстройствах шизофренического спектра..... 19

Гусев М.А.

Шизоаффективное расстройство в DSM-5 и МКБ-11. Клинический случай 25

Колесников Д.А., Туренко С.А., Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В.

Влияние сопутствующей органической дисфункции или повреждения головного мозга на когнитивные нарушения у пациентов с параноидной шизофренией 30

Коляго О.О.

Клинические особенности депрессий со сверхценными образованиями в структуре малопрогрессирующей шизофрении 33

Левченко Н.С., Олейчик И.В.

Эндогенные депрессии у девушек (типология, нозологическая принадлежность, особенности аутоагрессивного поведения) 36

Максимова И.В.

Клинический случай нейросифилиса 42

Николаева Е.Р., Олейчик И.В.

Эндогенные депрессии с преобладанием поведенческих («гебоидных») расстройств у девушек (клинико-психопатологический анализ) 46

Орехова П.В., Борисова О.А.

Один из вариантов синдрома бреда религиозного конца света у больных приступообразной шизофренией (психопатология и феноменология)..... 50

Распопов С.А., Фёдорова М.В., Пастух И.А.

Клинические особенности рекуррентного аффективного расстройства в зависимости от пола 53

Самсонов И.С., Гедевани Е.В.

Психопатология и типология синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении 59

Тураев Б.Т., Очиллов У.У., Хаятов Р.Б. Клинические особенности премобидного течения депрессивных расстройств и алкогольной зависимости	64
Чуркина А.М., Субботская Н.В. Психопатологическая структура фазных аффективных состояний у гипертимных личностей.....	69

II Раздел «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПОГРАНИЧНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

Канайкина А.И. Теоретико-методологический анализ нейропсихологических аспектов проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств	74
Купенко Е.Е. Место истерического расстройства личности в структуре общей заболеваемости среди молодых людей призывного возраста. Анамнестические особенности призывников с диагнозом «истерическое расстройство личности»	77
Рагимова А.А., Иванникова Е.И. Психическая патология при цервикальной дистонии. Пилотное исследование.....	81
Фомичева А.В., Любавская А.А., Баширова Е.А. Диссоциативные нозогенные реакции при хронической сердечной недостаточности	85
Чурбакова О.Ю. Коррекция психологических проблем у больных с расстройством личности	91

III Раздел «ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»

Блинова Т.Е., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е. Патопсихологический профиль пациентов с обсессивно-компульсивными нарушениями при шизотипическом расстройстве и детском аутизме	95
Богачева О.И., Иванов М.В. Анализ познавательной и игровой деятельности современных детей с нарушениями интеллектуального развития.....	97
Грудинин О.А., Носкова А.И., Титаренко Е.К. Особенности дифференциальной диагностики психосенсорных нарушений эпилептических психозов и шизофрении у детей. Клинический случай.....	102
Захарова Д.А., Новожеева О.С., Симкина А.И. Психические расстройства детей и подростков от 3 до 17 лет на примере отбуз «смоленский областной психоневрологический диспансер» общепсихиатрического детского отделения	104

Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А.	
Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте	108
Никитина С.Г.	
Клинико-биологические аспекты ранней диагностики детского аутизма..	113
Попович У.О., Романенко Н.В., Юст А.С.	
Особенности течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания.....	115
Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.	
Возможность скринингового применения госпитальных шкал тревоги и депрессии у подростков и взаимосвязь распространенности депрессии с воздействием психосоциальных факторов	119
IV Раздел «СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»	
Байсиева А.М., Грачева И.В., Слипченко А.А., Кеидиа Н.Г., Саркисова Д.Р.	
Проблема повышения безопасности психиатрической помощи. Факультативная практика «Балинтовская группа» для молодых психиатров, работающих с расстройствами шизофренического спектра.....	123
Бозырь С.Р., Живуцкая А.А.	
Оценка связи риска общественно опасного поведения с клинико-психопатологическими и социально-демографическими факторами у лиц с шизофренией	128
Брагин Д.А.	
Особенности нарушения социального познания больных шизофренией и их связь с нейропсихологическими нарушениями.....	132
Воронцова В.С., Шуненков Д.А., Иванова Е.М., Петровская М. В., Мартынова М. В.	
Гелотофобия, отношение к болезни и качество жизни у пациентов с депрессивным синдромом в рамках психических расстройств и повреждений головного мозга	136
Глазкова Т.Н.	
Проект «Поверь в себя»	141
Дмитриева Н.Г.	
Особенности ольфакторных нарушений у пациентов, страдающих психическими заболеваниями шизофренического спектра.....	145
Ефремов И.С. , Ахметова Э.А.	
Исследование ассоциации суицидального поведения, депрессивных переживаний, тревоги и нарушений сна у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.....	149

Исаков А. А.	
Анализ когнитивных изменений при шизофрении и шизоаффективном психозе	153
Кудряшова В.Ю.	
Саморегуляция поведения как аспект адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных шизофренией	156
Мельниченко В.В.	
Особенности саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности	161
Муслимова Л.М., Становая В.В., Иванов М.В., Тумова М.А., Шошина И.И.	
Нарушения процессов обработки зрительной информации при шизофрении	166
Потанин С.С.	
Выбор оптимальной психометрической методики для проведения исследований, касающихся негативных симптомов шизофрении	169
Серегин Д.А., Маркин К.В.	
Биопсихосоциальный подход в изучении факторов суицидального риска у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами	173
Сорокин М.Ю.	
Биопсихосоциальный подход к медикаментозной терапии – новый фактор формирования приверженности психиатрическому лечению	177
Тумова М.А., Муслимова Л.М., Иванов М.В., Бигдай Е.В., Безгачева Е.А.	
Оценка обонятельной функции у пациентов с шизофренией	181
Хобта Е.Б., Суслопарова Д.А., Тарасов В.М.	
Липомы головного мозга у пациентов с психическими расстройствами. Исследование серии клинических случаев	184
Чижиков В.С., Зыкова О.В.	
Анализ клинико-статистических показателей суицидального поведения среди пациентов с эндогенными заболеваниями на базе клиники первого психотического эпизода	190
Чурбакова О.Ю.	
Уровень субъективного контроля больных страдающих расстройством личности, шизоидного и параноидного типа	193
Шишковская Т.И., Рязанская Г.В., Шляхова А.А., Худякова М.С.	
Применение векторных моделей анализа текста для исследования нарушений речи при эндогенных психозах	197
Шуненков Д.А., Воронцова В.С., Иванова П.О., Иванова Е.М.	
Апробация русскоязычной версии рисуночного теста для оценки страха насмешки (гелотофобии)	202

Юков О.С., Юкова И.Л.

«Наследственность: эндогения или зависимость? Преопределяющий фактор манифестпровоцированного приступа шизофрении»..... 207

У Раздел «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ»

Бойко А.С.

Особенности цитокинового спектра у больных шизофренией с метаболическим синдромом211

Бравве Л. В., Калаков А. М., Мамедова Г. Ш., Хобта Е.Б.

Изменение количества копий теломерных повторов у пациентов с суицидальным поведением 215

Галкина А. О.

Особенности клинико-биологического профиля пациентов с расстройствами шизофренического спектра..... 220

Епимахова Е.В., Бойко А.С., Лосенков И.С.

Влияние органических солей лития на экспрессию белков Akt/mTOR-сигнального пути в мононуклеарах периферической крови больных биполярным аффективным расстройством 227

Зубов Д.С.

Взаимосвязь полиморфизма гена BDNF rs6265 и уровня мозгового нейротрофического фактора у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, получающих комбинированную электросудорожную и медикаментозную терапию 231

Капустина Т.В., Иванов М.В.

Структурные особенности коморбидных депрессивных расстройств у больных эпилепсией 236

Карпова Н.С.

Влияние фармакотерапии на тромбодинамические показатели коагуляции до и после лечения..... 239

Колмык М.А.

Биологические основы развития шизофрении 243

Меднова И.А.

Метаболомное исследование сыворотки крови больных шизофренией с метаболическим синдромом в динамике терапии атипичными антипсихотиками 247

Михайлова В.А., Плакунова В.В., Сизов С.В.

Исследование ассоциации между вариациями в генах окситоцинэргической системы и уровнем социального функционирования у больных шизофренией 251

Новицкий М.А., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф.

Роль фолатов в формировании депрессивных нарушений у пациентов с первым психотическим эпизодом..... 255

Тихонов Д.В., Зозуля С.А., Каледа В.Г., Ключник Т.П. Нейроиммунологические аспекты постпсихотических расстройств депрессивного спектра в структуре становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте	257
Хобга Е.Б., Бравве Л.В. Молекулярно-биологический профиль пациентов с первым психотическим эпизодом	261
Шилов Ю. Е. Методика определения антидепрессантов в плазме крови	266
VI Раздел «ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»	
Кузьмин И. И., Платова А. И. Изучение зависимости активной антипсихотической фракции от хлорпромазиновой эквивалентной дозы в терапевтическом лекарственном мониторинге	271
Мазурова Е.В., Шахова Е.В. Описание клинического случая с нервной анорексией у пациентки, страдающей шизофренией: современные подходы к диагностике и терапии	274
Пугачева М.Е. Некоторые аспекты антипсихотической терапии острых кратковременных психотических расстройств шизофренического спектра	278
Суслопарова Д.А. Акимов С.И. Кочергина Е.С. Губина А.С. Однодневный срез: антидепрессанты в клинической практике	285
Тихонов Д.В., Баймеева Н.В., Каледа В.Г., Мирошниченко И.И. Применение терапевтического лекарственного мониторинга на этапе становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте	288
Мигалина В. В., Омельченко М.А. Терапевтическая модель лечения юношеских хронических эндогенных депрессий	290
Шипилова Е.С., Сафарова Т.П., Гаврилова С.И. Комплексное лечение депрессий позднего возраста с применением карнитетина	295
Шипилова Е.С., Сафарова Т.П., Яковлева О.Б. Сравнение эффективности комплексной антидепрессивной терапии у пожилых депрессивных больных с рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным аффективным расстройством	296

Глубокоуважаемые коллеги!

Непростая эпидемиологическая ситуация диктует свои ограничения и корректирует планы проведения задуманных ранее научных конференций.

Вместе с тем, мероприятия, связанные с образовательной и научной деятельностью молодых ученых, остаются приоритетными для нашего Центра. Мы сочли возможным проведение в новом формате нашей традиционной ежегодной конференции молодых ученых, посвященной памяти академика Андрея Владимировича Снежневского. В программу конференции включены также доклады победителей конкурса молодых ученых из разных городов России, выступление которых планировалось на Костромской школе молодых ученых весной 2020 года. Настоящий Сборник материалов конференции «эндогенные психические расстройства» также объединяет тезисы работ молодых ученых, подготовленных для этих мероприятий.

Такой формат позволил существенно расширить диапазон рассматриваемых актуальных вопросов, касающихся, прежде всего, клиники и психопатологии — именно эти темы традиционно являются предметом обсуждения на конференциях, посвященных памяти академика Снежневского. Вместе с тем, современная психиатрическая наука существенным образом расширяет свои методологические и аналитические приемы, включая в свой арсенал различные нейробиологические исследования и методы доказательной медицины — и этот аспект исследований также нашел отражение в работах молодых ученых.

Хочется надеяться, что обсуждение работ молодых ученых как в рамках устных докладов, так и в рамках опубликованных в настоящем сборнике тезисов, послужат дальнейшему совершенствованию молодых специалистов в плане психического образования, а также накоплению опыта для современного анализа и представления материала для научных публикаций.

*Директор
Научного центра психического здоровья
доктор медицинских наук
профессор Т.П.Клюшник*

І Раздел: «ПСИХОПАТОЛОГИЯ И КЛИНИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ»

УДК 616.895.4

Антохина Р.И.

Нейрокогнитивные показатели у молодых людей с депрессивным эпизодом, совершивших суицидальную попытку

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ
г. Оренбург (РФ), Россия
e-mail: rozaliana8@mail.ru*

Актуальность. На современном этапе развития суицидологии существует множество взглядов на причины формирования суицидального поведения. Одни исследователи считают, что в основе данного поведения лежат только внешние факторы, такие как социально-экономическое положение в стране, политическая ситуация, миграция населения; другие в качестве основных факторов видят особенности воспитания ребенка, религиозные взгляды; некоторые ученые указывают на генетическую основу [3,9]. В последнее время многие исследования в данном аспекте направлены на изучение личностных особенностей, а также на изучение возможной взаимосвязи суицидального поведения с деятельностью головного мозга, что дает основание для более подробного изучения нейрокогнитивных особенностей лиц, совершивших суицидальную попытку [1,2,5].

Несмотря на множество исследований в области суицидологии, до сих пор остается много вопросов относительно выявления факторов риска суицидального поведения, в том числе, малоизученными являются особенности когнитивного функционирования при суицидальном поведении у молодых пациентов с депрессивным эпизодом [6,7,9]. Исследования последних лет продемонстрировали разногласия в оценке когнитивных нарушений у больных депрессией, ни одна из когнитивных функций не характеризует именно эту патологию [7,9]. Более того, не все пациенты демонстрируют одинаковую степень выраженности когнитивного дефицита. Ряд исследователей [1,2,8] указывают на значимость особенностей функционирования головного мозга в возникновении суицидальных форм поведения. Набирают популярность исследования, которые делают упор на изучении нейрокогнитивных и биохимических детерминант суицидального поведения. Так, А. Vechara с соавт. [4] рассматривает гипотезу, согласно которой причинами для развития суицидального поведения могут послужить нейроанатомическая и когнитивная основы принятия решения. Данная модель предполагает участие вентромедиальной префронтальной коры, а также особенности ее связи с амигдалой. Согласно данной теории при повреждении вентромедиальной префронтальной коры происходит нарушение социального поведения, что, в свою очередь, влияет на соблюдение социальных норм, правил. Это оказывает влияние на принятие решения, в данном случае отмечается сохранность мыслительных процессов: памяти, внимания и других когнитивных процессов. Все это обуславливает актуальность данного исследования.

Целью настоящего исследования является определение когнитивных показателей у молодых людей с депрессивным эпизодом, совершивших суицидальную попытку.

Материалы и методы. Клинико-психологическим (расспрос, интервьюирование, шкала депрессии А. Бека), экспериментально-психологическим («Краткая оценка когнитивных функций при аффективных расстройствах» ВАС-А, опросник «Ошибки мышления» А. Бека), статистическими методами (методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни) исследованы лица молодого возраста, с наличием в анамнезе и/или в настоящем статусе суицидальной попытки. В первую экспериментальную группу вошли больные с единичным депрессивным эпизодом (ДЭ) в количестве 20 человек (средний возраст - 26,3 лет, 7 юношей и 13 девушек). Вторую экспериментальную группу составили лица, перенесшие от трех до пяти депрессивных эпизодов в течение 5 лет - рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) – 20 человек (средний возраст - 31,4 года, 8 юношей и 12 девушек). Пациенты двух групп отбирались на основе диагноза врача-психиатра, анализа архивной медицинской документации и результатов шкалы депрессии А. Бека. Данную группу составили лица, у которых общий балл по шкале депрессии А. Бека соотносился со средним уровнем тяжести депрессии.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведения сравнительного анализа когнитивных показателей у лиц ДЭ и РДР выявлены достоверно значимые различия по следующим показателям когнитивных субтестов: слуховая память ($p=0,00$), двигательный тест ($p=0,02$), речевая беглость ($p=0,00$), рабочая память ($p=0,00$), проблемно-решающее поведение ($p=0,00$). Слуховая память ниже в группе лиц с РДР, что указывает на трудности запоминания, сохранения и воспроизведения слуховых образов у данной категории пациентов, по сравнению с молодыми людьми с ДЭ. Снижение данного показателя также может быть обусловлено сложностью закрепления и воспроизведения слуховых представлений во второй экспериментальной группе. Показатели по двигательному субтесту оказались выше в группе лиц с РДР по сравнению с молодыми людьми с ДЭ, что говорит о более выраженном снижении моторной реакции у больных с РДР. Речевая беглость ниже в группе молодых людей с РДР, что указывает на снижение способности к беглым спонтанным высказываниям и уровня владения различными языковыми средствами у них по сравнению с молодыми людьми с ДЭ. Во второй экспериментальной группе более низким оказался показатель «проблемно-решающее поведение». Полученные данные указывают на снижение способности молодых людей с РДР по сравнению с лицами ДЭ, регуляции психоэмоционального состояния, включающего когнитивные, эмоциональные и поведенческие усилия, с помощью которых личность пытается уменьшить аффективное напряжение и аффективный компонент дистресса. Сниженный показатель по проблемно-решающему поведению в группе лиц с РДР может выступать свидетельством снижения способности совладания со стрессовыми и тяжелыми жизненными ситуациями с помощью осознанных действий.

В группе аффективных субтестов достоверно значимые различия были выявлены по следующим показателям: «отсроченное воспроизведение без эмоциональной окраски» ($p=0,01$), «ошибки без эмоциональной окраски» ($p=0,04$), «Струп цветной» ($p=0,02$), «Струп нейтральные слова» ($p=0,01$). Показатель по шкале «отсроченное воспроизведение без эмоциональной окраски» оказался ниже в группе с РДР, что свидетельствует о забывании слов, которые не несут в себе какой-либо эмоциональной окраски, в то время как запоминание и воспроизведение слов с эмоциональной окраской не вызывали у них особых затруднений по сравнению с молодыми людьми с ДЭ. Показатели по субтестам «Струп цветной» и «Струп нейтральный» также оказались ниже в группе с РДР.

В ходе проведения сравнительного анализа ошибок мышления в двух группах молодых людей, совершивших суицидальную попытку, статистически достоверными оказались различия по «эмоциональному рассуждению» ($p=0,00$), «мысленному фильтру» ($p=0,00$), «чтению мыслей» ($p=0,00$), сверхобобщению ($p=0,02$). Склонность к эмоциональному рассуждению выше в группе лиц с РДР, по сравнению с молодыми людьми с ДЭ, что говорит о тенденции первых делать выводы на основании эмоциональной реакции без интеллектуальной проработки. Также во второй экспериментальной группе преобладает «мысленный фильтр», это свидетельствует о том, что данная группа лиц склонна бессознательно учитывать лишь негативные события своей жизни, различного рода неудачи, поражения, лишения, вместо учета полной картины, в которую входят как негативные, так и позитивные моменты. Когнитивная ошибка «чтение мыслей» ($p=0,00$) также оказалась наиболее выраженной у лиц с РДР по сравнению с лицами с ДЭ, это говорит о том, что молодые люди с повторными депрессивными эпизодами зачастую уверены в том, что знают мысли окружающих людей, при этом они отказываются принимать во внимание какие-либо другие варианты, которые являются более аргументированными.

Выводы Таким образом, в ходе проведенного исследования, несмотря на сопоставимый уровень депрессии, были выявлены достоверные различия между лицами с ДЭ и с РДР, совершившими суицидальную попытку, как по когнитивным, так и по аффективным субтестам, а также по степени выраженности когнитивного искажения. Полученные данные указывают на ухудшение нейрокогнитивного функционирования у молодых пациентов при повторных депрессивных эпизодах, что определяет необходимость разработки нейропсихологических программ реабилитации, направленных на снижение риска повторного совершения суицидальных попыток через коррекцию нарушенных когнитивных функций.

Работа издана при финансовой поддержке ФГБУ «Российский фонд фундаментальных исследований» (РФФИ) в рамках научного проекта «Разработка модели комплексной нейропсихологической и психофизиологической оценки суицидального риска и прогноза развития аффективных расстройств у подростков и учащейся молодежи» № 18-013-00015|20.

Список литературы:

1. Егоров А.Ю. Нейропсихологические паттерны суицидального поведения / А.Ю.Егоров, О.В.Иванов, С.А.Игумнов. - СПб: Речь, 2010. – 293с.
2. Иванов О.В. Индивидуальный профиль латеральной организации и психологические особенности лиц с суицидальным поведением / О.В.Иванов, А.Ю.Егоров // Психическое здоровье. – 2008. - №4. – С. 11-23.
3. Любов Е.Б., Антохин Е.Ю., Палаева Р.И. Комментарий. Двудикая паутина: Вертер vs Папагено / Суицидология. - 2016. - Т. 7. - № 4 (25). - С. 41-51.
4. Bechara A., Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex / A. Bechara, H. Damasio, A.R. Damasio // Cerebral Cortex. — 2000. — '10. — P. 295—307.
5. Op de Macks Z.A., Bunge S.A., Bell O.N., Wilbrecht L., Kriegsfeld L.J., Kayser A.S., Dahl R.E. Risky decision-making in adolescent girls: The role of pubertal hormones and reward circuitry // Psycho-neuroendocrinology. – 2016. – Vol. 74. – P. 77-91.
6. Kim-Spoon J., Deater-Deckard K., Holmes C., Lee J., Chiu P., King-Casas B. Behavioral and neural inhibitory control moderates the effects of reward sensitivity on adolescent substance use. // Neuropsychologia. – 2016. – Vol. 91. – P. 318-326.
7. Kelleher I., Cederlof M., Lichtenstein P. Психотический опыт как предвестник появления суицидальных мыслей: шведское когортное исследование // WorldPsychiatry. – 2014. – V.13. - №2. – P.184-188.
8. Schore A.N. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology // Developmental Psychopathology. — 1996. — Vol. 8. — 59—87.
9. Schultz W. Neuronal Reward and Decision Signals: From Theories to Data // Physiology Review. – 2015. – Vol. 95, № 3. – P. 853–951.

УДК 616.89-008.431; 616.895.8; 616.89-008.484

Борисова П.О., Садкова О.А.

«Мягкая» кататония в структуре расстройств шизофренического спектра (клинические и патопсихологические аспекты)

*ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России (Сеченовский Университет)
г. Москва, Россия
e-mail: bori.pauline@gmail.com*

Актуальность. Первое описание «мягких» кататонических расстройств принадлежит К.Л. Kahlbaum (1874), который определяет «catatonia mitis» как особый подтип кататонии, характеризующийся сравнительно меньшей выраженностью психопатологических проявлений и относительно благоприятным прогнозом. Е. Краепелин (1899) и Е. Bleuler (1911) клинические описания феноменов «мягкой» кататонии относят к проявлениям маниакально-депрессивного психоза, в отличие от «грубых» и стойких кататонических нарушений, рассматриваемых авторами как признак злокачественного течения dementia praecox и шизофрении.

Несмотря на тот факт, что с момента описания К. Kahlbaum «мягкой» кататонии минуло более века, ее психопатологические границы, клинические и прогностические отличия от проявлений «большой» кататонии до сих пор не установлены.

На протяжении XX столетия феномен «мягкой» кататонии рассматривается исследователями как в границах шизофрении (преимущественно ее детских форм) (Сухарева Г.Е., 1937; Снежневский А.В., 1972; Башина В.М., 1989), так и аффективной патологии, главным образом в структуре адинамических депрессий (Weitbrecht H., 1960, Glatzel J., 1968).

По данным ряда современных авторов [1, 2], кататония (в т.ч. «mitis») преобладает в пространстве расстройств эндогенно-процессуального спектра, «врастая» в проявления как «позитивных», так и «негативных» синдромов, в частности – структуру аффективных приступов, диссоциативных психозов, картину «атипичного» аутизма [3,4,5]. Однако, если наличие «большой» кататонии, как установлено по результатам многочисленных исследований (Peralta V. and Cuesta M.J., 1999; Salokangas.K. et al., 2003, Mimica N. et al., 2001; Ungvari G.etal., 2005),отражает бóльшую прогрессивность основного заболевания, то проблема клинико-прогностических особенностей кататонии «mitis» до настоящего времени остается неясной.

Цель. Клиническое изучение «мягкой» кататонии в структуре РШС, направленное на установление психопатологических закономерностей течения, патопсихологических характеристик, клинико-социального прогноза.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе клиники отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель – академик РАН, проф. А.Б. Смулевич) ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Клошник).

Выборку исследования составили 32 пациента (23 мужчины; 9 женщин; средний возраст: 27,2±8,0),госпитализированные или обратившиеся амбулаторно с диагнозом РШС (МКБ-10, F20-21) и наличием в психическом статусе явлений «мягкой» кататонии (оценка по BFCRS: 14,4±6,0). Средняя длительность заболевания на момент обследования составила 11,7±2,2. Использовались клинический, психометрический и патопсихологический методы исследования с применением специализированных шкал (BFCRS; PANSS; таблицы Шульте; корректурная проба; стандартные прогрессивные матрицы Равена (SPM); методика 10 слов; пиктограммы; сравнение понятий; исключение предметов; «классификация»; методики по А.Р. Лурии), дополненные неврологическим обследованием.

Результаты и обсуждение. Симптомы «мягкой» кататонии, в отличие от ее манифестных форм, характеризуются нестойкостью и рудиментарностью проявлений в отсутствии развернутых кататонических феноменов психотического регистра –ступора/возбуждения, восковой гибкости, автоматической подчиняемости, тотального мутизма или стойких эхо-феноменов и пр. Клиническая картина «catatonia mitis» сопоставима с проявлениями «гипокинетической конституции» (Жислин С.Г., 1928) – пациенты диспластичные, неловкие, медлительные,

отличаются маловыразительной мимикой, угловатостью движений, лишенных всякой плавности. Оскудение моторики достигает длительных (несколько часов) «застываний», сопровождается «завороженностью», «маскообразностью» лица, фиксацией взора, перемежающихся с непродолжительными (до минуты) эпизодами гримасничанья и двигательных стереотипов. Типичны жалобы на мышечное «напряжение», вследствие которого движения больных становятся «скованными» или приобретают черты вычурности (пациенты не могут повернуть в сторону голову, ходят с поднятыми кверху плечами, полусогнутыми руками, передвигаются маленькими шажками или по-солдатски шагают).

В качестве отличительной характеристики обследованной казуистики выступает отягощенный перинатальный период (гипоксия и травмы в родах) – установленные диагнозы перинатальной энцефалопатии, минимальной мозговой дисфункции, гипертензионно-гидроцефального синдрома и пр.

Пациентов с детства отличают признаки врожденного когнитивного дефицита: тугоподвижность мышления (выполнение заурядных заданий требует больших усилий), трудности концентрации и удержания внимания (неусидчивость, отвлекаемость), понимания абстрактных понятий (низкая усвояемость «точных» наук), узконаправленность и ограниченность интересов (монотонное «перерисовывание» геометрических фигур, заучивание расписаний и схем движения транспорта, бесцельное коллекционирование). В личностном складе отмечается преобладание шизоидных черт: социальная отгороженность (аутизм) при отсутствии синтонности в общении с окружающими, трудностях понимания иронии, метафор и нюансировок межличностных взаимодействий.

На продромальной стадии заболевания, приходящейся на дошкольный и ранний школьный возраст, пациенты обследованного контингента обнаруживают многочисленные кататонические «стигмы», как правило, проявляющиеся в рудиментарном виде (стереотипии, эхолалии, транзиторные «застывания» и пр.). Однако в ряде случаев (4 набл.) клиническая картина уже на этом этапе сопоставима с описанием кататоноидного типа вялотекущей детской шизофрении (Сухарева Г.Е., 1937) и обуславливает необходимость наблюдения пациентов у врачей-психиатров.

Заболевание манифестирует в подростковом возрасте (15,5±5,8 лет) кататоно-аффективным приступом (длительность 1-3 года) со стертыми проявлениями «мягкой» кататонии, выступающей в рамках синдрома невротической депрессии (Лакосина Н.Д., 1994; Roth M., Mount-joy С.С., 1997). Триггерами первого приступа являются как психотравмирующие события («непринятие» в новом коллективе, утрата значимых друзей и пр.), так и соматогенные провоцирующие факторы (как правило, острые инфекционные заболевания, сопровождающиеся гиперфебрилитетом). В этот период значительно ухудшается успеваемость обследуемых, часть из них (3 набл.) переходит на домашнее обучение.

По минованию приступа на первый план выступают дефицитарные расстройства апатоабулического круга и нарушения мышления, формирующие картину псевдобрадифрени (Воробьев В.Ю., 1988) с психомоторной заторможенностью,

чувством «скованности» ассоциативных процессов, «обрывами», «наплывами», «путаницей» мыслей, чувством «пустоты» в голове во время «застываний». В случаях, отличающихся наибольшей прогрессивностью заболевания, выраженность когнитивных расстройств сопоставима с картиной олигофреноподобного (Башина В.М., 1989) / псевдоорганического (Внуков В.А., 1937) дефекта.

Дальнейший стереотип развития заболевания характеризуется вялым неврозоподобным, но неуклонно прогрессивным течением с клишированными обострениями, протекающими с соучастием «мягкой» кататонии. Психопатологический диапазон «мягких» кататонических явлений, в свою очередь, расширяется за счет «врастания» последних в обсессивно-компульсивные и ипохондрические расстройства. Так, в ряде случаев (13 набл.) в клинической картине появляются двигательные навязчивости, которые амальгамируясь с кататоническими феноменами, трансформируются в синдром «обсессивной замедленности» (Rachman S., 1974; Горшкова И.В., 2018). В другой части наблюдений (8 набл.) на первый план выступают явления «ригидной ипохондрии» (Смулевич А.Б., 1987), когда стойкая фиксация на чувстве «скованности» в теле вынуждает пациентов совершать многочисленные обследования у врачей общесоматического звена («медицинская одиссея» по К. Reckel, 1978). При этом, каждая последующая эскалация состояния сопровождается амплификацией расстройств мышления с неуклонным нарастанием когнитивного дефицита, что находит отражение в снижении образовательного и профессионального стандарта обследуемых.

Влияние когнитивных нарушений на академическую деятельность пациентов демонстрирует преобладание удельного веса неоконченного высшего образования (8 набл.), а также процента (36,5%) лиц среди учащихся (11 набл.), находящихся в академическом отпуске, оформленным в связи с психическим заболеванием.

О масштабах социально-трудовой дезадаптации (средний возраст на момент обследования $27,2 \pm 8,0$), при отсутствии психотических расстройств в приступе, позволяет судить тот факт, что 16 пациентов (50%) не работают, из которых в 6 случаях (18,8%) установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию.

При патопсихологическом обследовании актуального статуса больных на первый план выступают негативные изменения апатоабулического круга («расстройство воли» по PANSS - $4,6 \pm 0,5$), а также черты аутизации («малоконтактность» - $4,2 \pm 0,2$, «социальная отрешенность» - $4,1 \pm 0,4$). При выполнении ряда методик (классификация; исключение предметов) выявляется нарушение операционального компонента мышления, проявляющееся снижением уровня обобщения, динамики мыслительной деятельности, обусловленной инертностью мышления (запаздывающие ответы, трудности переключения). Низкие показатели внимания (табл. Шульте ЭР $55,1 \pm 0,9$), ПУ $1,83 \pm 0,1 > 1$, ВР $1,79 \pm 0,3 > 1$) характеризуются увеличением временного промежутка в работе с каждой последующей таблицей. Кратковременная память (методика «10 слов» $5,6,7,7,7$) соответствует норме (число Миллера 7 ± 2), кривая запоминания по форме плато обусловлена

эмоциональной вялостью больных. Долговременная память (5 ± 2), что говорит о плохом слеодообразовании, вследствие интерференции. Показатель, эквивалентный уровню интеллекта (Матрицы Равена $86,2\pm 0,8$), соответствует уровню ниже среднего.

У большинства обследуемых отмечаются нарушения в зрительно-пространственной сфере (фигура Рея-Тейлора), ошибки при оценке расстояний и пропорций. В пробах на кинестетический праксис наблюдаются трудности в произвольной регуляции (поза пальцев рук). В пробах на динамический праксис (кулак-ребро-ладонь) отмечается выраженная замедленность выполнения задания, сбой при убыстрении темпа выполнения проб.

Выводы. Наличие в клинической картине «мягкой» кататонии, насколько позволяет судить ограниченный объем собственной казуистики, является неблагоприятным прогностическим признаком и может служить маркером появления и нарастания дефицитарных и когнитивных изменений.

Список литературы:

1. Grover S., Chakrabarti S., Avasthi A., Kumar S., Dutt A. Phenomenology and treatment of Catatonia: A descriptive study from north India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2011,53(1):36. doi:10.4103/0019-5545.75559
2. Benarous X. et al., Catatonia in children and adolescents: New perspectives, *Schizophr. Res.* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.028>
3. Dhossche D. Catatonia in Autism Spectrum Disorders: Diagnosis, Therapy and Clinical Science. *Autism and Developmental Disorders*. 2019,17(1):24-35. doi:10.17759/autdd.2019170104
4. Sarkar P., Patra B., Sattar F.A., Chatterjee K., Gupta A., Walia T.S. Dissociative Disorder Presenting as Catatonia *Indian Journal of Psychiatry*. 2004 Apr-Jun,46(2): 176–179.
5. Болгов М.И. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии. *Журнал Психиатрия*. 2015,68(04):32-36.

УДК 616.89-008.431

Бравве Л. В., Захарова Н.В.

Клиническая типология кататонии при расстройствах шизофренического спектра

*ГБУЗ “Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения Москвы”, г. Москва, Россия
e-mail: bravve95@yandex.ru*

Актуальность. Кататония, обозначенная К. Кальбаумом в 1874 году в качестве дискретного психомоторного заболевания, в 21 веке остается малоизученным синдромом. Принятые на протяжении столетия взгляды на кататонию как на подтип шизофрении, подлежат пересмотру, а нозологическая принадлежность кататонических симптомов является предметом дискуссий [1,2].

Необходимо отметить несколько методологически неуточненных аспектов. Во-первых, диагностические характеристики для кататонии не очерчены; так, согласно пока актуальным, но уже устаревшим критериям МКБ-10, для диагностики кататонической формы шизофрении необходимо (помимо признаков шизофрении) наличие хотя бы одного специфического кататонического симптома на протяжении, как минимум, двух недель. Этот момент представляется спорным для диагностики, например, эхо-феноменов или ступора.

В проекте МКБ-11 подтипов шизофрении нет, а кататония вынесена в отдельный, коморбидный другим расстройствам (шизофрении, аффективным расстройствам, аутизму и т.д.) синдром; при этом временной критерий признаков не указан.

Дифференциация кататонии (на гипер- и гипокинетические формы) приведена лишь в DSM-II, где указанные формы обозначены как «excited» (возбужденный) и «withdrawn» (отрешенный) [3], в отечественной литературе предлагается разграничение по динамическим характеристикам - “периодическая”, “непрерывная”. Систематика, предложенная школой Wernike-Klest-Leonhardt, Leonhard (1957) предполагает дифференциацию кататонии по трем группам: с эпизодическим или циклическим биполярным течением: в виде маниакально-депрессивного расстройства (без психотических симптомов); циркулярных двигательных психозов (с психотическими феноменами и благоприятным прогнозом); и бессистемной шизофрении (с психотическими феноменами и неблагоприятным прогнозом). На современном этапе такая систематика представляется малоприменимой в силу изменяющихся клинических парадигм.

Третьим фактором актуальности можно считать то, что при изучении этиопатогенеза кататонии с привлечением современных технологий, например, нейровизуализации [4,5,6], дифференциации кататонии, как правило, нет, что и обуславливает затруднение применения на практике результатов фундаментальных исследований. Другим недостатком является то, что протоколы экспериментов сосредоточены на изучении отдельных феноменов (например, эхоталии или эхопраксии [7,8]), то есть без учета клинико-динамических и других психопатологических особенностей.

Этот ряд вопросов обуславливает актуальность клинической дифференциации кататонии при шизофрении с учетом их клинико-динамических и психометрических характеристик.

Цель исследования. Провести психопатологический и клинико-динамический анализ отдельных групп пациентов с кататоническими симптомами.

Материал и методы. Выборка представлена 37 пациентами из числа госпитализированных в ГБУЗ “ПКБ №1 ДЗМ” (главный врач - д.м.н. Костюк Г.П., работа выполнена под руководством к.м.н. Захаровой Н.В.). Работа является частью проекта “Нейробиологические маркеры эндогенных психозов”, получившего одобрение Независимого междисциплинарного комитета по этической экспертизе клинических исследований от 14 июля 2017 года (протокол № 12).

Критерии включения:

- возраст 18-35 лет;
- наличие в психическом статусе при поступлении в стационар кататонических симптомов;
- соответствие психического состояния диагностическим критериям кататонической шизофрении (F20.2) в соответствии с МКБ-10;
- информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: признаки соматического или неврологического заболевания, задержки психомоторного развития, злоупотребление алкоголем или ПАВ, признаки нейролептических явлений.

Процедура обследования пациентов: анализ социодемографических характеристик, характеристика течения болезни, шкала дифференцированной оценки симптомов, оценка выраженности клинических признаков, показатели международных психометрических шкал (PANSS, BFCRS, NSA-4), критерии диагностики шизофрении МКБ-11.

Статистическая обработка проведена методом Краскела-Уоллиса в программе “Statistica 10”.

Результаты. Пациенты с психомоторными нарушениями разделены на три группы в зависимости от тяжести кататонии на период обследования в соответствии с оригинальной концепцией К. Кальбаума. Результаты психометрии представлены в таблице 1.

Таблица 1. Степень тяжести симптомов по результатам обследования с помощью психометрических шкал

Показатель/группа	mitis (n=15)	gravis (n=11)	protracta (n=11)	Критерий Краскела - Уоллиса (H-критерий)
BFCRS	15	18	29	0.00488* ($h_{эмп} = 10.64504$)
PANSS общий	113	130	138	0.01386* ($h_{эмп} = 8.55687$)
G5 (манерность и поза)	4,3	3,8	4,7	0.48506 ($h_{эмп} = 1.44697$)
G14 (недостаточный контроль импульсивности)	3,5	4,6	5,3	0.10562 ($h_{эмп} = 4.49589$)
NSA-4	21,9	21,8	28,1	0.00395* ($h_{эмп} = 11.06886$)

*статистически значимо

Первая группа (6 мужчин, 9 женщин, средний возраст - 26,7 лет), состояние которых соответствует описанию *catatonia mitis*. Средний балл по шкале BFCRS - 15, по шкале PANSS - 113 баллов, при этом среднее значение пункта G5 - 4,3; G14 - 3,5. Средний балл по шкале NSA-4 - 21,9. Это самая «мягкая» фор-

ма психомоторных нарушений. Кататонические симптомы представлены в большинстве наблюдений субступорозным состоянием без признаков помрачения сознания, с фиксацией взгляда, отказом от еды, эпизодами катаlepsии и пассивного негативизма. Среди преморбидных черт пациентов этой группы обращает внимание тревожность, ответственность, склонность к рефлексии при относительно высоком уровне когнитивных функций (67% из них получили высшее образование). Средний возраст начала продромальных явлений 21,3 года, характеризующихся значительным изменением поведения с нарастанием социальной дезадаптации, снижением социальной продуктивности, с появлением нестойких идей отношения. Кроме того, в дебюте эндогенного процесса отмечались аффективные расстройства в виде астенических и апатических депрессий с нарушениями мышления в виде ощущения “пустоты и тумана в голове”. В двух случаях развитие психоза произошло через несколько месяцев после родов. Манифестация психоза острая, в течение двух-пяти дней с внезапно возникающими бредовыми идеями (без отчетливой фабулы и систематизации), псевдогаллюцинациями, явлениями психического автоматизма. В 67% наблюдений речь идет о первом психотическом эпизоде, в остальных экзacerbация психотических расстройств происходит аутохтонно по типу “клише”.

Вторая группа - 5 мужчин, 6 женщин (ср. возраст - 27,1 лет), чье состояние соответствовало описанию *catatonia gravis*. Средний балл по шкале BFCRS - 18, по шкале PANSS - 130, средние баллы пункта G5 - 3,8, G14 - 4,6 балла. Средний балл по шкале NSA-4 составил 21,8. Кататония представлена ступорозными состояниями, сменяющимися периодами импульсивного возбуждения с речевыми и моторными стереотипиями, негативизмом, мутизмом. В том числе, группа представлена пациентами с онейроидным помрачением сознания, нарушением вегетативных функций с субфебрилитетом. Именно в этой группе чаще назначалась ЭСТ (46% пациентам).

При анализе анамнестических данных обращают внимания такие особенности преморбида как перинатальная патология, наличие когнитивных или неврологических нарушений детского возраста без значительной дезадаптации в тот период. Средний возраст начала продрома - 19 лет с длительностью от одного дня до нескольких месяцев, на протяжении которых отмечались явления кататонии - замедленность в движениях, отказ от еды при отсутствии бредовых и галлюцинаторных расстройств. Структура психотического эпизода полиморфная, однако в большинстве наблюдений - классическое развитие синдрома Кандинского-Клерамбо с последовательным чередованием стадий параноийального, параноидного и парафренного бреда. В трех наблюдениях психоз представлен острым чувственным бредом с развитием онейроидного помрачения сознания. По клинико-динамическим характеристикам пациенты второй группы отличаются тем, что течение заболевания характеризуется приступообразностью с формированием неполных ремиссий длительных (до 11 лет) со снижением уровня функционирования. Так, 73% пациентов - безработные допенсионного возраста.

Течение заболевания **в третьей группе пациентов (9 мужчин, 2 женщины-**

ны, средний возраст - 25,5 лет), психомоторные расстройства у которых обозначены как *catatonia protracta*, наиболее неблагоприятное - с ранним началом и наличием кататонических расстройств с детского возраста, а также с наиболее выраженными по сравнению с предыдущими группами негативными симптомами. Средний балл по шкале BFCRS - 29, по PANSS - 138 баллов, при этом среднее значение пункта G5 - 4,7, а G14 - 5,3 балла, что свидетельствует о тяжести психомоторных нарушений. Средний балл по шкале негативных симптомов (NSA-4) также существенно выше и составляет 28,1, при этом 5 из 11 пациентов инвалиды. Пациенты этой группы наблюдаются психиатрами с подросткового возраста, с детства отличаются шизоидными чертами (по типу “образцового ребенка”) со склонностью к монотонной и стереотипной деятельности при невысоком уровне когнитивных функций (в виде посредственной школьной успеваемости). Средний возраст начала продромального периода - 15,9 лет, длительностью около года в виде эмоционально-волевых нарушений с антисоциальным поведением, эпизодами злоупотребления алкоголем или ПАВ, и нарастанием негативных симптомов - эмоциональной холодности, редукции энергетического потенциала. При манифестации психоза на первый план выступают редуцированные полиморфные формы психотических симптомов, например, неразвернутый синдром Кандинского-Клерамбо или несистематизированные бредовые идеи. При поступлении кататонический синдром в основном определяется импульсивностью с немимым возбуждением, активным негативизмом, амбитендентностью, гримасничеством. Межприступные периоды сопровождаются непрерывным течением продуктивной симптоматики, а также кататоническими феноменами - брадикинезией, катаlepsией, стереотипной организацией быта.

При сравнении клинико-динамических показателей заболевания пациентов, выявлены статистически значимые различия среднего возраста манифестации психоза, обращения к психиатрам, госпитализации и длительности заболевания (табл. 2). Ожидаемо, при форме кататонии *protracta* указанные характеристики свидетельствуют о неблагоприятном течении.

Таблица 2. Клинико-динамические показатели для трех групп пациентов

Показатель, лет	mitis (n=15)	gravis (n=11)	protracta (n=11)	Критерий Краскела - Уоллиса (H-критерий)
Средний возраст на момент исследования	26.7 ± 5.4	27.1 ± 5.5	25.5 ± 5.2	0.85921 ($h_{\text{эмп}} = 0.30348$)
Средний возраст продромального периода	21.3 ± 7.5	18.9 ± 8.2	16 ± 4.6	0.26056 ($h_{\text{эмп}} = 2.68983$)
Средний возраст манифестации расстройства	26.2 ± 5.7	23.7 ± 6.6	20.1 ± 3.7	0.02133* ($h_{\text{эмп}} = 7.69537$)
Средний возраст первого обращения к психиатрам	25.9 ± 5.9	20.2 ± 7.2	19.8 ± 3.8	0.01691* ($h_{\text{эмп}} = 8.15937$)

Средний возраст первой госпитализации в стационар	25.9 ± 5.9	21.3 ± 6.9	19.8 ± 3.8	0.01627* ($h_{\text{эмп.}} = 8.23723$)
Длительность болезни от продрома	5.4 ± 5	8.2 ± 6.6	9.6 ± 5.1	0.12407 ($h_{\text{эмп.}} = 4.17382$)
Длительность болезни от манифестации расстройства	0.5 ± 0.9	3.4 ± 5.8	5.4 ± 5.2	0.00245* ($h_{\text{эмп.}} = 12.0202$)

*статистически значимо

В ходе исследования проведен сравнительный анализ психометрических показателей по диагностическим критериям МКБ-11. Выявлены статистически значимые различия тяжести негативных и когнитивных симптомов (табл. 3) при отсутствии отличий выраженности позитивной симптоматики и психомоторных нарушений на момент обследования.

Таблица 3. Шкала оценки уточняющих критериев симптоматики согласно МКБ-11.

Показатель/группа	mitis (n=15)	gravis (n=11)	protracta (n=11)	Критерий Краскела - Уоллиса (Н-критерий)
Позитивные симптомы	2,5	2,9	2,9	0.05587 ($h_{\text{эмп.}} = 5.76951$)
Негативные симптомы	1,4	2,3	2,7	0.00076* ($h_{\text{эмп.}} = 14.35948$)
Депрессивные аффективные симптомы	0,3	0,6	0,1	0.253 ($h_{\text{эмп.}} = 2.74876$)
Маниакальные аффективные симптомы	0,2	0,4	0,6	0.63982 ($h_{\text{эмп.}} = 0.89313$)
Психомоторные симптомы	2,4	2,5	2,6	0.8155 ($h_{\text{эмп.}} = 0.40791$)
Когнитивные симптомы	1,3	0,8	2	0.04675* ($h_{\text{эмп.}} = 6.12581$)

*статистически значимо

Обсуждение. Кататонический синдром неоднороден по структуре и представляет собой сочетание двигательных (как со стороны скелетной, так и мимической мускулатуры), поведенческих и психопатологических аномалий, сопровождающихся вегетативными нарушениями, что отражает тяжесть психопатологических расстройств [9], приводящих в части случаев к летальным исходам [10]. Концепция Kahlbaum, предполагающая включение психомоторных симптомов в определение и критерии эндогенных психозов, имеет фундаментальное значение для клинической психопатологии и остается актуальной в плане дифференциации

психического состояния и построения прогноза заболевания. Возможно, для достижения консенсуса между противоречивыми теориями кататонии, будет целесообразно отвлечься от дискретных симптомов кататонии, а рассматривать этот синдром в клинико-динамическом аспекте.

Список литературы.

- 1 - Weder N. D., Muralee S., Penland H., Tampi R. R. (2008). *Catatonia: A Review. Annals of Clinical Psychiatry*, 20(2), 97–107.
- 2 - Fink M., Shorter E., Taylor M. A. (2009). *Catatonia Is not Schizophrenia: Kraepelin's Error and the Need to Recognize Catatonia as an Independent Syndrome in Medical Nomenclature. Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 314–320.
- 3 - American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1968.
- 4 - Northoff G., Steinke R., Czervinka C., Krause R., Ulrich S., Danos P., Kropf D., Otto H., Bogerts B. (1999). *Decreased density of GABA-A receptors in the left sensorimotor cortex in akinetic catatonia: investigation of in vivo benzodiazepine receptor binding. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 67(4), 445–450.
- 5 - Dhossche D. M., Stoppelbein L., Rout U. K. (2010). *Etiopathogenesis of Catatonia. The Journal of ECT*, 26(4), 253–258.
- 6 - Walther S., Stegmayer K., Wilson J. E., Heckers S. (2019). *Structure and neural mechanisms of catatonia. The Lancet Psychiatry*, 6(7), 610–619.
- 7 - Mehta U. M., Basavaraju R., Thirthalli J. (2013). *Mirror Neuron Disinhibition may be Linked with Catatonic Echo-Phenomena: A Single Case TMS Study. Brain Stimulation*, 6(4), 705–707.
- 8 - Ganos C., Ogrzal T., Schnitzler A., Münchau A. (2012). *The pathophysiology of echopraxia/echolalia: Relevance to Gilles De La Tourette syndrome. Movement Disorders*, 27(10), 1222–1229.
- 9 - Снежневский А.В. Nosos et Pathos schizophreniae // В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина. — 1972.
- 10 - Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. Клиника, патогенез, лечение. М., 1982.

УДК 616.89–02-07

Гусев М.А.

Шизоаффективное расстройство в DSM-5 и МКБ-11. Клинический случай

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

г. Москва, Россия

e-mail: powilenski@gmail.com

Актуальность. Шизоаффективное расстройство (ШАР) – расстройство шизофренического спектра, проявляющееся как аффективными, так и шизофреническими симптомами, возникающими в рамках одного приступа заболевания [1]. Со времен его выделения как отдельной диагностической категории Казаниным [2] в

1933 году, представления о клинической картине ШАР, а также взгляды на его положение среди прочих психических расстройств неоднократно подвергались пересмотру; этот процесс продолжается и по сей день. Некоторыми исследователями было предложено упразднить эту категорию вовсе[3], однако диагноз ШАР остается в общепризнанных классификациях: DSM-5 и МКБ-10, не отказались от него и в 11-ой редакции МКБ, которая в 2022 году должна заменить предыдущую версию[4]. В то же время, несмотря на существование консенсусной международной классификации, сохраняются значительные различия в концептуализации ШАР. К наиболее распространенным взглядам относятся следующие: ШАР как благоприятная форма шизофрении; ШАР как самостоятельная, промежуточная между шизофреническими и аффективными расстройствами нозологическая форма; ШАР как атипичная форма биполярного аффективного расстройства[5]. Такие различия приводят к неизбежным затруднениям в диагностике ШАР: в зависимости от применяемых критериев шизоаффективные пациенты могут быть диагностированы как пациенты с шизофренией или пациенты с биполярным расстройством[6].

В этой работе мы хотели бы сравнить диагностические критерии ШАР в DSM-5 и МКБ-11, обратив внимание на сходства и различия диагностического подхода, на примере клинического случая.

Клинический случай. Возраст пациента 25 лет. Наследственность манифестными психозами неотягощена. Под наблюдением психиатров находится с 2018 года, за это время был однократно госпитализирован в ПБ№13, однократно – в частную наркологическую клинику. Текущая госпитализация третья по счету. Имеет высшее экономическое образование, работает программистом, проживает с матерью. Из анамнеза известно, что раннее развитие и школьный период протекали без особенностей. После окончания школы и поступления в вуз начались аффективные колебания как к положительному, так и к отрицательному полюсу, которые были непродолжительными и неглубокими, не приводили к выраженной дезадаптации, в связи с чем к психиатрам не обращался. В возрасте 20 лет (весна 2014), во время поездки по обмену в Германию перенес первый тяжелый эпизод снижения настроения с суицидальными мыслями и самоповреждениями, продолжавшийся около 3 месяцев и окончившийся самопроизвольно по возвращении в Россию. В последующие три года после окончания обучения работал в банке, за это время перенес несколько аффективных эпизодов обоих полюсов, которые продолжались от двух недель до месяца и приводили к умеренному снижению работоспособности. Отмечались двоянные и строенные приступы. В возрасте 23 лет (2017) на высоте очередного эпизода снижения настроения развились вербальные иллюзии, персекуторные бредовые идеи в отношении своих коллег и руководства, которые привели к увольнению из банка по собственному желанию. Убеждение в реальности преследования сохранялось около 3 месяцев, после чего постепенно сформировалась частичная критика к перенесенному состоянию. Последующие аффективные эпизоды протекали с включениями беспричинной тревоги, фрагментарными обманами восприятия или нестойкими бредовыми идеями. В возрасте 24 лет (лето 2018), во время одного из эпизодов снижения настроения с окликами,

тревогой, ощущением преследования, самостоятельно обратился в ПБ№13, где состояние было расценено как депрессивно-бредовое. В течение 10 дней получал терапию антипсихотиками и антидепрессантами с положительной динамикой и был выписан в связи с отказом от лечения. После выписки непродолжительно принимал кветиапин и феварин, состояние стабилизировалось. В возрасте 25 лет (лето 2019) в течение месяца употреблял амфетамин, после отмены остро развилось психотическое состояние с несистематизированным персекуторным бредом и бредом метаморфозы, дезорганизацией мышления и аффективной сферы, импульсивным и агрессивным поведением. Был госпитализирован в наркологическую клинику, спустя неделю был выписан с положительным эффектом. Со слов пациента, после выписки в течение двух месяцев сохранялось субпсихотическое состояние с эпизодами антагонистического бреда, бреда особого значения, характеризовавшееся частичной критикой. Настоящее изменение состояния с середины января 2019 года (25 лет). В течение нескольких дней пребывал в приподнятом настроении, был активен, многоречив, оптимистичен. 26 января 2020 года внезапно изменился в поведении, явился в квартиру матери, был растерян, говорил, что все перепуталось и он ничего не понимает. К вечеру стал более заторможен, погружен в переживания, не реагировал на обращенную речь, застыл в необычных позах, растерянно и бессистемно высказывал бессмысленные идеи. Утром следующего дня вновь жаловался на путаницу мыслей, заявил матери, что отправится в храм, после чего скрылся. Обнаружен в общественном месте обнаженным, растерянным, напуганным. По направлению дежурного психиатра госпитализирован в ПКБ№1. Статус пациента при поступлении был представлен массивной псевдогаллюцинаторной симптоматикой, несистематизированными бредовыми идеями, малодоступностью продуктивному контакту и отрешенностью, двойной ложной ориентировкой, кататоническими явлениями. Данная симптоматика наблюдалась на фоне преимущественно повышенного настроения, перемежавшегося эпизодами интенсивной тревоги с психомоторным возбуждением. Данное состояние было квалифицировано как онейроидная кататония, в течение 2 недель после начала терапии оланзапином и диазепамом были достигнуты полная редукция кататонической симптоматики и обманов восприятия, частичная стабилизация аффективной сферы и уменьшение тревоги, при этом фон настроения оставался повышенным в течение еще нескольких дней. После выхода из состояния не отмечалось негативных симптомов, к перенесенному психозу быстро сформировалась частичная критика. Текущий приступ начался с маниакального состояния, на фоне которого развилось бредовое настроение в виде беспричинной тревоги и бредовых идей особого значения. В результате кристаллизации сформировался несистематизированный чувственный параноидный бред с завершённым синдромом психических автоматизмов. Наконец, состояние достигло уровня онейроидной кататонии, которую пациент в основном амнезировал. Таким образом, динамика болезни пациента следующая: доманифестный период был представлен субсиндромальными биполярными аффективными колебаниями и продолжался около 4 лет, после чего заболевание манифестировало тяжёлым депрессивным эпизодом, спровоциро-

ванным стрессом. Пациент перенес несколько аффективных фаз обоих полюсов преимущественно умеренной степени тяжести в течение трех лет. В дальнейшем в клинической картине помимо аффективных наблюдались психотические симптомы в виде фрагментарных обманов восприятия и персекуторного бреда различной степени систематизации. Летом 2019 года пациент перенес аффективно-бредовый психоз, индуцированный прекращением употребления психоактивного вещества (ПАВ). Настоящий приступ можно оценить как маниакально-бредовый, на высоте достигший степени онейроидной кататонии. Следует отметить высокое качество межприступных ремиссий и отсутствие нарастающей дефицитарной симптоматики.

МКБ-11

Согласно МКБ-11, диагноз шизоаффективного расстройства выставляется в том случае, если текущий эпизод расстройства одновременно отвечает диагностическим критериям шизофрении маниакального (смешанного) или депрессивного эпизода. Продолжительность как психотических, так и аффективных симптомов должна составлять не менее месяца. Кроме того, симптомы не должны быть вызваны другим медицинским состоянием или эффектом каких-либо веществ или лекарств. После постановки диагноза ШАР используются уточняющие критерии: тип течения (первый эпизод, множественные эпизоды, непрерывное течение), и дименсиональная оценка шести доменов симптоматики (позитивных, негативных, когнитивных, маниакальных, депрессивных и психомоторных симптомов). Диагностика психотических расстройств в МКБ-11 производится лишь в отношении текущего эпизода, без учета предыдущей истории болезни пациента. Несмотря на наличие нескольких эпизодов заболевания с психотическими симптомами в анамнезе пациента, лишь последний из них соответствует приведенным критериям. Во время первых аффективно-психотических состояний удельный вес аффективной симптоматики был выше, она продолжалась значительно дольше психотической. Перенесенный летом 2019 года психоз, по-видимому, нельзя считать шизоаффективным, так как он возник на фоне употребления ПАВ (критерий исключения в МКБ-11). Текущий эпизод начался как маниакальный, длительностью около 7-10 дней, к которому присоединились психотические симптомы, в том числе синдром психических автоматизмов и онейроидная кататония. Суммарная длительность этого эпизода с учетом резидуальной фазы составила больше одного месяца, а его начало не было связано с приемом ПАВ. Таким образом, диагноз по МКБ-11 на момент госпитализации – шизоаффективное расстройство, первый эпизод, текущая симптоматика, с высокой степенью выраженности психотических и психомоторных симптомов и средней степенью выраженности симптомов маниакального домена.

DSM-5

Критерий А для ШАР в DSM-5 практически не отличается от основных критериев в МКБ-11 и требует одновременного наличия во время эпизода расстройства выраженных аффективных симптомов, сохраняющихся в течение большей части активной и резидуальной фазы (критерий С), и критериев шизофрении.

Кроме того, для установления диагноза ШАР требуется наличие в анамнезе эпизода бреда или галлюцинаций длительностью не менее двух недель при отсутствии аффективных симптомов (критерий В). Американская классификация также подчеркивает необходимость исключения других причин для развития наблюдаемых симптомов, таких как иные расстройства или эффект вещества, или лекарства (критерий D). Уточняющие критерии используются для кодировки типа (биполярный или депрессивный), наличия кататонии, а также, подобно МКБ-11, типа течения с указанием первого эпизода, множественного эпизода и непрерывного течения. Так как в большинстве случаев психотические симптомы развивались у пациента на фоне аффективной симптоматики, большую часть продолжительности заболевания оно не отвечало критерию В. Вместе с тем, за несколько месяцев до последнего эпизода пациент в течение двух месяцев пребывал в субпсихотическом состоянии с антагонистическими бредовыми идеями и идеями особого значения, что позволяет считать критерий В выполненным. Таким образом, диагноз по DSM-5 – шизоаффективное расстройство, биполярный тип. Текущий эпизод, первый, с кататоническими симптомами.

Выводы

В двух исследованных классификациях сохраняются значительные различия диагностического подхода: МКБ-11 обращает внимание на необходимость одновременного сосуществования психотических и аффективных симптомов в текущем эпизоде, в то время как DSM-5, помимо этого, также требует наличия периода с чисто психотическими симптомами в длиннике заболевания (лонгитюдинальный критерий). В отличие от DSM-5, МКБ-11 в основном фокусируется на текущем эпизоде, а характеристика предыдущих не играет существенной роли при диагностике. В контексте данного наблюдения нам представляется, что введение лонгитюдинального критерия в DSM-5 представляется избыточным, так как в реальной клинической практике информация об анамнезе заболевания может быть неполной, при этом акцент смещается на аффективную симптоматику, что может привести к неправильной тактике лечения.

Список литературы:

1. Тиганов А. С. Психиатрия: руководство для врачей. В двух томах //М.: Медицина. – 2012.
2. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. // *American Journal of Psychiatry*. –vol. 90. –no. 1. –pp. 97-126. – 1933.
3. Wilson J. E., Nian H., Heckers S. The schizoaffective disorder diagnosis: a conundrum in the clinical setting. // *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. –vol. 264. – no. 1. – pp. 29-34. – 2014.
4. Павличенко А. В. Будущие классификации психотических расстройств (по материалам конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012 г.) // *Психиатрия и психофармакотерапия*. – т. 15. – № 1. – сс. 67-72. – 2013.
5. Goodwin F. K., Jamison K. R. Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression, vol. 1 // *Oxford University Press*. – 2007.
6. Murru A., et al. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder. – 2016.

УДК 616.895.87:616.89-008.454

Колесников Д.А., Туренко С.А., Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В.

Влияние сопутствующей органической дисфункции или повреждения головного мозга на когнитивные нарушения у пациентов с параноидной шизофренией

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени
Святителя Луки»
г. Луганск, Луганская Народная Республика
e-mail: kafpsych@mail.ru*

Актуальность. Шизофрения является заболеванием, при котором специфические клинические проявления весьма разнообразны и полиморфны. Помимо позитивной и негативной симптоматики достаточно весомым аспектом заболевания являются когнитивные нарушения. По имеющимся данным нарушение хотя бы одной когнитивной функции у пациентов с шизофренией встречается до 90% случаев, двух – до 75%. Нейрокогнитивный дефицит обуславливает снижение социальной компетентности больных, что в конечном итоге в значительной степени влияет на качество жизни в целом. Социальная когниция, которая представляет собой многомерную модель психических процессов, лежит в основе социального функционирования. Она особенно важна в рамках психосоциальной модели понимания когнитивных нарушений при шизофрении, так как ее формирование происходит в течение жизни. Так, по данным исследований А.Б. Шмуклера и Е.А. Семенова, проведенных в 2013 г., меньшее поражение когнитивных функций наблюдается при более позднем начале заболевания, что может указывать на важность нарушения социальной когниции [1]. Так, одной из главных причин нейрокогнитивного дефицита являются патологические морфофункциональные изменения головного мозга, что отражает биологический подход к пониманию расстройства когниции у больных шизофренией. Это подтверждает большое количество исследований, включая систематические обзоры В. Birur et al. и В. Dietsche et al., а также мета-анализ S.P. Brugger и O.D. Howes из Имперского колледжа Лондона, проведенные в 2017 г. [4, 5, 6]. Общим для всех работ в данном направлении является предположение о роли структурных изменений коры больших полушарий и плотности ее серого вещества. Также исследование А.Е. Seaser и D.M. Varch из Университета Вашингтона говорит о важности патологической активности полосатого тела и нарушений процессов когнитивного контроля [7].

Нарушения когнитивных функций характерны для ряда неврологических заболеваний, поражающих головной мозг. Они включают черепно-мозговую травму, нейродегенеративные, сосудистые и инфекционные заболевания центральной нервной системы. Наиболее хорошо изучена в этом отношении черепно-мозговая травма и сосудистая энцефалопатия. Так, в систематическом обзоре В.В. Захарова и Е.А. Дроздова уделяется особое внимание поражению коры при черепно-мозговой травме, что делает схожим морфологический субстрат развития нейрокогнитивных нарушений при шизофрении и ЧМТ [2]. Схожесть когнитивных

нарушений при токсической и сосудистой энцефалопатии с таковыми при шизофрении создает поражение базальных ганглиев, что указывается в работе О.И. Шевченко и др. [3]. Однако данные, свидетельствующие о четкой взаимосвязи эндогенного и экзогенного процесса, влияющего на нейрокогнитивные функции при шизофрении, в современных исследованиях отсутствуют.

Цель исследования. Оценка влияния сопутствующей органической патологии головного мозга на состояние когнитивной сферы у пациентов с параноидной шизофренией.

Материал и методы. Было обследовано 58 пациентов с диагнозом шизофрения, параноидная форма, находящихся на стационарном лечении в психиатрических отделениях Государственного учреждения «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница» Луганской Народной Республики, которое является клинической базой ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки». Диагноз верифицирован по критериям МКБ-10. Из 58 пациентов: 24 мужчины (41%) и 34 женщины (59%). Средний возраст пациентов составил $44,4 \pm 1,7$ года. Манифестация заболевания отмечалась в среднем в возрасте $33,2 \pm 5,8$ лет. По типу течения заболевания: у 7 (12%) пациентов – непрерывный тип течения заболевания; у 10 (17%) – эпизодическое течение с прогрессивным дефектом; у 41 (71%) – эпизодическое течение со стабильным дефектом. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациенты без сопутствующей органической патологии ($n=34$), 2-я – пациенты с сопутствующей органической дисфункцией или повреждением головного мозга ($n=24$). Критерии исключения из исследования: наличие острого психотического состояния, зависимости от психоактивных веществ, обострение хронического соматического заболевания.

Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации об этических принципах проведения медицинских исследований с участием людей в качестве субъектов (2000 г.). Были использованы клинико-психопатологический, кагностический, клинико-шкальный, нейропсихологический и статистический методы. Нами проведено клиническое интервью с пациентами, изучены анамнестические данные, проведена оценка позитивной и негативной симптоматики с помощью Шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS). Когнитивная сфера оценивалась с помощью следующих методик: шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS); комплексная фигура Рея-Остеррица (ROCF) с последующей оценкой результатов по Бостонской качественной системе оценки (BQSS). Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICAV. 12.5. Результаты оценивали с помощью критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ проведен с применением коэффициента Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты и их обсуждение. При проведении оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией по шкале BACS средний показатель суммарной оценки в 1-й группе составил $93,5 \pm 2,1$, максимальное значение – 115,9, мини-

мальное – 72,5. Анализ данных показал достоверно более высокое значение суммарного балла по шкале BACS у пациентов 1-й группы (выше на 20,1 балла ($p \leq 0,05$). Корреляционный анализ позволил выявить прямую умеренную взаимосвязь: лучшее состояние когнитивной сферы определялось при отсутствии органической дисфункции или повреждения головного мозга ($r=0,691$, $p \leq 0,05$). Статистически значимой была разница в результатах теста на вербальную память, речевую беглость и проблемно-решающее поведение. Показатель теста на вербальную память в 1-й группе был выше на 6,1 балла ($p \leq 0,05$), на речевую беглость – на 7,5 балла ($p \leq 0,05$), проблемно-решающее поведение – на 3,7 балла ($p \leq 0,05$). Также, лучшие результаты выполнения данных тестов наблюдались при более высоком общем балле по BACS, что подтвердилось корреляционным анализом: достаточно высокий уровень связи определен при тестах на вербальную память ($r=0,870$, $p \leq 0,05$) и речевую беглость ($r=0,753$, $p \leq 0,05$), умеренная-прямая связь обнаружена при тесте на оценку проблемно-решающего поведения ($r=0,639$, $p \leq 0,05$). По данным теста Рея-Остеррица пациенты без органического фона достоверно имели более высокие показатели по сравнению с 2-й группой по таким суммарным оценкам как долговременная зрительно-моторная память – на 9,1 балл ($p \leq 0,05$), организация – на 5,4 балла ($p \leq 0,05$) и конструктивная способность – на 10,1 балл ($p \leq 0,05$). Полученные результаты показали умеренную связь с композитным баллом по BACS: долговременная зрительно-моторная память ($r=0,532$, $p \leq 0,05$), организация ($r=0,561$, $p \leq 0,05$), конструктивная способность ($r=0,639$, $p \leq 0,05$). По шкале PANSS было сделано заключение о более выраженном уровне дефицитарной симптоматики у пациентов 2-й группы: суммарный балл по шкале негативных симптомов достоверно выше на 7,8 балла, чем в 1-й группе ($p \leq 0,05$). При проведении корреляционного анализа была установлена умеренная обратная связь между показателями по шкале негативных симптомов, суммарным баллом по BACS ($r = -0,653$, $p \leq 0,05$) и данным теста Рея-Остеррица (долговременная зрительно-моторная память ($r = -0,602$, $p \leq 0,05$) и организация ($r = -0,611$, $p \leq 0,05$). Таким образом, было выявлено лучшее состояние когнитивной сферы у пациентов без сопутствующей органической патологии головного мозга по сравнению с пациентами 2-й группы, что наглядно показывают результаты проведенных тестов.

Выводы. Наличие сопутствующей органической дисфункции или поражения головного мозга оказывает значительное влияние на нейрокогнитивный статус больных шизофренией. В частности, у данной категории больных страдает слухоречевая память, долговременная зрительно-моторная память, скорость обработки информации и проблемно-решающее поведение. Проведенные исследования свидетельствуют о достоверной связи между когнитивными нарушениями и негативной симптоматикой, что в существенной степени способствует снижению социальной компетентности больных.

Список литературы:

1. Шмуkler А.Б. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройств шизофренического спектра на началь-

ных этапах заболевания / А.Б. Шмуклер, Е.А. Семенов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – С. 19-23.

2. Захаров В.В. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой / В.В. Захаров, Е.А. Дроздова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – Т. 4. – С. 88—93.

3. Шевченко О.И. Дифференциально-диагностические критерии когнитивных нарушений при токсической и дисциркуляторной энцефалопатии / О.И. Шевченко, Е.В. Катаманова, О.Л. Лахман, И.А. Денисова // Экология человека. – 2013. – Т. 11. – С. 30-37.

4. Birur B. Brain structure, function, and neurochemistry in schizophrenia and bipolar disorder—a systematic review of the magnetic resonance neuroimaging literature / B. Birur, N.V. Kraguljac, R.C. Shelton, A.C. Lahti // NPJ Schizophrenia. – 2017. – Vol. 3 (1). – P. 1-13.

5. Dietsche B. Structural brain changes in schizophrenia at different stages of the illness: A selective review of longitudinal magnetic resonance imaging studies / B. Dietsche, T. Kircher, I. Falkenberg // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2017. – Vol. 51 (5). – P. 500–508.

6. Brugger S.P. Heterogeneity and Homogeneity of Regional Brain Structure in Schizophrenia: A Meta-analysis / S.P. Brugger, O.D. Howes // JAMA Psychiatry. – 2017. – Vol. 74 (11). – P. 1104-1111.

7. Ceaser A.E. Striatal Activity is Associated with Deficits of Cognitive Control and Aberrant Salience for Patients with Schizophrenia / A.E. Ceaser, D.M. Barch // Frontiers in Human Neuroscience. – 2016. – Vol. 9. – P. 1-17.

УДК 616.895.4; 616.89-008.45

Коляго О.О.

Клинические особенности депрессий со сверхценными образованиями в структуре малопрогрессирующей шизофрении

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: olegkolyago@yandex.ru

Актуальность исследования. в настоящее время, несмотря на высокий интерес к аффективной патологии, проблема эндогенных депрессий со сверхценными образованиями остается актуальной и влечет большое количество как фундаментальных, так и практических вопросов [1,2,3]. Имеющиеся немногочисленные исследования заключались в освещении вопросов психопатологической дифференциации сверхценных расстройств при широком спектре психической патологии, от аффективных и процессуальных заболеваний до органических заболеваний головного мозга, без учета вовлеченности роли тимического компонента [4,5]. При этом депрессии со сверхценными образованиями, формирующиеся в рамках малопрогрессирующей шизофрении, остаются вне поля зрения исследователей [6].

Цель исследования. Определение клинических особенностей депрессий со сверхценными образованиями в структуре малопрогрессирующей шизофрении, оценка прогностической значимости выявленных параметров.

Материал и методы. В исследование вошли 24 человека, из них 12 женщин и 12 мужчин (возраст к началу заболевания варьировался в широких пределах — от 15 до 40 лет, в среднем – 23,7 лет) с диагнозом малопрогрессирующей шизофрении с наличием на момент исследования актуального депрессивного состояния умеренной или тяжелой степени выраженности, с доминированием в его картине сверхценных образований (шифр по МКБ-10: F21). Контрольная группа была представлена сходной по числу, сопоставимой по полу и возрасту когортой больных (24 человека) с депрессивным состоянием, формирующимся в структуре малопрогрессирующей шизофрении (F21 по МКБ-10), без сверхценных образований. Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-катамнестический. Длительность катамнестического наблюдения составила от 2 до 7 лет.

Результаты и обсуждение. Всего был произведен анализ 94 депрессивных состояний. Как правило, длительность депрессивных состояний постепенно увеличилась на протяжении заболевания в обеих группах. В группе сравнения в большинстве наблюдений (62,5%) для депрессий была характерна простая структура, при которой расстройства ограничивались аффективным уровнем. В остальных случаях (37,5%) депрессия характеризовалась структурным полиморфизмом, уровень представленных расстройств не ограничивался аффективным, наблюдались явления других психопатологических регистров. В основной группе прослеживалось обратное соотношение: депрессии простой структуры встречались в 29,2% случаев, а депрессии с чертами атипичности, с дисгармонией аффективной триады, увеличением удельного веса невротической и психопатоподобной симптоматики, наблюдались в подавляющем большинстве случаев (70,8%). В основной группе манифестные депрессии были представлены сенесто-ипохондрическими (25% наблюдений), депрессиями с бредом (20,8% случаев), тревожно-меланхолическими (16,7%), тревожными (16,7%), апато-динамическими (12,5% случаев), анестетическими (8,3% случаев) депрессиями. Манифестное депрессивное состояние имело, как правило, затяжной характер течения. В контрольной группе чаще встречались тревожные (29,2% наблюдений), и меланхолические депрессии (20,8%); в отдельных наблюдениях тревожные депрессии чередовались с меланхолическими (16,7%). Также имели место апато-динамические (12,5% случаев), дисфорические (12,5% наблюдений) и анестетические (8,3% случаев) депрессии. В обеих группах для наблюдений, в которых имело место большое количество депрессивных приступов, в большинстве случаев была характерна следующая закономерность: манифестное состояние имело затяжной характер течения, последующие депрессии отличались меньшей длительностью, однако их продолжительность нарастала от приступа к приступу. Помимо видоизменения картины депрессий в целом, прослеживалась характерная динамика сверхценных образований на протяжении заболевания (основная

группа), причем формирование сверхценных расстройств могло происходить как в структуре манифестного, так и во втором/третьем аффективном состоянии. У 5 больных, перенесших повторные депрессии, прослеживалась тенденция к постепенному утяжелению сверхценных расстройств в виде возможного перехода с уровня сверхценных нарушений к уровню бредовых расстройств: на высоте депрессивного состояния сверхценные идеи приобретали заверченный вид, резко усиливались, достигая уровня сверхценного бреда. У 2 больных к моменту исследования отмечалась тенденция к уменьшению интенсивности сверхценных образований в последующих приступах, что, возможно, было связано с непрерывным приемом психофармакологических средств. Со снижением интенсивности депрессивной симптоматики феномен сверхценных образований несколько терял аффективную насыщенность, однако, по мере стабилизации состояния, редукции сверхценных расстройств не отмечалось, они становились относительно постоянными и существовали вне связи с аффектом. Тематика сверхценных образований отличалась многообразием была представлена сверхценными идеями виновности (33,3%), идеями ипохондрического (20,8%) и дисморфофобического содержания (16,7%), самоуничужения (12,5%), ревности (8,3%), сексуальной неполноценности (4,2%), идеями изобретательства и реформаторства (4,2%). При этом в 20,8% случаях у одного и того же больного тематика сверхценных образований могла изменяться в структуре одного состояния (5 пациентов из 24-х), а в 12,5% (3 пациента) наблюдений у пациента отмечалось одновременное сосуществование нескольких видов сверхценных расстройств, с определенным доминированием одного из них. В случаях изменения тематики сверхценных образований на протяжении одного депрессивного состояния, а также сосуществование двух и более вариантов сверхценных идей у одного больного, прослеживались более длительные с утяжелением глубины аффективные приступы в течение заболевания.

Заключение. Когорта больных малопрогрессирующей шизофренией с развитием в ее структуре депрессивных состояний является неоднородной, при этом особенности течения заболевания коррелируют как с наличием или отсутствием сверхценных образований в картине депрессии, так и с особенностями видоизменения собственно сверхценных идей на протяжении заболевания. Наличие сверхценных образований в структуре депрессии, сосуществование двух и более видов сверхценных расстройств (а также их чередование) на протяжении одного депрессивного состояния, трансформация сверхценных расстройств в сверхценный бред (чередование сверхценных расстройств и сверхценного бреда, в зависимости от выраженности депрессивных проявлений), определяет менее доброкачественное течение как самих депрессий, так и болезни в целом.

Список литературы:

1. Вертоградова О.П., Целищев О.В. Депрессивные идеи в структуре рекуррентной и биполярной непсихотической депрессии и их терапевтическая динамика. Российский психиатрический журнал. 2011;3:31–37.
2. Коляго О.О. Клинико-психопатологическая структура синдрома сверхцен-

ных образований, формирующегося в рамках эндогенной депрессии. Психиатрия. 2016;2:15-20

3. Mountjoy R.L., Farhall J.F., Rossell S.L. A phenomenological investigation of overvalued ideas and delusions in clinical and subclinical anorexia nervosa. Psychiatry Research. 2014;220(1-2):507-512. doi: 10.1016/j.psychres.2014.07.073

4. Илюшина Е.А., Ткаченко А.А. Психопатологическая структура сверхценных состояний. Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 2015;2:51-58. <https://psychiatr.ru/magazine/obozr/66/864>

5. Santin J.M., Galvez F.M. Overvalued ideas: psychopathologic issues. Actas Espanolas de Psiquiatria. 2011;39(1):70-74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21274824>

6. Малиночка С.А. Увлечения при шизофрении: вопросы нормы и патологии. Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке». 2007;12(9):483.

УДК 616.895

Левченко Н.С., Олейчик И.В.

Эндогенные депрессии у девушек (типология, нозологическая принадлежность, особенности аутоагрессивного поведения)

ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”

г.Москва, Россия

e-mail: Levchenko.psy@gmail.com

Актуальность. По данным ряда отечественных и зарубежных исследователей, женщины имеют более высокий риск заболевания депрессией уже с подросткового возраста [4] и страдают депрессиями в среднем в два раза чаще мужчин [6]. Депрессивные расстройства являются одним из наиболее значимых факторов риска совершения аутоагрессивных действий у лиц подростково-юношеского возраста [7,8], что в последующем может способствовать значительному повышению суицидального риска у данной категории пациентов [5].

Цель. Определить клинко-психопатологические корреляции между различными клиническими типами эндогенных депрессий у девушек, их нозологической принадлежностью, а также особенностями несуйцидального аутоагрессивного поведения.

Материалы и методы. Были проанализированы данные клинко-психопатологического обследования 70 пациенток (16-25 лет), страдающих эндогенной депрессией, находившихся на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний клиники НЦПЗ в период с 2017 по 2020 г. У 17 пациенток (24,6%) было диагностировано биполярное аффективное расстройство (F31.4-F31.5), у 10 пациенток (14,5%) - циклотимия (F34.0), у 27 пациенток (39,1%) - шизотипическое расстройство с фазными биполярными аффективными нарушениями (F21.3-F.21.4+F33.2), у 15 пациенток (21,7%) - расстройство личности с биполярными фазами (F60.X).

Результаты. В ходе проведенного исследования, была уточнена и дополнена разработанная в НЦПЗ РАМН [2] классификация эндогенных юношеских депрессий. Были описаны 7 клинических вариантов депрессий, наиболее часто встречающихся у девушек:

- 1) дисморфофобические депрессии, в ряде случаев сопровождавшиеся расстройствами пищевого поведения (11 пациенток, 15,7%),
- 2) истероформные депрессии с бредоподобным фантазированием (12 пациенток, 17,1%),
- 3) психастеноподобные депрессии (10 пациенток, 14,3%),
- 4) психопатоподобные депрессии (т.н. гебоидные) (9 пациенток, 12,9%),
- 5) деперсонализационные депрессии (15 пациенток, 21,4%)
- 6) экзистенциальные депрессии (9 пациенток, 12,9%).
- 7) депрессии с явлениями юношеской астенической несостоятельности (3 пациентки, 4,3%)

На рис.1 приведены данные распределения клинических вариантов эндогенных депрессий в зависимости от их нозологической принадлежности:

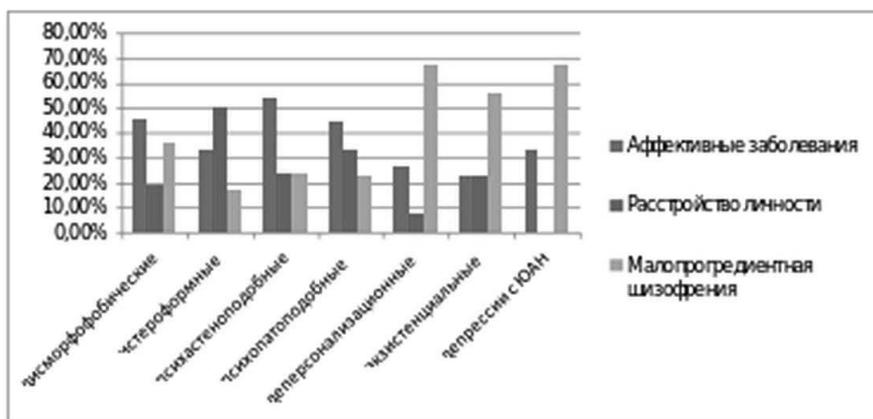


Рис. 1. Распределение клинических вариантов эндогенных депрессий в зависимости от нозологической принадлежности

Также были проанализированы аутоагрессивные действия, сопровождающие эндогенные депрессии у девушек. На основании изучения механизмов, лежащих в их основе, ранее, в ФГБНУ НЦПЗ [1], были выделены следующие клинические варианты аутоагрессии:

1. Аутоагрессия наказания – проявляется в виде нанесения самоповреждений с целью наказания себя.
2. Аутоагрессия облегчения - характерна для случаев, при которых пациентки пытались справиться с «душевной болью» с помощью причинения себе самоповреждений.

3. Деперсонализационная аутоагрессия – служит в качестве метода преодоления отчужденности, отгороженности от окружающего мира, попытки избавиться от ощущения разобщенности с собственным телом.

4. Демонстративная аутоагрессия – совершается с целью демонстрации окружающим «тяжести» и «глубины» своего состояния, попытки «призвать» знакомых и близких к помощи, вызвать их сочувствие и внимание.

5. Адаптивная аутоагрессия – совершается как способ возможной социализации в рамках референтной группы, попытка «прослыть своим».

В таб. 2 представлены данные распределения клинических вариантов эндогенных депрессий в зависимости от типа аутоагрессивного поведения.

Более подробно остановимся на описании каждого из наиболее часто встречающихся типов эндогенных юношеских депрессий и сопровождающего их аутоагрессивного поведения.

1. дисморфобические депрессии, в ряде случаев сопровождавшиеся расстройствами пищевого поведения (15,7%), проявлялись в виде навязчивых размышлений о недостатках внешности, фиксации на количестве и качестве потребляемой пищи, и, как правило, сопровождалась активными попытками коррекции внешности. Аутоагрессивные действия, совершавшиеся в рамках данного типа депрессий, являлись способом наказания за употребление избыточного, по меркам пациенток, количества еды (81,8%), для переключения внимания с навязчивых размышлений о еде на физическую боль (63,6%), в качестве наказания за несоответствие желаемым результатам похудения (54,5%), как «укор» за имеющийся лишний вес (54,5%). Данная разновидность депрессий наиболее часто встречалась при аффективных заболеваниях – 45,5%; несколько реже - в рамках малопрогрессирующего процесса (шизотипического расстройства) – 36,5%; в 18,2% была представлена среди пациенток, страдающих расстройствами личности.

2. истероформные депрессии с бредоподобным фантазированием (17,1%), проявлялись в виде сниженного настроения, сопровождающегося множественными истеро-конверсионными, диссоциативными проявлениями, в том числе бредоподобным фантазированием, и возникали, как правило, на фоне субъективно значимой психотравмирующей ситуации. В большинстве случаев, целью совершения самоповреждений, являлась демонстрация «мучительности» состояния, попытка вызвать сочувствие и призвать к помощи близких и знакомых 83,3%. В рамках отдельных истероформных депрессий (33,3%) возникали состояния, при которых пациентки не могли «испытывать какие-либо чувства» (75%), «переставали ощущать себя в реальном мире» (25%), «были бессильны в попытках прекращения истерики» (75%). Данный тип депрессий в половине случаев был представлен у пациенток, страдающих расстройством личности (50%), несколько реже – при аффективных заболеваниях (33,4%); в 16,7% случаев - при малопрогрессирующем процессе.

3. психастеноподобные депрессии (14,3%), как правило, возникали у лиц, обладавших выраженными психастеническими, тревожно-мнительными чертами характера, и проявлялись мучительными идеями малоценности, вины, а так-

же утрированным самоанализом. Аутоагрессивные действия совершались как акт наказания за слабость, «безволие» (76,9%), несоответствие требованиям или ожиданиям окружающих (61,5%), для «борьбы» с мучительным чувством вины (53,8%), убежденности в невозможности реализации собственных завышенных требований (46,1%). Данная разновидность депрессий в 53,9% случаев встречалась в рамках аффективного заболевания; в равной степени (по 23,0%) – при расстройстве личности и малопрогрессирующем процессе.

4. психопатоподобные (гебоидные) депрессии (21,4%) характеризовались дисфорическими, истерическими, импульсивными проявлениями, имитирующими патологию характера, и, в большинстве случаев, сопровождалась расстройствами влечений. Аутоагрессивные действия, совершаемые при данном типе депрессии, как правило, служили методом социализации в референтной группе (88,9%), повышения собственного авторитета в среде сверстников (77,8%), избавляли от внутреннего напряжения (66,7%), или же совершались вследствие недовольства собой и окружающими (44,4%). В большинстве случаев депрессивные расстройства данного типа встречались при биполярном аффективном расстройстве (44,4%), несколько реже - при психопатиях (33,3%) и в 22,2% - в рамках малопрогрессирующей шизофрении.

5. деперсонализационные депрессии (21,4%) проявлялись в виде сниженного настроения вследствие расстройства самовосприятия и отчуждения психических свойств собственной личности. Целью совершения аутоагрессивных действий при данном типе депрессий являлась попытка «борьбы» с мучительными проявлениями деперсонализации. Самоповреждения совершались для того, чтобы через боль «ошутить» собственное тело (93,3%), служили попыткой «объединить физическое тело и моральные ощущения» (86,7%), «преодолеть» собственную отчужденность от окружающих (40%). Чаще всего данный тип депрессии возникал при малопрогрессирующем процессе (66,7%), в более редких случаях возникал на фоне субъективно значимых психотравмирующих ситуаций, как правило, у лиц с преобладающими истерическими чертами характера, страдающих биполярным аффективным расстройством (26,7%) и расстройством личности (6,7%).

6. экзистенциальные депрессии (12,9%) характеризовались стойким снижением настроения со сверхценными пессимистическими размышлениями философского, метафизического содержания. Аутоагрессивное поведение служило способом отвлечения от тягостных размышлений (88,9%), а также являлось попыткой справиться с душевной болью, возникшей на фоне мучительных переживаний (66,7%). Данный тип депрессий был характерен преимущественно для малопрогрессирующего процесса (55,6%), значительно реже, в одинаковом количестве случаев (22,2%), встречался как среди пациенток с формирующимся расстройством личности, так и в рамках биполярного аффективного расстройства.

7. депрессии с явлениями юношеской астенической несостоятельности (4,3%) – проявлялись в виде выраженного затруднения умственной деятельности, повышенной интеллектуальной утомляемости, а также общего снижения

продуктивности. Аутоагрессия, как правило, совершалась в качестве акта наказания за собственную интеллектуальную несостоятельность (66,6%), служило способом уменьшить внутреннее напряжение, возникшее из-за ощущения снижения умственной продуктивности (33,3%). Данный тип депрессии был наиболее редким среди обследованных, что, вероятно, может быть объяснено более высоким уровнем самоконтроля и существенно более низкой, чем при остальных типах депрессии, степенью импульсивности. В 66,7% случаев данный тип депрессии был представлен среди пациенток, страдающих малопрогрессирующим процессом, а в трети случаев (33,3%) – в рамках аффективного заболевания.

Таб.2. Распределение клинических вариантов эндогенных депрессий в зависимости от типа аутоагрессивного поведения

	Аутоагрессия наказания	Аутоагрессия облегчения	Деперсонализационная аутоагрессия	Демонстративная аутоагрессия	Адаптивная аутоагрессия
Дисморфофобические депрессии (11 п.)	81,8% (9)	45,5% (5)	18,2% (2)	27,3% (3)	-
истероформные депрессии (12 п.)	25% (3)	16,7% (2)	33,3% (4)	91,7% (11)	25% (3)
Психастеноподобные депрессии (13 п.)	69,2% (9)	61,5% (8)	15,4% (2)	-	-
Психопатоподобные депрессии (9 п.)	44,4% (4)	77,8% (7)	11,1% (1)	55,6% (5)	44,4% (4)
деперсонализационные депрессии (15 п.)	26,7% (4)	26,7% (4)	93,3% (14)	13,3% (2)	-
экзистенциальные депрессии (9 п.)	22,2% (2)	88,9% (8)	11,1% (1)	-	-
депрессии с явлениями юношеской астенической несостоятельности (3 п.)	66,7% (2)	33,3% (1)	-	-	-

Заключение/выводы. Проведенное исследование позволило выявить наиболее часто встречающиеся типы эндогенных депрессий у девушек, установить мотивы совершения несуицидальных самоповреждений, исходя из типологической принадлежности депрессии, а также определить нозологическую принадлежность данных состояний.

При сопоставлении различных типов эндогенных депрессий у девушек, удалось выявить, что при аффективных заболеваниях преобладали дисморфобические, психастеноподобные и психопатоподобные депрессии; при расстройстве личности значительно чаще встречались истероформные депрессии, несколько реже – психопатоподобные (гебоидные) депрессии. При малопрогрессирующей шизофрении, на порядок чаще, чем при других нозологиях, выявлялись деперсонализационные и экзистенциальные типологические варианты, а также депрессии с юношеской астенической несостоятельностью.

Уточнение типологической дифференциации эндогенных депрессий у девушек, выявление их психопатологических особенностей и мотивов совершения аутоагрессивных действий, может способствовать разработке адекватных психофармакологических и психотерапевтических стратегий, а также дальнейшему усовершенствованию диагностики подобных состояний, что, в свою очередь, сможет существенно снизить частоту повторных совершений аутоагрессивных действий и суицидальных попыток у данного контингента пациенток.

Список литературы:

1. Олейчик И. В., Копейко Г. И., Баранов П. А. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – № 1.
2. Олейчик И.В. Психопатология, типология и нозологическая оценка юношеских эндогенных депрессий (клинико-катамнестическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011; 111 (2): 10-18.
3. Левченко Н.С., Олейчик И.В. Особенности эндогенных депрессий, протекающих с явлениями несуицидального аутоагрессивного поведения у девушек. Сборник материалов конференции «Психиатрия и наркология в эпоху новых социальных вызовов» - Кемерово, 2019.
4. Мазаева Н. А., Кравченко Н. Е., Деметьева Л. А. Особенности депрессивных расстройств настроения у подростков // Психиатрия. – 2017. – № 74. – С. 38-45.
5. Franklin J. C., Nock M. K. Nonsuicidal self-injury and its relation to suicidal behavior // The Oxford handbook of behavioral emergencies and crises. – 2016. – С. 401-416.
6. Silverstein B., Edwards T., Gamma A., Ajdacic-Gross V., Rossler W., Angst J. (2013). The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(2), 257-263.
7. Abela J. R. Z., Hankin B. L. Rumination as a vulnerability factor to depression during the transition from early to middle adolescence: a multiwave longitudinal study // *Journal of abnormal psychology*. – 2011. – Т. 120. – № 2. – С. 259.

8. Muehlenkamp J. J., Gutierrez P. M. Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury //Archives of suicide research. – 2007. – Т. 11. – №. 1. – С. 69-82.

УДК 616.8-002.6

Макимова И.В.

Клинический случай нейросифилиса

*ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет имени
г. Красноярск, Россия
e-mail: zabigulina@gmail.com*

Актуальность. Нейросифилис является одним из множества проявлений сифилиса. Поражение нервной системы начинается с самых ранних стадий заболевания. В результате применения эффективных методов лечения в последние годы заболеваемость нейросифилисом резко снизилась, а в его структуре стали преобладать стертые и скрытые формы [1, 2]. На уровень заболеваемости оказывает влияние поздняя диагностика, несвоевременное обращение больного за медицинской помощью, широкое применение при лечении сифилиса препаратов пролонгированного действия и неудачи в лечении [3, 4].

Целью исследования явилось изучение клинического случая течения нейросифилиса у пациентки Красноярского краевого психоневрологического диспансера.

Материалы и методы. Были проанализированы архивные истории болезни и текущее состояние данной пациентки.

Результаты и обсуждения. Анамнез: Пациентка 3 (Г), 1968 г.р. Наследственность психопатологически не отягощена. Родилась в полной семье единственным ребенком. Росла и развивалась соответственно возрасту. Со слов мамы, «ребенок без проблем – активная, веселая, здоровая...». Посещала ДДУ, обучение в школе с 7 лет. Училась хорошо, лучше давались точные науки, нравились спортивные мероприятия. Занималась конькобежным спортом, легкой атлетикой. По характеру формировалась активной, общительной, деятельной, увлекающейся, добродушной, веселой. Закончила 10 классов среднеобразовательной школы, затем поступила в архитектурно-строительный институт, который окончила по специальности «архитектор». Работала по профессии недолго, так как в 22 года вышла замуж, вскоре родила ребенка, с работы уволилась. В браке прожили 17 лет, развелись по причине игровой зависимости мужа.Abortов не было. Во втором браке 3 года, общих детей нет, сама характеризует отношения, как «нормальные, хорошие, дружные», со слов же матери, «муж злоупотребляет алкоголем, устраивает, скандалы, иногда доходит до рукоприкладства», сама пациентка отрицает эти обстоятельства. Пациентку всегда привлекали люди, общение, общественная деятельность – занималась организацией свадеб, юбилеев. Работала в паре с дочерью ведущей и куратором праздничных мероприятий 2013 год. Из перенесенных заболеваний отмечает воспаление легких в детстве, редкие ОРВИ, ЧМТ в бытовых условиях

около 7- 8 лет назад в виде сотрясения головного мозга. Появление анизокории связывает с этой травмой. Удаление фурункула в июле 2013 года под наркозом. Аллергологический анамнез неотягощен. С весны 2013 года изменилась по характеру: стала рассеянной, забывчивой, появились перепады настроения. Перестала справляться с работой, вела себя нелепо (уходила с мероприятий без объяснения причин), в течение последующих 4-х месяцев состояние продолжало ухудшаться. Усилились нарушения памяти, терялась в городе, путала текущие дату и события, периодически замещала их выдуманными. В связи с этим впервые обратились к врачу-неврологу в июле 2013 года, когда появились выраженные нарушения походки, координации, головокружения и головная боль. Была госпитализирована по направлению невролога в ФГБУЗ ФМБА России в неврологическое отделение, где пациентка находилась на обследовании и лечении с 31.07.13 по 9.08.13. После лечения и обследования выписана с диагнозом: «Вероятное дегенеративное заболевание по типу тауопатии (фронтально-темпоральная деменция) с ведущими поведенческими нарушениями, с регуляторными расстройствами, элементами афазии и амнестическим синдромом. Сопутствующее: Конверсионное расстройство. Синдром Ганзера? Рекомендовано поддерживающее лечение акатинолом, кетилептом, которое пациентка начала принимать только через неделю. После выписки состояние оставалось без значительного улучшения, продолжала уходить из дома, периодически возбуждалась, не спала ночами, совершала неадекватные, импульсивные поступки (не следила за внешним видом, не готовила еду, не поддерживала порядок дома, на замечания родственников реагировала гневом и раздражением). После консультации психиатра было рекомендовано стационарное обследование и лечение в ККПНД №1. Поступила в женское отделение ККПНД №1 19.08.2013 года. В психическом состоянии отмечалось: раздражительность, чрезмерная непродуктивная суетливость, неопрятный внешний вид. Агрессивно относилась к окружающим. О себе сообщала противоречивые сведения, выдавала мнимые события за реальные, утверждала, что продолжает работать организатором свадеб. **Заключение дерматовенеролога:** не исключается диагноз табапаралич. **Заключение психолога:** выявляются данные за выраженное снижение мнестико-когнитивных процессов в виде дефицитарности активного внимания, механической и смысловой памяти, а также операционной сферы мышления с невозможностью установления связей закономерностей, обусловленное фрагментарным восприятием; нарушение динамического компонента мышления (инертность) и истощаемость психических процессов в сочетании с трудностями социальной адаптации. **Лабораторные обследования:** МРТ от 08.2013 перивентрикулярная лейкодистрофия, признаки смешанной гидроцефалии. ЭхоЭГ 6.11.13: Дополнительные эхо-образования в правом и левом полушариях. Легкие признаки гипертензионного синдрома, умеренные признаки гидроцефального синдрома. Смешения срединных структур мозга нет. МРП от 21.08.13 + + + +. МРП от 30.08.13 + + + + 11.09.13 РМП ликвора + + + + ИФА JgG11.09.13 +, титр 1/640 РПГА +, титр 1/1280 21.10.13 1/640 8.11.13 МРП-, РПГА полож, ИФА (-) 14.02.14 РМП+ + +

По результатам обследования был выставлен диагноз:

Основной: Деменция в связи с нейросифилисом с ведущими поведенческими расстройствами.

Сопутствующий: поздний нейросифилис, менинго-васкулярная форма, с выраженными когнитивными и поведенческими нарушениями, энцефалопатия 3 стадия. Табопаралич.

В отделении получала 2 курса антибиотикотерапии, сосудистую терапию (пентоксифилин), при возбуждении - нейролептики (аминазин, галоперидол, дроперидол). На фоне проводимого лечения состояние значительно улучшилось. Фон настроения оставался благодушным, безопасным, больничной обстановкой не тяготилась, пассивно подчинялась режиму отделения, под контролем персонала, включалась в элементарные трудовые процессы по отделению. Беседовала охотно, но ответы не всегда давала по существу, продолжала путать текущие даты. В мышлении сохранялись непосредственность и примитивность суждений (свое заболевание называла «инфарктом мозга»), не проявляла беспокойства по поводу своего состояния здоровья). Критические способности не восстановились. Была выписана 17.02.14, в сопровождении родственников. После выписки была на иждивении у родных, не работала, проживала отдельно, себя обслуживала. С мая 2014 года вновь ухудшилось состояние. Стала неадекватна в поведении, маниакальна, высказывала идеи величия, нарушился сон, появилась раздражительность, агрессивность, обвиняла родных в предвзятом отношении, обещала обратиться с жалобой к В.В. Путину. 11.05.14 была повторно госпитализирована в ККПНД №1 в 8-е женское отделение. Получала лечение седативное, антидепрессанты, антипсихотические препараты, ноотропы. При обследовании крови МРП от 03.06.14 ++. Была выписана в удовлетворительном состоянии 21.07.14. После выписки проживала самостоятельно, передвигалась на общественном транспорте по городу, хотя родственники продолжали отмечать нарушения памяти, рассеянность. Пациентка официально развелась с мужем, сменила фамилию и заменила все документы. Для прохождения 3-го курса антибактериальной терапии госпитализировалась в КВД, где вновь в поведении появилась неадекватность, стала уходить из отделения, посещала кафе, оголялась, в связи, с чем лечение не завершила. С ноября 2014 продолжилось ухудшение психического состояния. Заявляла родителям, что за ней якобы приехали, выбегала на улицу, на попытки родных переубедить её отвечала агрессией, обвиняла их в насилии. Вновь поступила на лечение в ККПНД №1 26.11.14. Первое время в отделении фон настроения оставался эйфоричным, мышление ускоренное непоследовательное. В последующем речь стала беднее, появилась бессвязность мышления. Далее в отделении периодически с интервалом в сутки отмечались нарушения поведения, стереотипно повторяла вопросы, оголялась, воровала продукты у других пациентов, словесной коррекции не поддавалась. В светлые промежутки была упорядочена, соглашалась на лечение, вовлекалась в труд в отделении. В последующем стала стереотипно биться руками и ногами о кровать и стены. С января 2015 года отмечалась задержка мочеиспускания, моча выводилась катетером. С февраля 2015 появилось аутоагрессивное поведение (давила на глазные яблоки руками, а затем

ложкой). Отмечались снижение психомоторной активности, явления эхолалий, пищу принимала самостоятельно, бесцельно бродила по отделению. С 18.02.15 стала обслуживаться персоналом, мочиться в памперс. При обследовании: РМП 27.11.14 +++ **Осмотр венеролога** В дополнительном лечении по поводу нейросифилиса не нуждается. **Осмотр невролога от 15.12.14** D больше S, несистемное головокружение, анестезия в левой ноге, рефлексы с ног снижены, в позе Ромберга пошатывание. **Осмотр невролога в динамике от 16.01.15** Симптоматика та же появился положительный рефлекс Бабинского слева. В неврологическом статусе: анизокория. Чувствительность снижена. Мышечный тонус диффузно повышен. Ригидность мышц затылка симптом Кернига меньше 170 D больше либо равно S. Сухожильные рефлексы с рук отсутствуют. D=S, с ног D, больше S положительные патологические знаки справа. 20.02.15 с диагнозом: Деменция в связи с нейросифилисом с ведущими поведенческими расстройствами была направлена на МСЭ, 4.03.15 установлена I группа инвалидности. С конца марта 2015 года полностью обслуживается мед. персоналом, ступор сменяется возбуждением со стереотипиями в высказываниях и движениях, светлые промежутки становятся все короче до нескольких часов. Отмечается повышение аппетита. Контакту недоступна, отмечается негативизм. В конце апреля стала напряжена, тревожна, подозрительна, периодически громко кричала «я памятник... где Настя... я сторела... мне больно, но я живу». В сентябре профессором кафедры нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО КрасГМУ выставлен диагноз: Деменция смешанного генеза (постинфекционная, атрофическая). В настоящее время целевому контакту трудно доступна, отвечает выборочно, односложно, обращенную речь понимает не сразу, простейшие инструкции выполняет с задержкой. На лице выражение недоумения или страха, при ответах на вопросы голос тихий, при возбуждении громко стереотипно и долго кричит. Психопатологической симптоматики не выявляет. Выраженные изменения памяти и интеллекта.

Заключение. Несмотря на выявление и лечение нейросифилиса, поражение головного мозга нанесенное возбудителем заболевания не поддается обратному течению, а только утяжеляются с течением времени приводя к выраженным органическим изменениям в виде снижения памяти и интеллекта.

Список литературы:

1. Васильева О. А., Кубрин Е. А., Карпов С. М., Шевченко П. П. Поздний нейросифилис как фактор когнитивных нарушений / О. А. Васильева, Е. А. Кубрин, С. М. Карпов, П. П. Шевченко // *Фундаментальные исследования*. – 2012. – № 4-2. – С. 256-259.
2. Катунин Г. Л., Мелехина Л. Е., Фриго Н. В. Нейросифилис: эпидемиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика / Г. Л. Катунин, Л. Е. Мелехина, Н. В. Фриго // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2013. – № 5. – С. 40-49.
3. Колоколов О. В., Бакулев А. Л., Колоколова А. М., Шоломов И. И. Нейросифилис вернулся / О. В. Колоколов, А. Л. Бакулев, А. М. Колоколова, И. И. Шоломов // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. – 2012. – Т. 2. – № 9. – С. 682-686.

4. Сюч Н. И., Полевщикова С. А., Якупов И. А., Галь И. Г., Дулин П. А. Нейросифилис в клинической практике / Н. И. Сюч, С. А. Полевщикова, И. А. Якупов, И. Г. Галь, П. А. Дулин // Клиническая медицина. – 2014. – Т. 92. – № 4. – С. 51-53.

Николаева Е.Р., Олейчик И.В.

Эндогенные депрессии с преобладанием поведенческих («гебоидных») расстройств у девушек (клинико-психопатологический анализ)

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: nikolaevancp@gmail.com

Актуальность. Актуальность дальнейших исследований юношеских эндогенных депрессий (ЮЭД) не вызывает сомнений, поскольку данные расстройства связаны с высоким суицидальным риском, а также с вероятностью осуществления противоправных действий и, соответственно, реальной возможностью привлечения больного к уголовной или административной ответственности. Как известно, юношеский возраст, в силу свойственному ему специфического психобиологического фона, является особым периодом, в котором депрессивные расстройства проявляются, преимущественно, в виде специфических атипичных форм, и, в частности, расстройствами поведения. Последние обычно бывают представлены оппозицией к старшим, неадекватными эмоциональными, часто протестными реакциями, а также вспыльчивостью, импульсивностью, различного рода аддикциями. Данные нарушения, таким образом, могут выступать в виде ведущих клинических проявлений развивающейся в юности депрессии, при стертости или даже отсутствии собственно аффективных симптомов, таких как тоска, апатия, тревога (Е.В. Солодка, И.П. Логинов, 2014; Б.С. Положий, 2010; D. Meichenbaum, 2010). Подобные, так называемые «гебоидные», депрессии, маскированные грубыми расстройствами поведения, имеющими специфическую возрастную окраску, являются наиболее социально значимыми и крайне трудными для диагностики среди всех типов ЮЭД (И.В. Олейчик, 2011; Н.Е. Кравченко, 2010; R. Harrington et al., 1991). Нами был определен основной набор признаков, характерных для данного вида юношеских депрессий. Во-первых, больные отличались типичной для пубертатного возраста, но искаженной и усиленной до гротескности, оппозиционностью, со стремлением во всем противопоставить себя окружающим. Во-вторых, они демонстрировали разнообразные, порой принимавшие извращенные формы, расстройства влечений, которые определяли их поведение и, обычно, приводили к существенному нарушению социальной адаптации. Кроме того, значительное число данных пациентов обнаруживало сверхценные образования в виде специфического мировоззрения экзистенциального характера, часто имевшего нигилистическую направленность (ниспровержение существующих устоев и порядков). Все больные, в той или иной мере, демонстрировали конфликтность, эксплозивность, агрессивность в отношениях с окружающими, особенно близкими родственниками.

Цель исследования. Определение специфических клинико-психопатологических особенностей, а также разработка типологической дифференциации эндогенных гебоидных депрессий у девушек.

Материалы и методы. В исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы. В выборку настоящего исследования включены 60 пациенток с гебоидными депрессиями различной нозологической принадлежности (по МКБ-10): расстройства шизофренического спектра - F20.0, F25.1, F21 (n=28 – 46,7%); аффективные заболевания - F31-34 (n=21 – 35,0%); расстройства личности - F60-61 (n=11 – 18,3%). Средний возраст больных составил 19,25±2,82 год, медиана – 19 лет. Исследование проводилось в отделении эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (заведующая отделом – д.м.н. А.Н.Бархагова).

Результаты. На основании тщательного психопатологического анализа была разработана типология юношеских гебоидных депрессий, включающая в себя: экзистенциально-гебоидные депрессии, гебоидные депрессии с расторможенностью влечений и гебоидные депрессии с картиной «моральной дефицитности».

1. Экзистенциально-гебоидные депрессии (n=16; 26,7%) характеризовались формированием мрачного депрессивного мировоззрения с протестным, по отношению к существующим нормам поведением, которое, согласно оппозиционным взглядам больных и негативизму, приобретало характер эпатажа, вызывающего, демонстративного несоблюдения социальных норм и приличий на «идейной» основе. Отмечалось аутоагрессивное и суицидальное поведение, которое также носило демонстративный и нарочито гротескный характер, служило «подтверждением» следования пациентами их идеалам. Больные были полны иронии, сарказма и критики существующих социальных устоев и правил, группировались с близкими по взглядам сверстниками, излагали свои мысли в социальных сетях, вели блоги, имевшие, порой, тысячи подписчиков, при этом испытывали чувство пессимизма в плане возможности «что-либо изменить в этом мире». В структуре депрессии доминировал дисфорический радикал, она характеризовалась полиморфизмом основных проявлений, с сочетанием апатии, адинамии, тоски, тревоги, носивших субклинический, стертый характер.

2. Гебоидные депрессии с расторможенностью влечений (n=26; 43,3%) характеризовались грубыми расстройствами поведения: промискуитетом, делинквентностью и легкостью совершения криминальных поступков (воровство, хулиганство, грабеж, разбой, насилие), нарушениями пищевого поведения (обжорство, чревоугодие, вплоть до уровня булимии, сменявшееся анорексией), массивной алкоголизацией и употреблением различных ПАВ, в ряде случаев - импульсивными влечениями (клепто-, дромо-, пиромания). Данные поступки с известной критикой оценивались пациентами, которые говорили о своей «неспособности совладать с инстинктами», «безволии», «мягкотелости», «греховности». При этом, подобное поведение носило черты антидепрессивного: вышеописанные

антисоциальные, приносящие удовольствие поступки, на время уменьшали выраженность депрессии, тимический компонент которой, был более значительно выражен, чем в I группе (тоска, тревога, психическая анестезия проявлялись достаточно ярко). Идеи самообвинения, после совершенных проступков, часто становились психологической основой для нанесения самоповреждений и совершения суицидальных попыток.

3. Гебоидные депрессии с картиной «моральной дефицитарности» (n=18; 30,0%) отличались подчеркнутым устранением больных от совместных дел семьи, школы, круга общения, с возникновением клинической картины, напоминающей шизофренический дефект. Пациенты становились ленивыми, эгоцентричными, равнодушными, черствыми к близким, неряшливыми, отказывались от всех видов труда и активности, поскольку они «бессмысленны», подолгу без разбора смотрели интернет-ролики или слушали громкую музыку, требовали еды и обслуживания от родственников, на отказ становились агрессивными, злобными, конфликтными, проявляли гневливость, порою с разрушительным поведением. Часто не соблюдали личную гигиену, длительно не выходили из дома, время проводили, лежа на диване. Предъявляли родителям массу претензий, необоснованных обид, утверждали, что они имеют право на праздный и иждивенческий образ жизни, т.к. «не просили их рожать для того, чтобы вечно трудиться, а жизнь дана для удовольствий». Характерна была инверсия суточного ритма, постоянно усиленный аппетит. Признаки депрессии выражались в усилении «лени» в первой половине дня, наличии неразвернутых проявлений апатии, адинамии, психической анестезии, отдельных идей виновности. Суицидальные и аутоагрессивные тенденции были редки. Отмечалось смутное ощущение своей измененности, утраты прежних интересов и влечений.

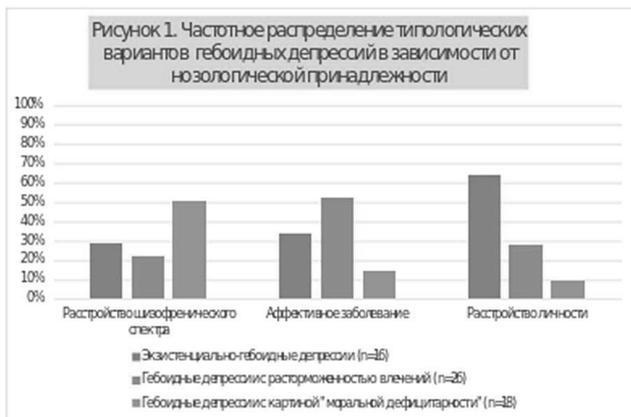


Рис. 1. Частотное распределение типологических вариантов гебоидных депрессий в зависимости от нозологической принадлежности

Выводы. Анализ психопатологической структуры эндогенных гебоидных депрессий у девушек, наблюдаемых при различных нозологических формах, свидетельствует об их клинической гетерогенности, а также о различиях в характере и интенсивности суицидального поведения. При сопоставлении описанных типов гебоидных депрессий с приведенной нозологической оценкой изученных больных (см. рис. 1) оказалось, что при аффективном заболевании преобладал вариант с расторможенностью влечений, при расстройствах личности доминировал экзистенциально-гебоидный вариант, а в группе расстройств шизофренического спектра чаще всего наблюдались гебоидные депрессии с картиной «моральной дефицитарности». Полученные данные могут способствовать уточнению и совершенствованию диагностики и прогноза этого вида юношеских депрессий, а также разработке дифференцированных психофармакологических и социо-реабилитационных мероприятий.

Список литературы:

1. Копейко Г. И., Олейчик И. В. Вклад пубертатных психобиологических процессов в формирование и клинические проявления юношеских депрессий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. – №. 3. – С. 4-17.
2. Олейчик И. В. Юношеские эндогенные депрессии (современное состояние проблемы) // Психиатрия. – 2010. – №. 5 (47). – С. 56-69.
3. Олейчик И.В., Владимирова Т.В., Казьмина О.Ю. и др. Юношеские эндогенные депрессии (психопатология, типология, нозологическая оценка, лечение). Под ред. Цуцуйковской М.Я. // Пособие для врачей. М. – 2000. – Т. 34.
4. Распопова Н. И., Джамантаева М. Ш., Мархабаева Р. А. Дисгармоничное развитие личности, как предиктор формирования аддиктивного поведения // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2019. – №. 1.
5. Солодкая Е. В., Логинов И. П. К проблеме депрессивных расстройств у подростков // Дальневосточный медицинский журнал. – 2014. – №. 2.
6. Meichenbaum D. Child and adolescent depression and suicide: Promising hope and facilitating change // Ponencia presentada en la 14th Annual Conference of the Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment, Coral Gables, Florida, Estados Unidos.
7. Пантелеева Г. П., Цуцуйковская М. Я., Беляев Б. С. Гебоидная шизофрения. – Медицина, 1986.
8. Пантелеева Г. П. О гебоидофрении (клинико-катамнестическое исследование): Дисс. д-ра мед. наук. – 1973.
9. Thapar A. et al. Depression in adolescence // The Lancet. – 2012. – Т. 379. – №. 9820. – С. 1056-1067.
10. Harrington R. et al. Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders // Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. – 1991. – Т. 30. – №. 3. – С. 434-439

УДК 616.89-008.1

Орехова П.В., Борисова О.А.

Один из вариантов синдрома бреда религиозного конца света у больных приступообразной шизофренией (психопатология и феноменология)

ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”

г.Москва, Россия

e-mail: pvorekhova@gmail.com

Актуальность: Исследование синдрома бреда религиозного конца света (БРКС) при шизофрении сопряжено с определенными сложностями, заключающимися в недостаточной изученности и редкой распознаваемости этих состояний, несмотря на тяжесть течения, имеющуюся социальную опасность и часто возникающую резистентность к психофармакотерапии. Анализ данных литературы по рассматриваемой теме показывает неоднородность проведенных исследований, а также отсутствие единой точки зрения. В трудах клинических психиатров впервые упоминания о бреде конца света встречаются у некоторых зарубежных авторов [1], [2], [3], [4]. В этих работах приводились отдельные истории болезни лиц, непоколебимо убежденных в том, что конец света неминуемо наступит или же уже наступает. По данным ряда современных отечественных исследований [5], [6], [7], включение религиозных идей конца света в структуру бредовых построений, определяет более тяжелое течение параноидной шизофрении (позднее обращение к специалистам, как правило, на этапе развернутого манифестного психоза, резистентность к проводимой психофармакотерапии, необходимость проведения нескольких курсов психофармакотерапии, увеличенное число повторных госпитализаций, худшие показатели критического отношения к перенесенному психозу, низкие показатели социально-трудовой адаптации, относительно высокий риск асоциального поведения). В работах некоторых современных зарубежных авторов были рассмотрены вопросы о личностной значимости религии для больных шизофренией [8], также были рассмотрены такие психопатологические аспекты бредовых расстройств с религиозными идеями конца света, как гендерное влияние, отношение к религии в целом, возрастные особенности [9], а также их культуральные различия [10]. Актуальность изучения психотических состояний с бредом религиозного содержания определяется как высокой частотой их распространенности, трудностями выявления, и недостаточной разработанностью дифференциальной диагностики на ранних этапах заболевания, так и недостаточной изученностью вопросов прогноза, подбора терапии, методов психотерапевтического ведения больных, а также их социальной и трудовой адаптации.

Цель: разработать клиническую типологию БРКС при шизофрении, основанную на психопатологических и феноменологических особенностях данного синдрома, и персонифицированные критерии диагностики и прогноза заболевания.

Материалы и методы: В исследование было включено 28 больных, страдающих приступообразной шизофренией (F20.0, F20.01, F20.2 по МКБ-10), в

картине заболевания которых наблюдался бред религиозного конца света (10 -мужчин, 18 -женщин), Средний возраст на момент включения в исследования составил $38,4 \pm 1,8$ лет, среди мужчин $28,3 \pm 1,75$ лет, а среди женщин $33,4 \pm 1,5$ лет. В настоящее исследование были включены исследуемые как христианского- (25 больных, 89,3.%) так и мусульманского вероисповедания (3 больных-10,7.%) Пациенты обследовались клинико-психопатологическим, патопсихологическим и клинико-катамнестическим методами. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Манна–Уитни.

Результаты: Исследования состояний с бредом религиозного конца света при приступообразной шизофрении показало полиморфность данных бредовых расстройств, их клиническую и психопатологическую неоднородность. По результатам исследования была разработана предварительная типология бредового синдрома религиозного конца света. Было выделено два типа этого симптомо-комплекса, различающихся по фабуле бреда и по механизму бредообразования: апокалиптический (I тип) и эсхатологический (II тип).

В первом типе (28 больных, 53,8%), в клинической картине преобладали идеи религиозного конца света в рамках острого чувственного бреда. Было выделено два подтипа этого симптомокомплекса, отличающихся, прежде всего, по остроте симптоматики, динамике разворачивания последовательности в развитии чувственного бреда; преобладании либо монополярного, либо биполярного аффекта; различиями в этапах чувственного бреда, на которых с наибольшей яркостью проявлялся бред конца света; в преобладании моно- или политематичности бредовых расстройств и также в различном объеме необходимых мероприятий для оказания медицинской помощи.

1 подтип (16 больных-57,1%) характеризовался доминированием острого чувственного бреда, стойкостью бредовых построений, монополярностью аффективных колебаний, постепенным нарастанием остроты психотических расстройств. В данном подтипе приступ, в котором наблюдался бред религиозного конца света, был, чаще всего вторым или третьим после манифестации заболевания. Начало приступа происходило относительно литически. В дальнейшем, наблюдалось постепенное нарастание выраженных проявлений бредового настроения, тревоги, растерянности, после чего возникали бредовые идеи значения, которые отличались нестойкостью, малосистематизированностью. Постепенно, бредовые идеи значения сменялись бредом инсценировки, в котором доминировала идея того, что вскоре должна разыгаться картина пришествия антихриста. Как правило, на данном этапе больные поступали на стационарное лечение, которое длилось около 1,5- 2 месяцев, и в большинстве случаев наблюдалась постепенная редукция продуктивной симптоматики на лечебных дозах психотропных препаратов.

2 подтип (12 больных- 42,8%) характеризовались, наряду с доминированием чувственных и образных переживаний, биполярностью аффективных колебаний, стремительным нарастанием остроты психотических расстройств, еще и выраженными проявлениями онейроидно-кататонических расстройств на вы-

соте состояний. На первых этапах развития приступа отмечались выраженные нарушения сна, перепады настроения, а также идеи отношения, преследования со стороны ближайших родственников и знакомых. На протяжении непродолжительного времени (5-7 дней) имели место бредовые идеи значения. Данный этап развития болезни быстро сменялся антагонистическим бредом с убеждением, что «за души больных ведется борьба». На следующем этапе приступа появлялись онейроидно-кататонические расстройства, которые могли длиться около двух часов и в дальнейшем повторяться с периодичностью один-два раза в неделю, несмотря на проводимую адекватную нейролептическую терапию. Яркой особенностью течения заболевания внутри приступа являлась волнообразность возникновения состояний онейроидно-кататонического регистра. Повторение почти полностью редуцирующейся симптоматики напоминало серийность. Подобная особенность течения внутри приступа являлась причиной увеличения длительности приступа и влияла на курабельность в целом. При лечении больных данного подтипа требовалось назначение терапии с большим количеством смены курсов нейролептиков, нахождение в стационаре было длительным (3-4 месяца), и требовалось присоединение к лечению максимально эффективных методов, таких как ЭСТ и реанимационные мероприятия.

Заключение/выводы: Таким образом, данные подтипы отличаются как клинически (остротой, глубиной и массивностью психотических проявлений), так и феноменологически.

Таким образом, при первом подтипе наибольшая острота состояния и присутствие бреда конца света, а также деструктивного бредового поведения, проявляется на этапе бреда значения и инсценировки. Фактически, этим приступ и ограничивается, с элементами неполной критики.

При втором подтипе этапы бреда значения и инсценировки транзиторны, не выражены, непродолжительны, как бы «проскакиваются». При втором варианте этапы бреда значения и инсценировки транзиторны, не выражены, непродолжительны, как бы «проскакиваются». В то время как наиболее выраженные проявления психоза, наглядность и острота деструктивного бредового поведения выявляются уже на этапе антагонистического бреда, который, затем быстро переходит в фантастический, с элементами острой парафрении, и затем развивается кататано-онейроидное состояние, когда проявления религиозного бреда конца света становятся наиболее ярко выраженными.

Феноменологически, больные, относящиеся к первому подтипу только предчувствуют с тревогой угрозу предстоящих событий конца мира, тогда как во втором подтипе они уже являются непосредственными участниками разворачивающихся апокалиптических явлений, свершающихся вокруг них непосредственно в данный момент. Больные, которые были отнесены к первому подтипу, в течение нескольких месяцев ощущают напряжение, растерянность, тревогу и страх в ожидании грядущего, надвигающегося конца религиозного света, при втором же подтипе бред конца света сопровождается непосредственным переживанием пациентом событий конца света, происходящих в настоящее время.

Список литературы:

1. Jaspers K. 1963 //General psychopathology. – 1913.
2. Kraepelin E. Psychiatrie: ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 4: Klinische Psychiatrie; 3. – Barth, 1915.
3. Schneider K. Die psychopathischen Persönlichkeiten. – 1950
4. Bleuler E. Руководство по психиатрии. – « Независимая психиатрическая ассоциация, 1993.
5. Копейко Г. И., Борисова О. А., Гедевани Е. В. Клинико-психопатологические особенности бреда одержимости при шизофрении: материалы Первой Московской международной конференции «Религиозность и клиническая психиатрия», 20-21 апреля 2017 г.: сборник научных трудов //М.: Сам Полиграфист. – 2017. – С. 20-21
6. Каледа В. Г. и др. Религиозный бред при юношеском эндогенном приступообразном психозе //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2017. – Т. 117. – №. 12. – С. 13-20.
7. Романенко Н. В., Попович У. О. Юношеский эндогенный приступообразный психоз с бредовыми идеями религиозного содержания: особенности психопатологии и клиники //Психиатрия. – 2020. – Т. 17. – №. 4. – С. 49-56
8. Rudalevičienė P. et al. Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? //Medicina. – 2008. – Т. 44. – №. 7. – С. 529
9. Larøi F. et al. Associations between delusion proneness and personality structure in non-clinical participants: comparison between young and elderly samples // Psychopathology. – 2006. – Т. 39. – №. 5. – С. 218-226.
10. Bartocci G. Recent advances in cultural and transcultural psychiatry //WPA-TPS Newsletter. – 2006. – Т. 21. – С. 24-29.

УДК 616-055:616.895.4:616-056.11

Распов С.А., Фёдорова М.В., Пастух И.А.

Клинические особенности рекуррентного аффективного расстройства в зависимости от пола

*Курский государственный медицинский университет
г. Курск, Россия
e-mail: raspopov.sergey.med@gmail.com*

Актуальность. На протяжении ряда лет для мировой психиатрии не теряют своей актуальности вопросы ранней диагностики, лечения и профилактики психических расстройств [3]. Эксперты Всемирной организации здравоохранения отмечают, что в ближайшее время депрессия может занять второе место среди всех причин, приводящих к инвалидности и смерти. Большинство исследователей приходит к единогласному мнению, что депрессия является независимым фактором риска развития хронических неинфекционных заболеваний [4], повышает риск развития ишемической болезни сердца (ИБС) [6] и артериальной гипертензии (АГ) [7], а также увеличивает риск развития сахарного диабета (СД)

второго типа [5]. Установлено, что около 15% страдающих депрессивными расстройствами, имеют в анамнезе не только суицидальные попытки, но и факт завершенного суицида, что ещё раз подчёркивает актуальность исследования. По данным Э.Г. Дубницкой за 2008 год, депрессивным расстройствам больше подвержены лица женского пола, так женщины страдают депрессией в два раза чаще мужчин [1]. Необходимо также отметить некоторую разнородность симптоматики, при внешней идентичности. В ряде работ описаны гендерные аспекты клинических проявлений депрессивных расстройств [2]. Авторы обращают внимание на вопросы течения, продолжительности и клиническое оформление депрессий у женщин. Установлена большая частота атипичных симптомов, имеющих место в клинической структуре депрессий (утомляемость, усиление аппетита, увеличение веса, гиперсомния). Особенности течения депрессии у мужчин описаны Тювиной Н.А., Балабановой В.В., Ворониной Е.О. Они выделяют низкий процент первичной обращаемости мужчин за квалифицированной психиатрической помощью, менее продолжительные и реже повторяющиеся депрессивные эпизоды. Несмотря на это, у мужчин намного чаще встречаются мысли о смерти. Как правило лица мужского пола, чаще чем женщины, прибегают к наркотикам и алкоголю, для купирования проявлений депрессии [2]. Отмечая сложность проблемы, обусловленную медицинскими, социальными аспектами, возникает необходимость, продолжить изучение гендерных особенностей депрессивных расстройств. Полученные результаты позволят решить сложные вопросы, связанные с первичной профилактикой, диагностикой, лечением и реабилитацией больных, страдающих депрессивными расстройствами.

Цель исследования: изучить клинические особенности рекуррентного аффективного расстройства, в зависимости от принадлежности его к определённо-му полу.

Материалы и методы исследования: в основу настоящей работы легли результаты обследования 30 больных, страдавших рекуррентным аффективным расстройством. В основную группу (ОГ) вошли 15 мужчин (50,0%) с проявлением рекуррентного аффективного расстройства, а в контрольную (КГ) 15 женщин (50,0%) страдающих рекуррентным аффективным расстройством. Диагностика проводилась с использованием международной классификацией больных 10 пересмотра (МКБ-10). Длительность заболевания в основной группе составила $4,6 \pm 1,44$ лет, возраст – $43,7 \pm 4,2$ года, в контрольной группе – $5,7 \pm 2,18$, лет, возраст больных $48 \pm 2,49$ года. Исследование проводилось на базе психосоматического отделения ОБУЗ «Областная клиническая наркологическая больница». Критериями исключения из исследования служили следующие признаки: возраст больных старше 55 лет, зависимость от психоактивных веществ с установленными диагнозами (алкоголизм, наркомания, токсикомания), соматические заболевания находящиеся в стадии декомпенсации. Для объективизации полученных данных были использованы медицинские карты пациентов, заполнялась специально разработанная анкета, позволяющая оценить социально-демографические, клинические и другие аспекты течения заболевания. Полученные данные были под-

вергнуты статистической обработке и проанализированы с помощью программы STATISTICA(Statsoft13.0.). В исследовании применялись: опросник M.I.N.I. (анализ клинико-психопатологических проявлений) и симптоматический опросник SCL-90-R(symptomchecklist-90-revised или опросник выраженности психопатологической симптоматики, который использовался для оценки клинико-психопатологических проявлений). Количественные признаки были рассчитаны при U-критерия Манна-Уитни (непараметрический метод). Результаты считались статистически значимыми при $p \leq 0,05$ и статистически высоко значимыми при $p \leq 0,005$.

Результаты исследования. Анализ результатов краткого международного нейропсихологического опросника (модуль А) выявил ряд клинических особенностей рекуррентного аффективного расстройства в зависимости от гендерного признака. Ежедневное снижение аппетита обнаружено у 15 (100%) пациентов контрольной группы. Данный симптом отмечался у 13 (86,67%) больных основной группы. Нарушения сна так же были чаще диагностированы у лиц женского пола (КГ) 13(86,67%), у мужчин (ОГ) указанный симптом наблюдался у 10 (66,67%) человек. Замедленные движения и(или) речь наблюдались у 8 (53,33%) пациентов КГ. В ОГ указанные проявления отмечались 9 (60,0%) больных ($p=0,007753$). Усталость, по крайней мере большую часть дня чувствовали в контрольной группе 14 (93,33%) больных, а в основной - 13 (86,67%) пациентов. Ощущение собственной несостоятельности испытывали в КГ 5 (33,33%) больных, в ОГ данный симптом отмечается у 7—(46,67%) пациентов. Трудности с концентрацией или принятием решений испытывали 13 (86,67%) больных КГ. В ОГ данный симптом выявлен у 10 (66,67%). Мысли о нежелании жить или аутоагрессивные тенденции наблюдались только у лиц мужского пола (ОГ)—2 (13,33%) пациентов. Таким образом, обнаружены статистически значимые различия по следующим клинико-психопатологическим проявлениям: замедленные движения и (или) речь.

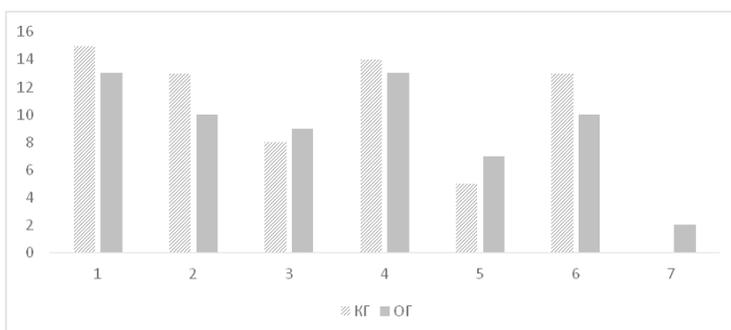


Рисунок 1. Клинические проявления рекуррентного аффективного расстройства у больных ОГ и КГ (шкала MINI)

1—снижение аппетита

- 2–проблемы со сном
- 3–замедленные движения или речь
- 4–анергия
- 5–чувство вины
- 6–трудности с концентрацией
- 7–желание смерти

Примечание:здесь и далее в рисунке 1–5

*–статистически значимые результаты (p \leq 0,05)

**– статистически высоко значимые результаты (p \leq 0,005)

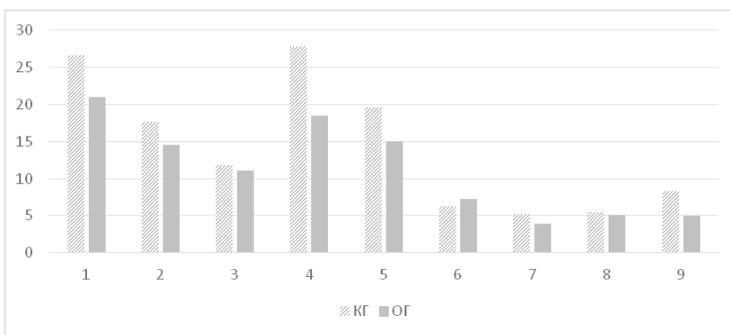


Рисунок 2. Выраженность психопатологической симптоматики (опросник SCL-90-R)

- 1–соматизация
- 2–обсессивно-компульсивное расстройство
- 3–межличностная сенситивность
- 4–депрессия
- 5–тревожность
- 6–враждебность
- 7–фобическая тревожность
- 8–паранойяльные симптомы
- 9–психотизм

На рисунке 2 отражена выраженность психопатологической симптоматики у больных ОГ и КГ. Так, по шкале соматизация средние значения у больных КГ– 26,676, у пациентов ОГ– 21,07 б. (p=0,006082). Средние значения у больных КГ по шкале обсессивно-компульсивное расстройство – 17,73 б, у пациентов ОГ – 14,6 б. По шкале межличностная сенситивность средние значения у пациентов КГ – 11,8 б, у больных ОГ – 11,07 б. Средние значения по шкале депрессия у больных КГ составили – 27,8 б, у пациентов ОГ – 18,47 б. (p=0,004414). По шкале тревожность средние значения у больных КГ – 19,6 б, у пациентов ОГ – 15 б. Средние значения у пациентов КГ по шкале враждебность – 6,33 б, у больных ОГ – 7,27 б. По шкале фобическая тревожность средние значения у больных КГ

составили – 5,2 б, у пациентов ОГ – 3, 93 б. Средние значения у пациентов КГ по шкале паранойяльные симптомы – 5,53 б, у больных ОГ – 5,07 б. По шкале психотизм средние значения у больных КГ – 8,4 б, у пациентов ОГ 4, 936 ($p=0,03314$) Таким образом, обнаружены статистически значимые результаты по шкале соматизация и психотизм, и высоко значимые по шкале депрессия.

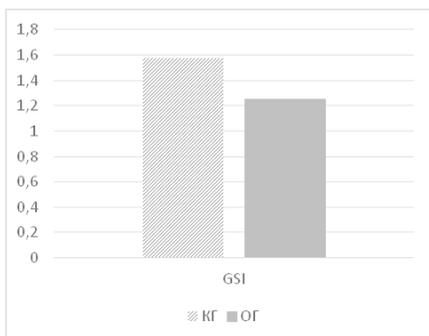


Рисунок 3. Выраженность психопатологической симптоматики по индексу GSI (опросник SCL-90-R)

На рисунке 3 представлен индекс GSI (опросник SCL-90-R) отражающий выраженность психопатологической симптоматики, позволяющий оценить текущее состояние пациентов и глубину расстройства. В контрольной группе индекс составил – 1,57, в основной группе – 1,26. Обнаружены статистически значимые результаты по данному показателю ($p=0,023694$).

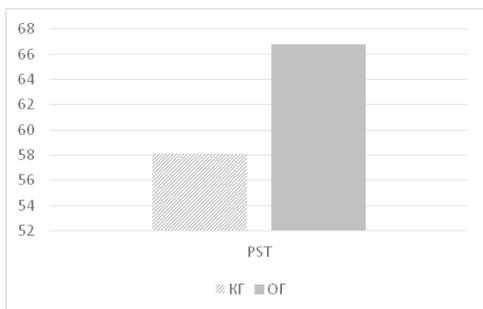


Рисунок 4. Выраженность психопатологической симптоматики по индексу PST (опросник SCL-90-R)

На рисунке 4 зафиксирован статистически значимый результат по индексу PST – показывающего широту диапазона симптоматики у больных ОГ и КГ. В КГ он составил 58,13, в ОГ 66,8. ($p=0,015605$)

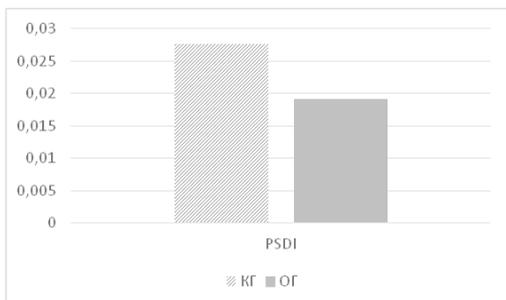


Рисунок 5. Выраженность психопатологической симптоматики по индексу PSDI (опросник SCL-90-R)

На рисунке 5 зафиксирован статистически высоко значимый результат по индексу PSDI – отражающего меру интенсивности состояния (дистресса), соответствующую количеству симптомов, а также тенденцию к преувеличению или сокрытию симптомов испытуемыми. В контрольной группе он составил 0,03, в основной группе 0,02 ($p=0,000114$).

Выводы. Таким образом, клиничко-психопатологические проявления рекуррентного аффективного расстройства у лиц мужского и женского пола имеют ряд особенностей.

Замедленные движения и (или речь) чаще наблюдались в основной группе. По шкалам соматизация, депрессия и психотизм опросника SCL-90-R выраженность психопатологической симптоматики была выше в основной группе. Индекс GSI, отражающий выраженность психопатологической симптоматики, в контрольной группе был выше, чем в основной. Индекс PST, показывающий широту диапазона симптоматики у больных основной группы, был выше, чем у пациентов контрольной. Индекс PSDI, отражающий меру интенсивности состояния (дистресса), соответствующую количеству симптомов, а также тенденцию к преувеличению или сокрытию симптомов испытуемыми, в контрольной группе был выше, чем в основной.

Полученные результаты носят предварительный характер, необходимо дальнейшее изучение. Целесообразно учитывать гендерные различия при назначении медикаментозного и психотерапевтического лечения у больных рекуррентным аффективным расстройством.

Список литературы

1. Дубницкая Э.Г. Проблемы клиники и терапии депрессий, связанных с репродуктивным циклом женщин / Э.Г. Дубницкая // *Consilium medicum*. - 2008. - Т. 10, № 6. - С. 87-90.
2. Тювина Н.А., Балабанова В.В., Воронина Е.О. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(2):75–79.

3. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ 2000; 4 (78): 413-426.

4. Katon W.J. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. Dialogues Clin Neurosci 2011; 13 (1): 7-23.

5. Rotella F., Mannucci E. Depression as a risk factor for diabetes: a meta-analysis of longitudinal studies. J Clin Psychiatry 2013; 74 (1): 31-37.

6. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. A review and meta-analysis. Am J Prev Med 2002; 23 (1): 51-61.

7. Patten S.B., Williams J.V., Lavorato D.H. et al. Major depression as a risk factor for high blood pressure: epidemiologic evidence from a national longitudinal study. J Psychosom Med 2009; 71 (3): 273-279.

УДК 616.89-008.1; 616.89-02-036

Самсонов И.С., Гедевани Е.В.

Психопатология и типология синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
г. Москва, Россия
e-mail: Ivansamson@yandex.ru*

Актуальность: История вопроса изучения религиозной психопатологии насчитывает не одно столетие. При этом воззрения на данную проблему всегда представляли собой предмет дискуссий. Различия в имеющихся взглядах и подходах к изучению вопроса, в клиническом анализе состояний, связанные с уровнем и особенностями развития психиатрии в тот или иной отрезок времени, создавали неоднозначность в трактовке и оценке заболевания, протекающего с данными явлениями.

Изучение синдрома овладения религиозного содержания (СОРС) при шизофрении, в частности его типология, представляется как малоизученная и недостаточно разработанная тема. Несмотря на многолетнюю историю изучения данного вопроса [Esquirol J., 1838; Macario M., 1843; Урюпина М.С., 1972; Копейко Г.И. и др., 2018; Каледа В.Г. и др., 2018; Ventriglio A. 2018; Spittles B., 2020 авторов], по сей день сохраняется выраженная неоднородность и разобщенность мнений относительно различных аспектов данной проблемы. Актуальность изучения данных состояний определяется также высокой резистентностью к проводимой психофармакотерапии, высокой социальной опасностью больных с СОРС, что выражается в виде ауто-, гетероагрессивного поведения [Пашковский В.Э., 2010, Гырла Л., 2018].

Цель исследования: выявление психопатологических особенностей синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении, разработка его клинической типологии, установление траектории течения и характерных для них клинико-патогенетических закономерностей, критериев прогноза и нозологиче-

ской принадлежности, а также обоснование системы комплексных терапевтических мероприятий.

Материалы и методы: клинико-психопатологическим методом было изучено 66 больных шизофренией (F20.0, F20.1, F20.2, F20.8 по МКБ–10) с СОРС (34 женщины; 32 мужчины). Средний возраст больных на момент манифестации приступа с СОРС составлял $26,7 \pm 1,2$ года. Выборка сформирована из числа пациентов, наблюдавшихся в отделе юношеской психиатрии, группы по изучению особых форм психической патологии (рук. – проф. В.Г.Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Ключник). Психометрическая оценка больных проводилась по шкале PANSS.

Результаты и обсуждения:

Структура синдрома овладения религиозного содержания при шизофрении, наряду с бредом одержимости представлена рядом различных психопатологических образований, выступающих во взаимосвязи друг с другом. К ним можно отнести бредовые религиозные, и также архаические бредовые идеи, бредовую деперсонализацию, бред метаморфоза, галлюцинации общего чувства, различные псевдогаллюцинаторные расстройства, все виды автоматизмов, зачастую приобретающих характер тотальности. Совокупность этих проявлений в структуре СОРС практически во все случаях соответствовала закономерностям поэтапного развития и формирования синдрома Кандинского-Клерамбо.

В ходе детального изучения клинико-психопатологических характеристик СОРС была выявлена его неоднородность. Выделены 2 типологические разновидности синдрома (см. рисунок 1.1):

- **галлюцинаторный тип** (I тип, 38 наблюдений, 57,6%), характеризовался доминированием в клинической картине галлюцинаторных расстройств. Разделялся на 2 подтипа: подтип с преобладанием галлюцинаций общего чувства (I подтип); подтип с преобладанием псевдогаллюцинаций (II подтип);

- **бредовой тип** (II тип, 28 наблюдений, 42,4%), который характеризовался преобладанием в клинической картине расстройств бредового спектра. Разделялся на 2 подтипа: подтип с преобладанием проявлений бредового варианта синдрома Кандинского-Клерамбо (III подтип); аффективно-бредовой подтип (IV подтип).

При сравнительной оценке выраженности психопатологической симптоматики у больных с разными типами СОРС были использованы данные психометрического исследования с использованием шкалы PANSS. В результате проведенного исследования по нескольким показателям шкалы (см. таблицу 1) были выявлены достоверно значимые различия ($p \leq 0,05$), из чего можно сделать вывод, что выраженность и острота психопатологических проявлений выше у больных с СОРС II типа.



Подтип с преобладанием галлюцинаций общего чувства (22 наблюдения – 33,3%). Следует отметить достаточно высокую вариабельность возраста манифестации шизофрении с симптоматикой данного подтипа, которая отмечалась в среднем в возрасте $27,4 \pm 8,5$ лет. В 86,4% наблюдений состояния с данным подтипом СОРС развивались структуре манифестного приступа. Средняя продолжительность приступа при данном подтипе составляла $11,5 \pm 3,8$ месяцев. Ведущим проявлением данного подтипа являлось развитие галлюцинаций общего чувства (20 больных – 90,1%). Бредовые расстройства при данном подтипе формировались преимущественно по чувственному механизму бредообразования. Проявления синдрома Кандинского-Клерамбо, характеризовались незначительной выраженностью, наличием не всех автоматизмов в картине болезни, в ряде наблюдений отмечалось полное отсутствие псевдогаллюцинаторной симптоматики. Следует отметить наличие в психопатологической картине феномена диссоциации между психотической симптоматикой и внешне правильным поведением, так называемый феномен «двойной бухгалтерии» на фоне чего больные, несмотря на тяжесть своего состояния, продолжительное время сохраняли трудоспособность на прежнем уровне (7 больных, 31,8%).

Подтип с преобладанием вербальных псевдогаллюцинаций (16 наблюдений – 24,3%). Данный подтип более чем в половине наблюдений (62,5%) развивался в структуре повторного приступа. При этом чаще всего (43,8%) предыдущие приступы не носили религиозной фабулы. Средний возраст развития приступа с данным подтипом составлял $26,1 \pm 3,8$ лет. Средняя продолжительность приступа при данном подтипе составляла $8,3 \pm 4,4$ месяцев. Ведущим клиническим проявлением описываемого подтипа являлись массивные вербальные

псевдогаллюцинации в структуре синдрома Кандинского-Клерамбо. Бредовые расстройства возникали по механизму «озарения», носили чувственный характер, определяясь содержанием галлюцинаторной симптоматики. Следует отметить политематичностью бредовых построений, которые включали в себя различные виды религиозного и архаического бреда (бред греховности, бред порчи, бред колдовства, эсхатологический бред). Бредовые расстройства нерелигиозной фабулы при данном подтипе встречались редко, были нестойкими, слабовыраженными. Синдром Кандинского Клерамбо определялся преимущественно идеаторными автоматизмами. Психопатологические проявления других регистров в картине болезни наблюдались нечасто, либо носили отрывочный и стертый характер.

Подтип с преобладанием явлений бредового варианта синдрома Кандинского-Клерамбо (16 наблюдений – 24,3%). Средний возраст развития приступа с данным подтипом составлял $25,4 \pm 2,7$ лет. В большинстве наблюдений (73.3%) состояние развивалось в структуре манифестного приступа. Продолжительность приступов с данным подтипом определялась как затяжная, в среднем составляла $12 \pm 5,1$ месяцев. Бредовые расстройства при данном подтипе являлись ведущим проявлением в психопатологической картине, носили преимущественно интерпретативный характер. Отмечалось политематичность бредовых переживаний, которая включала в себя как бредовые расстройства религиозного или архаического содержания, так и бредовые построения нерелигиозной фабулы, по степени выраженности не уступающие другим формам. Одной из отличительных особенностей данного подтипа являлась зачастую большая выраженность прочих форм бреда в сравнении с собственно бредом овладения религиозного содержания. Помимо бредовых расстройств, картина болезни определялась развернутой симптоматикой синдрома Кандинского-Клерамбо. Важно отметить преобладание идеаторных и кинестетических автоматизмов. Прочие психопатологические расстройства были выражены в значительно меньшей степени, или вовсе отсутствовали.

Подтип аффективно-бредовой (13 наблюдений – 19.7%). Для данного подтипа характерно начало развития приступа в среднем возрасте – $28,1 \pm 5,3$ лет. По продолжительности данные приступы относились к разряду затяжных, в среднем составляли $11,5 \pm 4,1$ месяцев. Большинство психозов (61.5%) с проявлениями данного подтипа являлись повторными. Основной особенностью данного подтипа являлась прямая зависимость содержания бредовой фабулы от полюса аффекта. Бредовые идеи овладения проявлялись при доминировании депрессивного аффекта. В то же время, когда аффект поднимался до гипоманиакального, или маниакального уровней, в 46.2% возникали явления феномена одухотворенности (термин был предложен А.С. Тигановым), который характеризовался убежденностью в том, что сущность, воздействующая на больного, является святой, влияет на него положительно. Бредовые расстройства при данном подтипе носили смешанный характер, отличались высокой степенью полиморфизма, включая в себя бредовые идеи как религиозного и архаического содержания, так

и бред с нерелигиозной фабулой. Психопатологическая картина болезни отличалась полиморфизмом. Характерны проявления тотального синдрома овладения Кандинского-Клерамбо, отмечались явления онейроидо-кататонических состояний, с различной степенью выраженности проявлялись псевдогаллюцинаторные, как вербальные, так и зрительные. Отмечались явления бредовой деперсонализации (53.8%), которая в ряде случаев доходила до уровня бреда метаморфоза (23.1%).

Таблица 1. Выраженность психопатологической симптоматики при различных типах СОРС по шкале PANSS

Симптомы по шкале PANSS	Больные с синдромом овладения религиозного содержания (n=55)	
	I тип(n=23)	II тип(n=34)
П-1 (бред)	5,7±0,48	6,3±0,21
П-2 (расстройства мышления)	4,2±0,5	5,0±0,5
П-3 (галлюцинации)	4,1±0,62	5,2±0,44
П-6 (идеи преследования)	3,6±0,53	4,6, ±0,48
П-7 (враждебность)	2,7±0,44	3,9±0,61
Г-2 (тревога)	3,7±0,62	5,1±0,67
Г-3 (чувство вины)	3,4±0,63	4,2±0,58
Г-5 (манерность и позирование)	3,5±,051	2,8±0,83
Г-9 (необычное содержание мыслей)	3,8±0,5	4,3±0,67
Г-15 (загруженность психическими переживаниями)	3,6±0,71	4,2±0,82
Г-16 (активная социальная устраненность)	3,6±0,48	4,2±0,37
Общий суммарный балл	106,6±11,4	121±12,8

Заключение. Выделенные две психопатологические разновидности СОРС имеют различную психопатологическую структуру. Полученные данные способствуют осуществлению персонифицированного подхода к разработке тактики терапевтического вмешательства при шизофрении, протекающей с СОРС.

Список литературы:

1. Esquirol É. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. – chez JB Baillière, 1838. – Т. 1.
2. Macario, M. (1843). Études classiques sur la démonomanie. In *Annales médico-psychologiques* (Vol. 1, pp. 440-485).
3. Урюпина М.С. *Синдром одержимости при психогенных заболеваниях*: Дис. канд. мед. наук. М. 1972.
4. Копейко Г. И., Борисова О. А., Гедевани Е. В. Особенности психопатологии

и феноменологии бреда одержимости религиозного содержания при шизофрении //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 4. – С. 30-35

5. Каледа В. Г., Попович У. О., Романенко Н. В. Религия и психиатрия: проблема взаимоотношений в трудах отечественных психиатров //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 6. – С. 102-110.

6. Ventriglio, A., Bonfitto, I., Ricci, F., Cuoco, F., Bhavsar, V. (2018). Delusion, possession and religion. *Nordic journal of psychiatry*, 72(sup1), S13-S15.

7. Spittles B. Better understanding psychosis: Psychospiritual considerations in clinical settings //Journal of Humanistic Psychology. – 2020. – С. 0022167820904622.

8. Пашковский В. Э. Психопатологические аспекты религиозно-архаического бреда //Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. – №. 7. – С. 77-84.

9. Гырла Л. Криминологическое предупреждение и прогнозирование религиозно-обусловленных преступлений: психологический портрет личности. – 2018.

УДК 616.89-008.441.13

Тураев Б.Т., Очиллов У.У., Хаятов Р.Б.

Клинические особенности ремобидного течения депрессивных расстройств и алкогольной зависимости

Самаркандский государственный медицинский институт

г. Самарканд, Узбекистан.

e-mail: xayatov.rustam@gmail.com

Актуальность. В последние десятилетия частота возникновения депрессивных расстройств увеличивается. Одной из наиболее распространенной форм психической патологии является депрессивная патология. Помимо этого, депрессия в ее различных клинических вариантах является одной из главных причин инвалидизации [4,5]. Современные исследования подтверждают что депрессивные расстройства и злоупотребление алкоголем имеет высокую тенденцию к формированию коморбидности этих расстройств. У пациентов с эндогенной депрессией в 4 раза чаще встречаются проблемы со злоупотреблением алкоголем, и примерно 25% всех пациентов с депрессией злоупотребляют алкоголем и другими психоактивными веществами[2]. Коморбидность аффективных расстройств у больных алкогольной зависимостью имеет определяющее значение, поскольку зачастую определяют возникновение и течение суицидального поведения [6]. В течение жизни 75% пациентов, злоупотребляющих алкоголем и страдающие патологией аффективной сферы пытаются покончить жизнь самоубийством [3,5]. Дискуссии о возможности сочетания этих двух расстройств продолжаются и по ныне. Наряду с гипотезами относительно первичного развития в одном случае аффективных симптомов [5], а в другом, напротив, проблемы злоупотребления, существует мнение о параллельном сосуществовании этих заболеваний. Проблема сочетания депрессивных расстройств и злоупотребления алкоголем явля-

ются важной и актуальной [1]. Терапия у этой категории пациентов не имеет единых принципов и представляет значительные трудности. Часто у пациентов с депрессивными расстройствами, осложненными злоупотреблением алкоголем, длительность пребывания в стационаре увеличивается, а также увеличивается частота рецидивов. Кроме того, лечение из этих групп пациентов является сложной задачей из-за отсутствия общих принципов.

Целью настоящего исследования является изучение клинико-психопатологических особенностей депрессивных расстройств, осложненных злоупотреблением алкоголя.

Материалы и методы Исследование проводилось на базе Самаркандской областной психиатрической больницы. В исследование было включено 60 пациентов, из них 35 (58,33%) мужчины у которых отмечалось сочетанное течение депрессивных расстройств с алкогольной зависимостью и 25 (41,67%) женщин, депрессивные расстройства которых протекали без коморбидности с алкогольной зависимостью. Были выделены две группы больных, сопоставимые по возрасту и социо-демографической характеристикой. Средний возраст составлял 43,4±9,6 года. В первой группе были пациенты, во время развития депрессивной фазы иногда употребляли небольшое количество алкоголя, часто «для того, чтобы облегчить свое состояние», но признаков алкогольной зависимости не было. При отсутствии симптомов депрессии больные этой группы не употребляли алкоголь. Критерии включения: наличие депрессивного расстройства в рамках депрессивного эпизода (F32) или рекуррентного депрессивного расстройства (F33), осложненного злоупотреблением алкоголем; возраст пациента старше 18 лет; добровольное информированное согласие пациента на участие в исследовании. Критерии исключения: острые галлюцинаторно-бредовые состояния различной этиологии; наличие острых соматических и неврологических заболеваний. Вторая группа была выделена как контрольная и включала в себя пациентов с эндогенными депрессиями, не отягощенными злоупотреблением алкоголем. Методы исследования: клинико-психопатологический метод, шкала депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), статистическая обработка результатов с определением стандартных показателей.

Результаты и их обсуждение. Среди испытуемых наследственность была отягощена психическими расстройствами примерно одинаково. Однако в группе пациентов с депрессивными расстройствами, осложненными злоупотреблением алкоголем, бремя лежит на конституциональной и генетической природе этих расстройств.

Авторы в своих работах приводят данные о высокой распространенности эмоционально неустойчивых, уклоняющихся, ананкастных астенических и психастенических характерологических черт. В ходе проведенного исследования в структуре преморбидных особенностей личности у пациентов с эндогенной депрессией, осложненной злоупотреблением алкоголем, достоверно преобладали черты тревожной личности в 80% и гораздо реже встречались гипертимные (11,4%), демонстративные (5,7%) и лишь у 2,9% пациентов отмечались астениче-

ские особенности в характере (рис. 2). В то время как в группе пациентов без злоупотребления алкоголем наряду с тревожными преморбидными чертами (61,48%), были широко распространены гипертимные (21,1%) и астенические (13,71%).

Таблица 1. Социально-демографическая характеристика групп

Показатель	Депрессивные расстройства, осложненные злоупотреблением алкоголя	Депрессивные расстройства
Мужчины/женщины	22/13	15/10
Средний возраст больных на момент включения в исследование (M±m), годы**	48,3±2,1	45,3±1,4
Средний возраст больных к началу заболевания (M±m), годы*	41,2±0,8	32,6±2,3
Число больных, %		
работают или учатся***	77,1%	84%
состоят в браке****	57,1%	76%

Примечания: * – $p < 0,001$; ** – $p = 0,026$; *** – $p = 0,039$; **** – $p < 0,001$.

У всех обследованных пациентов аффект тревожности преобладал в структуре депрессивного состояния, однако тревожность была более распространенной, чем в контрольной группе в группах пациентов с депрессивным состоянием, осложненным злоупотреблением алкоголем. У первой группы пациентов были жалобы на раздражительность более характерными. Грустное настроение значительно чаще регистрировалось у пациентов из группы депрессивных расстройств, не отягощенных алкоголизмом. У пациентов с преобладанием тревожного компонента отмечалось выраженное чувство внутреннего беспокойства, волнения, напряжения, страха, носящего неопределенный характер, часто сопровождающегося чрезмерной подвижностью, неусидчивостью, «суетливостью». Пациенты описывали, как правило, снижение «тревожных ощущений» и «избавление от беспокойства» после приема алкоголя, чаще всего это и являлось основным мотивом злоупотребления алкоголем. В структуре депрессивных состояний с преобладанием тоски на первый план, кроме сниженного настроения, выступало характерное чувство «душевной» тоски с прекардиальной локализацией, «жизненная» слабость, «бессилие», а также чувство одиночества и беспомощности. У пациентов отсутствовал положительный настрой на лечение, высказывались идеи самообвинения и самоуничужения (о собственной никчемности, бесполезности, неудачливости). Следует отметить, что в случае преобладания тоски в депрессивном синдроме у пациентов отмечалась эмоциональная лабильность, плаксивость. Даже при клинически тяжелых депрессивных состояниях. Признаки двигательной заторможенности не достигали значительной выраженности. Аффект раздражительности обычно сочетался с какими либо перечисленными выше симптомами, но в некоторых случаях по интенсивности выступал на пер-

вый план. Эти приступы по типу «вспышек» раздражительности, озлобленности сопровождались конфликтами с медицинским персоналом или родственниками. Усиление двигательного беспокойства отмечалось в большинстве случаев депрессивных состояний с преобладанием аффекта раздражительности. Такие депрессивные симптомы, как ангедония и снижение самооценки, были представлены примерно одинаково в двух группах, независимо от ведущего аффекта. Идеи самообвинения и самоуничужения чаще регистрировались в группе «чистых» депрессий по сравнению с группой больных, страдающих депрессией, осложненной злоупотреблением алкоголем (100,0% и 62,85% соответственно, $p=0,023$).

Симптомы общесоматического характера преобладали в группе пациентов, злоупотребляющих алкоголем, хотя эти различия не достигали границ статистической достоверности (68,6% и 60%; $p=0,241$).

Нарушения сна у больных обеих групп были представлены трудностями при засыпании, частыми ночными пробуждениями с ощущением поверхностности, отсутствия полноценной глубины ночного сна, ранними утренними пробуждениями и гиперсомнией: в группе «чистых» депрессий – 28%, 40%, 28% и 4% соответственно ($p=0,164$), у пациентов со злоупотреблением алкоголем – 37,2%, 62,85%, 48,6% и 8,6% ($p=0,266$).

Для больных из группы «чистых» депрессий была характерна «классическая» осенне-весенняя сезонность обострений – 96% ($p<0,001$). Пациенты с депрессивными состояниями, осложненными злоупотреблением алкоголем чаще всего употребляли крепкие спиртные напитки (85,7%, $p<0,001$). У 65,71% больных количество потребляемого алкоголя составляло менее 150 мл крепких алкогольных напитков в сутки, у 25,7% – до 300 мл и у 8,6% обследуемых составляло более 300 мл. Необходимо отметить, что после окончания депрессивной фазы лишь 15,6% обследуемых принимали алкоголь 1 раз в 10–14 дней, в то время как 34,3% употребляли алкоголь не чаще раза в месяц, а большинство (51,43%) – реже 1 раза в месяц.

Исходный уровень тяжести депрессии оценивался на 1 неделе с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS). Далее динамика оценивалась на 2, 4 и 6 неделе с помощью шкалы MADRS (табл. 2).

Таблица 2 Динамика средних баллов по шкале Монтгомери-Асберга

Средний балл по шкале	Группа пациентов	
	Депрессивные расстройства, осложненные злоупотреблением алкоголем	Депрессивные расстройства
Средний балл по шкале MADRS 1 неделя	21,0±3,4	25,1±2,4
Средний балл по шкале MADRS 2 неделя	18,5±3,3	21,7±2,0
Средний балл по шкале MADRS 4 неделя	15,6±2,5	15,7±2,3
Средний балл по шкале MADRS 6 неделя	10,1±2,4	9,4±2,6

С 4-ой по 6-ую неделю стационарного лечения отмечалась наибольшая положительная динамика по сравнению с начальным этапом наблюдения, а в контрольной группе – со 2-ой по 4-ую. Аффективные расстройства, осложненные злоупотреблением алкоголем, имеют ряд существенных клинических особенностей, требующих особого внимания.

При анализе полученных нами данных было отмечено, что картина депрессии имеет неоднородную, полиморфную структуру. У большинства больных исследовании превалировали нетипичные формы депрессивного синдрома, классические депрессивные синдромы (снижение настроения, идеаторная и моторная заторможенность) практически не встречались. В рамках депрессивного синдрома у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, присутствовали тревожные симптомы (74,3%), жалобы на чувство тоски (57,1%) и в меньшей степени – раздражительность (20%). Также встречались симптомы как ангедония, снижение самооценки, идеи самоуничтожения и соматовегетативные проявления. Эти симптомы сочетаются между собой в разной степени.

Выводы. Таким образом, депрессивные расстройства, осложненные злоупотреблением алкоголем, кажутся более серьезными из-за атипичных проявлений расстройств депрессивного круга, выраженной выраженности депрессивных состояний, полиморфизма симптомов и вдвое медленного уменьшения клинических проявлений по сравнению с классическими депрессиями.

Список литературы:

1. Мухин А.А. Лечение алкоголизма: возможности применения новых психотропных препаратов – Ципрамила и Флюанксола (обзор литературы) // Современные методы лечения депрессии и психозов. Киев, 2000.
2. Сайков Д.В., Сосин И.К. Алкогольная депрессия. Харьков: Коллегиум, 2004.
3. Шустов Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм. Москва: Когито Центр, 2004. 213 с., С. 185–210.
4. Angst F., Stassen H.H., Clayton P.J., Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years // J. Affect Disord. 2002. Vol. 68. P. 167–181.
5. Blazer D.G., Kessler R.C., McGonagle K.A. et al. The prevalence and distribution of major depression in a national community sample // Am. J. Psychiatry. 1994. Vol. 151. P. 979–986.
6. Хаятов Рустам Батырбекович, Велиляева Алие Сабриевна, Тураев Бобир Темирпулатови, Тураев Толиб Махмуджонович АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У

УДК 616.895

Чуркина А.М., Субботская Н.В.

Психопатологическая структура фазных аффективных состояний у гипертимных личностей

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: anna_churkina@outlook.com

Актуальность исследования. Современные тенденции сохраняющегося исследовательского интереса к психопатологии фазных аффективных состояний обусловлены дискуссионными взглядами на их концепцию, проблемой несовершенства классификации психических болезней и необходимостью пересмотра критериев систематизации расстройств аффективного спектра [1,7,10]. Остается актуальным вопрос, на основе каких критериев следует систематизировать аффективные расстройства – цикличности или полярности. Являясь частью обсуждаемой проблемы, диагностика гипертимии-гипомании в плане дифференцировки личностного или субсиндромального аффективного расстройства, чьи критерии в DSM-IV и МКБ-10 не разработаны, имеет ключевое значение для определения спектра биполярности аффективного заболевания. Существенную роль в решении данного вопроса играют особенности пато- и синдромкинеза преморбидной гипертимии. В клинической практике нередки случаи диагностики так называемых «псевдоуниполярных» состояний [5], когда учитываются лишь жалобы пациента на гипотимию и игнорируются признаки психомоторной активации в психическом статусе. В устранении этого диагностического дисбаланса значительно продвинулись разработчики МКБ-11, выделяя в диагностическую рубрику БАР 2 типа с хотя бы одним гипоманиакальным эпизодом в анамнезе наряду с одним депрессивным. Обоснованность выделения этой рубрики доказана различиями в ответе на монотерапию антидепрессантами, нейрорегулятивными показателями, генетическими эффектами и результатами нейровизуализации [9].

Роль базового темперамента (как депрессивного, так и маниакального) в формировании континуума личность-болезнь зачастую синонимична понятию коморбидности личностных и аффективных расстройств [2,3,8]. Однако вопрос о классификации фазных состояний у гипертимных личностей ранее не был освещен в достаточной степени. В своих исследованиях Akiskal H.S. [10] частично касается этой проблемы, но типология не разработана. Статистические данные о распространенности гипертимного темперамента немногочисленны; ряд авторов упоминает об их высокой встречаемости. Имеются сведения, что частота гипертимов в популяции составляет 1,2-5,4% [6].

Цель исследования: установление клинико-психопатологических особенностей эндогенного аффективного или пограничного заболевания, развивающихся у лиц из круга гипертимных.

Материалы и методы исследования. За период с января 2019 по январь 2020 года было обследовано 28 пациентов (22 женщины, 6 мужчин), в возрасте

25-55 лет (средний возраст – Ме – 37,7 лет), находившихся на стационарном или амбулаторном лечении в ФГБНУ НЦПЗ в связи с наличием аффективного заболевания или личностной патологии.

Критерии включения:

- Личности гипертимного круга с эндогенным аффективным или пограничным психическим заболеванием - выборочный метод (включались пациенты, характеризовавшие себя энергичными, активными, общительными, оптимистичными; с укорочением ночного сна до 5-6 часов в сутки);
- Диагностические рубрики: биполярное аффективное расстройство (F31.0-F31.6); циклотимия (F34.0), расстройства личности (F60-F61);

- Возраст от 18 до 55 лет.

Критерии исключения:

- Аффективные состояния в рамках экзогенных и органических расстройств;
- Сопутствующая актуальная соматическая или неврологическая патология, затрудняющая исследование.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, психометрический.

Результаты и обсуждение. Выделено два типологических варианта аффективных фаз (табл. 1): аффективно-смешанные и «двойные» мании.

Аффективно-смешанные состояния (24 пациента, 85,7%, Ме – 38,5 лет) классифицированы в зависимости от преобладания маниакального или депрессивного аффекта [4]. Критерием разделения стали и жалобы пациентов, и наличие в статусе проявлений полюса психомоторной активации (ускоренность мышления, многоречивость, гиперактивность).

1. состояния маниакального типа (астенические, ипохондрические) – 8 пациентов, 33,2%. Астеноподобные гипомании (5 пациентов – 4 женщины, 1 мужчина, 20,7%, Ме – 44,2 года) характеризуются частичными проявлениями маниакальной триады (идеомоторная ускоренность) с присоединением признаков депрессии в виде астеноподобных явлений – повышенной физической и психической утомляемости, истощаемости. При этом у пациентов отмечается правильный суточный ритм – в первой половине дня они указывают на субъективно испытываемую усталость, притупленность чувств, а в вечерние часы характерны гипоманиакальные проявления. Внешне пациенты, как правило, оптимистичны, настроение ближе к приподнятому, строят большое количество планов на будущее. YMRS – 21,3 (гипомания); HDRS – 10,3 (легкая депрессия).

Проявления ипохондрической мании (3 пациента – 2 женщины, 1 мужчина, 12,5%, Ме – 44,5 года) характеризуются ипохондрическими образованиями сверхценного уровня. Сохранены признаки моторной и идеаторной ускоренности. Тимический компонент представлен повышенной активностью, благодушием в сочетании с тревогой. YMRS – 28 (маниакальное состояние); HDRS – 8,5 (депрессия легкой степени).

2. состояния депрессивного типа – 14 пациентов, 58,4%. Данные состояния в свою очередь были подразделены на тревожные депрессии, полиморфные депрессии, соматоформную декомпенсацию.

Тревожные депрессии (9 пациентов – 7 женщин, 2 мужчин, 37,5%, Me – 39,2 года) характеризуются проявлениями выраженной тревоги, как немотивированной, так и конкретной со страхом сойти с ума, переживаниями за своё психическое состояние, страхом более серьезного заболевания. У части пациентов наблюдаются проявления апатии. В большинстве случаев для состояния характерны идеаторное и моторное ускорение. YMRS – 11,5 (пограничное значение между нормой и гипоманией), HDRS – 9,2 (депрессия легкой степени).

Полиморфные депрессии (2 пациента, женский пол, 8,4%, Me – 43,5 года) характеризуются как неврозоподобными, так и психопатоподобными проявлениями. Выявляются признаки идеаторного торможения, тимический компонент в основном представлен апато-динамическими, анестетическими нарушениями или пароксизмальной тревогой, при достаточно выраженной моторной ускоренности. Также в структуре депрессий встречаются деперсонализационные и обсессивно-фобические расстройства. YMRS – 18,5 (гипоманиакальное состояние), HDRS – 10,5 (легкая депрессия).

Соматоформная декомпенсация (3 пациента, женский пол, 12,5%, Me – 34,1 года) характеризуется наличием вегетативных конверсионных расстройств (2 пациентки с приступами рвоты, 1 пациентка с выпадением волос) на фоне тревожно-ипохондрической субдепрессии, проявляющейся в обеспокоенности собственным физическим здоровьем. Ипохондрия достигает сверхценного уровня. Тимические жалобы не выражены, отмечаются правильный суточный ритм, нарушение сна, аппетита, снижение интереса к жизни, пессимистическая окраска прошлого и будущего, необходимость прилагать усилия для совершения привычных действий. При этом характерны такие проявления маниакальной триады как моторная и идеаторная ускоренность. YMRS – 14 (гипоманиакальное состояние), HDRS – 9,5 баллов (легкая депрессия).

3. *альтернирующий вариант* (2 пациента, женский пол, 8,4%, Me – 25,3 года) характеризуется частой (в течение суток) пароксизмальноподобной сменой фаз, которые представлены отдельными (или в полном объеме) составляющими депрессивной и маниакальной триады. Как правило, в утренние часы наблюдаются проявления депрессии в виде выраженной немотивированной тревоги, подавленности (HDRS – 14 – депрессия умеренной тяжести), а во второй половине дня – картина гипоманиакального состояния (YMRS – 15 – гипомания).

“Двойные» мании” (4 пациента, женский пол, 14,3%, Me – 36,5 года) развиваются на фоне гипертимии за счет углубления приподнятого аффекта, достигающего степени простой веселой, гневливой или психопатоподобной мании. По Akiskal H.S. данное состояние получило название цветущей (full-blown) мании. При этом у пациентов отмечаются страсть к нерациональным покупкам, оформлению кредитов, перемене мест, склонность к употреблению алкоголя, развитие бредовых состояний, конгруэнтных аффекту (экспансивный, любовный бред, идеи отношения). Маниакальная триада представлена в классическом варианте. YMRS – 29,7 (мания).

Таблица 1. Количественное соотношение типологических вариантов выборки

Типологические варианты	Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании	Всего
	Маниакального типа		Депрессивного типа			Альтернирующий вариант		
	Астеноподобные гипомании	Ипохондрические мании	Тревожные субдепрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация			
Кол-во пациентов	5	3	9	2	3	2	4	28
%	85,7						14,3	100
	20,7	12,5	37,5	8,4	12,5	8,4		

Таблица 2. Психометрическая оценка типологических вариантов фазных состояний

Оценочные шкалы	Аффективно-смешанные состояния						«Двойные» мании
	Маниакального типа		Депрессивного типа			Альтернирующий вариант	
	Астеноподобные гипомании	Ипохондрические мании	Тревожные субдепрессии	Полиморфные депрессии	Соматоформная декомпенсация		
Шкала маний Янга (YMRS)	21,3 (гипомания)	28 (мания)	11,5 (норма)	18,5 (гипомания)	14 (гипомания)	15 (гипомания)	29,7 (мания)
Шкала депрессий Гамильтона (HDRS)	10,3 (легкая депрессия)	8,5 (легкая депрессия)	9,2 (легкая депрессия)	10,5 (легкая депрессия)	9,5 (легкая депрессия)	14 (умеренная депрессия)	

Выводы. Таким образом, разработанная типология фазных аффективных состояний у личностей гипертимного круга выявляет преобладание аффективно-смешанных фаз депрессивного типа с тревожным компонентом (37,5%); отсутствие монополярных депрессивных фаз, что косвенно может подтверждать гипотезу патокинеза гипертимии как субсиндромального аффективного расстройства и предиктора развития исключительно расстройств биполярного спектра.

Список литературы:

1. Аведисова А.С. Маниакально-депрессивный психоз – биполярное расстройство – аффективный спектр: смена парадигм. – Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С., 2012, №11, с. 21
2. Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Нефедьева И.О. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза). – Психиатрия, 2011, №1, с. 14
3. Воробьев Р.В. Клиническая типология смешанных маниакальных состояний при биполярном аффективном расстройстве. – Российский психиатрический журнал, 2014, №1, с. 33
4. Сосюкало О.О. Смешанные аффективные состояния при эндогенных аффективных психозах (клиническая типология, динамика и прогностическое значение). Дисс. канд. мед. наук. – М., 1988
5. Akiskal H., Benazzi F. Agitated «unipolar» depression reconceptualized as a depressive mixed state: implications for the antidepressant-suicide controversy. – J. Affect. Disord., 2005, Vol. 85, № 3, P. 245-258.
6. Figueira M. L., Caeiro L., Ferro A. et al. Validation of the Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego (TEMPS-A): Portuguese-Lisbon version. – J. Affect. Disord., 2008, Vol. 111, № 2 – 3, P. 193 – 203.
7. Katzow J., Hsu D., Nassir Ghaemi S. The bipolar spectrum: a clinical perspective. – Bipolar Disord, 2003, № 5, P. 436—442.
8. Possl J., von Zerssen D. A case history analysis of the «manic type» and the «melancholic type» of premorbid personality in affectively ill patients. – Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sci., 1990, Vol. 23, P. 347 – 355.
9. Reed G.M., First M.B., Kogan C.S., et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. – World Psychiatry, 2019, № 18(1), P. 3-19
10. Rihmer Z., Akiskal K., Rihmer A., Akiskal H. Current research on affective temperaments. – Current Opinion in Psychiatry, 2010, №23, P. 12—18.

II Раздел «ВОПРОСЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ И КЛИНИКИ ПОГРАНИЧНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ»

УДК 616.89, 159.98

Канайкина А.И.

Теоретико-методологический анализ нейропсихологических аспектов проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств

Курский государственный медицинский университет

г. Курск, Россия

e-mail: anna.canayckina@yandex.ru

Актуальность. Данные эпидемиологических исследований свидетельствуют о распространенности депрессивных и тревожных расстройств и составляет около 30% в популяции. Тревога и депрессия часто являются коморбидными состояниями. По данным ряда авторов, депрессивная симптоматика сопровождает расстройства тревожного спектра в 54-83% случаев [1,2]. У пациентов с коморбидным депрессивным и паническим расстройствами отмечаются проблемы с социальным функционированием, увеличение денежных трат на поддержание здоровья, снижение работоспособности и качества жизни, что увеличивает расходы на оказание им медицинской помощи [1,2]. Своевременная диагностика когнитивных нарушений и оценка степени их тяжести у больных депрессивным и паническим расстройством с использованием нейропсихологических и патофизиологических методов исследования позволит грамотно спланировать лечебные мероприятия.

Цель исследования: проведение теоретико-методологического анализа нейропсихологического аспекта проблемы коморбидности депрессивного и панического расстройств.

Материалы и методы: библиометрический анализ на основе информационного портала научной электронной библиотеки «eLIBRARY» и «Cyberleninka».

Глубина поиска определялась временным периодом с 2009 по 2019 гг. Детальному изучению подвергались отечественные научные исследования в области медицины и психологии.

Результаты. Для нозологий психического спектра один из методов объективной оценки когнитивных функций является нейропсихологическое исследование [3]. Среди многообразия научных публикаций на тему «аффективные расстройства» и «тревожные расстройства» незначительное лишь количество работ имеют нейропсихологическую направленность. Диагностика нейрокогнитивных нарушений у больных с аффективным и тревожным расстройствами, позволяет точно определить структуру и степень тяжести данных нарушений, и поможет оценить не только динамику заболевания, но и его последствия.

Б.Б. Ершов, А.В. Тагильцева (2015) исследуя когнитивный дефицит, имеющий место у больных аффективными расстройствами получили следующие результаты: нарушение концентрации и переключения внимания, исполнительских функций (когнитивная гибкость и адаптивное торможение). Авторы считают, что

результаты проведенного ими научного исследования следует рассматривать в качестве ключевых когнитивных нарушений при большом депрессивном эпизоде. Такие показатели, как снижение скорости психических процессов, ограничение объема кратковременной, долговременной и рабочей памяти, по мнению авторов, говорят о тяжести психического состояния, обусловленного наличием актуальной симптоматики.

Л.И. Вассерман в соавт. (2015) в своем исследовании отметил, что связь расстройств внимания и снижение умственной работоспособности более отчетливо проявляется с эндогенными признаками развития депрессивных расстройств у больных. Авторы, опираясь на полученные результаты, подчеркивает роль влияния депрессии на степень снижения когнитивных процессов у больных.

Когнитивные нарушения при тревожных расстройствах так же, как и при депрессивных, могут иметь преимущественно как объективный, так и субъективный характер [6]. Пациенты чаще всего предъявляют жалобы на трудности сосредоточения на какой-либо деятельности, проблемы с концентрацией внимания, снижение работоспособности, быструю утомляемость при выполнении когнитивных задач, однако при объективном исследовании когнитивных функций степень их нарушения не всегда соответствуют таковым.

А.А. Чепелюк (2018) в своей публикации представляет данные эпидемиологических исследований, которые указывают на высокую распространенность когнитивных нарушений при аффективных расстройствах у лиц молодого и среднего возраста (18-35 лет). Автор указывает на значительную вариабельность нарушений познавательных процессов при различных тревожных расстройствах - от незначительных до существенных. Так у пациентов с генерализованным тревожным расстройством и специфическими фобиями не было обнаружено нарушений кратковременной памяти в отличие от снижения аналогичных показателей у больных с паническим расстройством и агорафобией. В других исследованиях А.А. Чепелюк при генерализованном тревожном расстройстве были выявлены нарушения внимания (концентрация и переключаемость), в то время как при паническом расстройстве обнаружены нарушения различных видов памяти (кратковременная, зрительная, пространственная), оптико-конструктивных способностей, ухудшение скорости зрительно-моторной координации, управляющих функций и переключения внимания.

Гордеев С.А. в соавт. (2013) в научном исследовании указывают на выраженные вегетативные расстройства, повышенный уровень тревоги и депрессии у больных с паническим и генерализованным тревожным расстройствами. Кроме того авторы обнаружили у пациентов нарушение избирательности и переключения внимания, снижение концентрации и устойчивости внимания и меньшее запоминание как слов (кратковременная зрительная память на слова), так и чисел (кратковременная память на числа). По всем этим показателям пациенты достоверно отличались от здоровых испытуемых.

Результаты и выводы. На основе анализа научной литературы проведена количественная оценка активности научных исследований по проблеме «ней-

ропсихологические аспекты аффективных и тревожных расстройств» на период 2009 по 2019 гг. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1. Публикационная активность по «нейропсихологические аспекты аффективных и тревожных расстройств» на период 2009 по 2019 гг.

Год публикации	«Нейропсихологические аспекты аффективных расстройств» (количество публикаций)	«Нейропсихологические аспекты тревожных расстройств» (количество публикаций)
2012	1	0
2013	2	1
2014	0	1
2015	4	1
2016	1	0
2018	3	3
2019	1	0

Нами была выявлена наибольшая публикационная активность по проблеме «нейропсихологические аспекты аффективных расстройств» в 2015 году, по проблеме «нейропсихологические аспекты тревожных расстройств» в 2018 году.

Изучив научную литературу по проблеме нейропсихологических особенностей при коморбидности депрессивного и панического расстройств можно сделать вывод, что данную тему ученые не рассматривали в своих исследованиях. В ходе нашего анализа было найдено незначительное количество научных работ направленных на изучение нейропсихологических аспектов при аффективных и тревожных расстройствах. Детальное изучение данной проблемы в дальнейшем будет способствовать лучшему пониманию развития и динамики коморбидности депрессивного и панического расстройств, что послужит фактором эффективности психокоррекционных мероприятий.

Список литературы:

1. Pim Cuijpers, Ioana A. Cristea, Eirini Karyotaki, Mirjam Reijnders, Marcus J.H. Nuijbers. Насколько эффективна когнитивно-поведенческая терапия в лечении большого депрессивного расстройства и тревожных расстройств? Актуальный метаанализ данных. // World Psychiatry 2016. № 15. С. 245–258.

2. Вассерман Л.И., Иванов М.В., Ананьева Н.И., Сорокина А.В., Ежова Р.В., Ершов Б.Б., Чуйкова А.В. Когнитивные расстройства при депрессиях: нейропсихологическое и МРТ-исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015. №115(1). С. 13-19.

3. Гордеев С.А., Посохов С.И., Ковров Г.В., Катенко С.В. Психофизиологические особенности панического и генерализованного тревожного расстройства // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. №113(5). С. 11-14.

4. Громова Д.О., Вахнина Н.В. Когнитивные нарушения у больных молодого и среднего возраста: диагностика и подходы к терапии. // ЭФФЕКТИВНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ. Неврология. 2017. №3 (31).

5. Ершов Б.Б., Тагильцева А.В., Петров М.В. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейропсихологический подход (обзор литературы) // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2015. Т. 8, № 3. С. 65-76.

6. Очкасова Ю.А., Пастух И.А. Нейропсихологические особенности больных эндогенной депрессией.: сб. науч. тр / Курский государственный университет; под ред. П.В.Ткаченко. Курск.: КГМУ, 2018. 277-281 с.

7. Пастух И.А., Боровлева Т.Е. Нейропсихологические особенности больных коморбидными паническими и депрессивными расстройствами // Коллекция гуманитарных исследований. 2018. №6(15). С. 14-22.

8. Пастух И.А. Психологические механизмы защиты у больных с различными вариантами коморбидности панического расстройства // Университетская наука: взгляд в будущее. 2018. – с. 65-69.

9. Погосова И.А. Психологические особенности больных коморбидными генерализованным тревожным и депрессивным расстройствами // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». 2012. №4. С. 74-79.

10. Чепелюк А.А., Виноградова М.Г., Коваленок Т.В., Дорофеева О.А., Метлина М.В., Незнамов Г.Г. Особенности когнитивных процессов у больных с различной структурой тревожных расстройств. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. №118(3). С. 4-9.

УДК 616.891.7

Купенко Е.Е.

Место истерического расстройства личности в структуре общей заболеваемости среди молодых людей призывного возраста.

Анамнестические особенности призывников с диагнозом «истерическое расстройство личности»

КрасГМУ, ККПНД №1

г. Красноярск, Россия.

e-mail: zhenya_kupenko@list.ru

Актуальность. Истерическое расстройство личности характеризуется общей моделью поведения с неуверенностью в себе, чрезмерной эмоциональностью и острой потребностью во внимании и признании окружающими [1]. Исходя из этиологии названия (от латинского *Hystera*- «матка», *histrio*- «актер»), много лет считалось, что основной контингент страдающих данным видом расстройства – женщины. Однако было доказано, что мужчины также подвержены данному заболеванию. Учитывая современную модель общества, в которой мужчины и женщины могут реализовать гражданские права в равной мере, логично предположить, что рост маскулинизации среди женщин приведет к феминизации мужчин, и как следствие, - росту «женских» расстройств в структуре общей заболеваемости [6].

Смулевич А.Б. в своей книге «Пограничные расстройства личности», от-

мечает театральность, эгоцентризм и особенности эмоциональных реакций, но также описывает лиц с данным расстройством как личностей, «неспособных к систематическому, упорному труду, которые при выборе рода занятий предпочитают дилетантскую деятельность и пасуют перед задачами, требующими настойчивости, основательных знаний и солидной профессиональной подготовки. Более всего им нравится праздная жизнь с внешней, показной пышностью, разнообразными развлечениями, частой сменой впечатлений» [7].

Цель исследования. Выделить общие анамнестические особенности у лиц с истерическим расстройством личности и отследить динамику заболеваемости данной патологией среди молодых людей призывного возраста.

Материалы и методы: статистический анализ проводился на основе данных историй болезни призывников, находившихся на стационарном военно-психиатрическом обследовании по линии военкомата за период с февраля 2016 года по декабрь 2019 года в мужских отделениях ККПНД№1.

Результаты исследования: за указанный период экспертизе подверглось 604 призывника: 159 в 2016 г., 145 в 2017г., по 150 в 2018 и 2019 гг.; из них 24 призывникам(3,97%) был установлен диагноз «Истерическое расстройство личности». В 2016 году данный диагноз был установлен шести призывникам (3,77%), в 2017 году –четырем (2,76%), в 2018 году –пяти (3,33%), в 2019 году –деяти (6,08%). Таким образом, несмотря на то, что количество призывников в 2019г. сократилось на 5,6% по сравнению с 2016, число лиц с истерическим радикалом выросло практически в 2 раза. В структуре общей заболеваемости среди призывников исследуемый диагноз в период с 2016 по 2018 гг.включительно, занимал девятое место, в 2019 году вышел на шестое.

В исследуемую группу с диагнозом «Истерическое расстройство личности» вошли 24 призывника в возрасте от 18 до 24 лет, (стандартное отклонение- 1,9). Наибольшее количество пришлось на лиц 1999 года рождения. Средний возраст на момент установления диагноза- 20,2 года. Из особенностей преморбиды можно выделить травму в родах, которая встречается у 9 человек (37,5%);воспитание в неполной семье прослеживается у 16 человек (66,67%); из них воспитывались бабушкой и дедушкой- 1 человек (6,25%), старшей сестрой- 1 человек (6,25%), одной матерью- 14 человек (87,5%).

19 человек (79,1%) из исследуемой группы воспитывались в условия гиперопеки. Из них 14 призывников(73,68%) были единственным ребенком в семье; 5 человек (26,32%) – младшим. Отягощенная наследственность прослеживается у 7 человек(29,2%), из них – по алкоголизму 5 человек (71,4%), суицид- 1 человек (14,3%), эпилепсия тяжелой формы с эпистатусом- 1 человек (14,3%). Черепно-мозговые травмы в детском возрасте отмечены в анамнезе у двух человек (8,3%), дефицит массы тела трех человек (12,5%). У четверых призывников (16,67%) истерическое расстройство личности сочеталось с другими расстройствами психики (навязчивые и импульсивные действия, депрессия). В детском и подростковом возрасте представители исследуемой группы отдавали предпочтение активным видам деятельности: спортивные секции посещали 6 человек (25%), трое

занимались хореографией(12,5%), четверо играли на музыкальных инструментах и занимались вокалом (16,67%),2 человека (8,33%) посещали художественную школу. 9 испытуемых (37,5%), будучи подростками, сменили массу хобби, не реализовав себя ни в одной из секций, поскольку при возникновении первых сложностей сразу теряли интерес и искали новое занятие. 2 человека (8,33%) состояли на учете в инспекции по делам несовершеннолетних из-за различных правонарушений. Окончили школу с отличием 2 человека (8,33%), 22 подростка(91,67%) учились посредственно, но классов не дублировали. Трое (12,5%) имеют законченное высшее образование,1 человек (4,1%)на момент обследования находился в процессе обучения. Законченное средне-специальное образование получили 5 человек (20,83%); трое имеют среднее образование (12,5%). У 13 человек (54,16%) неоконченное высшее образование, из них 9 (69,23%) были отчислены после первого курса в связи с академической неуспеваемостью. Оставшиеся 4 человека (30,77%) самостоятельно забрали документы в связи с утратой интереса к профессии. Основные направления, выбираемые исследуемой группой: педагогику, театральные направления, экономику и менеджмент выбрали по 3 человека (12,5% соответственно);информатику, пищевую промышленность, радиотехнику, инженериию, электрику—по 2 человека (8,33%);на медицину и юриспруденцию приходится по 1 человеку(4,17%). Таким образом, 13 испытуемых(54,17%) выбирали своим направлением профессиональную сферу «человек-человек». Из них двое работают по специальности (8,33%), оба в сфере культурно-досуговых мероприятий; на часто сменяющихся друг друга низкоквалифицированных работах занято 9 человек (37,5%);13 человек (54,17%) находятся на иждивении у родителей. Из всей исследуемой когорты только 4 человека (16,67%) имеют семейные отношения: двое состоят в официальном браке, двое живут с девушками.20 человек (83,33%) имеют сложности в установлении связей с противоположным полом и никогда не имели длительных серьезных отношений. Из особенностей внешнего вида: наличие множественного пирсинга отмечалось у 3 человек (12,5%), разнообразные татуировки – у 7 испытуемых (29,17%),вычурная и неординарная прическа у 5 человек (20,83%). Явные аутоагрессивные тенденции прослеживаются у 7 человек (29,17%), из них двое имеют множественные татуировки. Несмотря на то, что авто деструктивная направленность, в том числе множественные пирсинги и татуировки, прослеживаются у 10 человек (41,67%), суицидальная направленность в анамнезе отмечена только у одного призывника (4,17%).

Результаты и выводы. Таким образом, исследуемая группа соответствует диагностическим критериям истерического расстройства личности (по МКБ-10): «Расстройство личности, характеризующееся поверхностной и неустойчивой возбудимостью, склонностью к *драматизированию, театральности*, а также к *преувеличенному выражению эмоций, внушаемостью, эгоцентризмом*, потаканием своим желаниям, отсутствием внимания к окружающим, легкой обидчивостью и постоянным стремлением манипулировать окружающими», а также данным литературы.

Учитывая количество «отличников» и призывников с окончанным высшим образованием, можно прийти к выводу, что преобладающая часть лиц с исследуемым расстройством не способна к усердной работе и пасует при появлении малейших трудностей. Только 2 человека из выборки работают по специальности, весьма успешно (участвуют в международных конкурсах, работали за рубежом и т.п.), и оба они задействованы в сфере развлекательных услуг, что подтверждает театральность характера лиц с истерическим расстройством. Более половины призывников отличаются крайне поверхностными привязанностями, что в юношеском возрасте проявлялось частой сменой увлечений, в молодом возрасте – постоянной сменой работы и «поиском себя». Направленность либидо на себя и пренебрежение социальными связями также подтверждается данными исследования: только 4 человека (16,67%) имеют устоявшиеся отношения с противоположным полом. Акцент внимания на внешнем виде также можно отследить в исследуемой когорте: обилие пирсингов, татуировки, яркая экстраординарная прическа; 3 человека (12,5%) имели дефицит массы тела, причем двое из них в результате жестких диет. В описании поведения в дневниках зачастую можно встретить такие характеристики как «жеманность», «театральность», «желание показать себя в лучшем виде», что также подтверждает данные литературы.

Из наиболее значимых особенностей преморбида следует обратить внимание на то, что 19 человек (79,1%) воспитывались в условиях гиперопеки, а 16 человек (66,67%) в неполной семье, что способствовало концентрации внимания на ребенке и формированию у него чувства «собственной значимости и исключительности», как следствие – эгоцентризм, капризность и манерность. Следовательно, данные особенности можно рассматривать как пусковые механизмы патологического развития личности. Условия гиперопеки, по всей вероятности, сохраняются и после наступления совершеннолетия: так, больше половины (13 человек – 54,17%) призывников находится на иждивении у родителей, что также не способствует активации компенсаторного пути развития. Возможно, для полной адаптации следовало бы рекомендовать групповую профилактику, направленную не только на личность призывника, но и на членов его семьи.

Список литературы:

1. Andrew Skodol. «Overview of Personality Disorders» MD, University of Arizona College of Medicine.
2. Александровский Ю.А. «Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей» ГЭОТАР-Медиа, 2007г.
3. Говоров А.С. «Склонность к отклоняющемуся поведению и виды агрессии у лиц призывного возраста, проходящих военно-психиатрическую экспертизу», Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150) 2013. Том 3. № 2
4. Евдокимова А.А., Кулемина К.В. «Истерическое расстройство личности: клиническая характеристика», Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья. Сборник научных трудов под общей редакцией Е.В.Руженской, Иваново, 2017г.

5.Казаковцев Б.А., Демчева Н.К., Николаева Т.А., Сидорюк О.В., Творогова Н.А., Пронина Л.А. «Состояние психиатрических служб и распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2013—2015 годах», журнал «Психическое здоровье»,№7, 2016г.

6.Пещеров Г., Валькова Е. «Феминизация общества: проблемы и перспективы», журнал «Власть», №10, 2011г.

7.Смулевич А.Б. «Расстройства личности. Траектория в пространстве психической и соматической патологии»,Медицинское информационное издание, 2012г.

8.Смулевич А.Б. «Пограничные психические нарушения», электронный ресурс, <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/35>

УДК 616.895.4

Рагимова А.А.,Иванникова Е.И.

Психическая патология при цервикальной дистонии. Пилотное исследование

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»

УД Президента РФ

г. Москва, Россия

e-mail: kate.ivannikova1995@gmail.com

Актуальность. Цервикальная дистония (ЦД) - двигательное расстройство, характеризующееся устойчивыми повторяющимися непроизвольными сокращениями мышц, приводящими к вынужденному положению головы и шеи, а также рядупсихопатологическимсимптомов[1]. Для ЦД характернавысокая распространённость психических расстройств (до 91.4%). В течение жизни у пациентов с ЦД повышен риск возникновения депрессий (15-53,4%) и расстройств тревожного спектра (26,4-83,3%)[2]. Описаны случаи психогенной манифестации или обострения симптомов ЦД [3].

ЦД не является угрожающим жизни заболеванием, однакозначимо влияет на качество жизни пациентов, что выражается в более раннем прекращении рабочего стажа.Так по даннымН. Gundel[5] до 20% пациентов с ЦД трудоспособного возраста не работают в связи с оформлением инвалидности, либо находятся на иждивении родственников [4]. Результаты нескольких исследований подтверждают значимое влияние депрессий и других психических расстройств на показатели качества жизни (КЖ) больных с ЦД, превосходя по влиянию на те же показатели моторных симптомов и болевых проявлений ЦД [3, 4].

Цель:изучение расстройств тревожно-депрессивного круга и патохарактерологическихособенностей у пациентов с ЦД.

Задачи: уточнение личностной структуры пациентов с цервикальной дистонией; клиническая характеристика тревожно-аффективных расстройств у пациентов с ЦД; Установление вклада психической патологии и патохарактерологических расстройств в снижение качества жизнии уровень комплаентности.

Материалы и методы. Пациенты с ЦД были обследованы клинико-психопатологическим (с применением катamnестического метода), неврологическим и психометрическим (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS; объективный опросник HAM-D; торонтская шкала алекситимии (TAS); личностный опросник SCID-II; опросник на качество жизни sf-36; методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ); опросник «Уровень комплаентности») методами. Статистическая обработка проводилась при помощи программы SPSS Statistics 20.

Результаты. Социодемографические данные: было обследовано 25 пациентов с ЦД – 21 (84%) женщины и 4 (16%) мужчины, средний возраст больных составил $43,1 \pm 14,8$ (медиана 45 лет). С высшим образованием 13 (52%) больных; 12 (48%) - имели среднее образование. Обращает на себя внимание также выраженная трудовая дезадаптация – работающих 16 больных (64%), 7 - на иждивении родственников (28%), 2 (8%) - пенсионеры.

23 пациентам (92%) ботулинотерапия проводилась до включения в исследование $3,73 \pm 2,1$ раза (медиана 3 раза) с интервалом $5 \pm 3,083$ месяца (медиана 4 месяца), среднее время назначения первой ботулинотерапии после появления первых симптомов составила $5 \pm 3,3$ года (медиана 3 года).

При клинико-психопатологическом обследовании больных ЦД у 11 пациентов были выявлены признаки клинически значимой депрессии и тревоги. Средний возраст этих больных составил $36,4 \pm 5,8$ лет (медиана 35 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы - $33,8 \pm 5,7$ лет (медиана 34 года), возраст установления диагноза ЦД - $35,2 \pm 4,6$ лет (медиана 34,5 лет), до включения в исследования диагноз ЦД был установлен в течение $3,1 \pm 2,1$ года (медиана 3 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали $11,6 \pm 3,4$ (медиана 11), HADS по шкале депрессия - $10,4 \pm 0,7$ (медиана 10), по данным HAM-D - $9,1 \pm 1,1$ (медиана 10); средний бал по TAS соответствовал $72,8 \pm 9,0$ (медиана 74).

В группе больных с ЦД с зарегистрированными тревожно-депрессивными расстройствами гипотимия носила субклинический характер. Во всех случаях наблюдалось перекрытие аффективной составляющей с тревожно-фобическими расстройствами (включая, ипохондрические фобии, социофобию, паническое расстройство) с формированием избегающего поведения, конверсионной симптоматикой (ком в горле, явления астазии-абазии, атаксии, апраксии, дисфония и т.п.), в 4 случаях - с дисморфофобической симптоматикой.

Среди пациентов с зарегистрированными на момент обследования депрессивными симптомокомплексами отмечалось накопление аффективных фаз в анамнезе, как аутохтонных $n=3$ (12%), так и реактивных депрессий $n=8$ (32%). При аутохтонных депрессиях отмечалась выраженная тревожно-фобическая симптоматика с формированием избегающего поведения, в то время как для реактивных состояний было характерно преобладание истерических диссоциативных симптомов (ощущение нереальности происходящего, ощущение «пелены перед глазами, «забывание» травмирующих событий), конверсий (онемения рук

и ног по типу «перчаток и носков», головные боли по типу «обруча»). 7 из 11 пациентов с депрессией ранее (до манифестации ЦД) наблюдались у психиатров/психотерапевтов. У 6 больных (12%) в анамнезе были зафиксированы эпизоды злоупотребления алкоголем или психоактивными веществами.

Согласно личностному опроснику SCID-II наиболее распространёнными патохарактерологическими чертами в группе больных с зарегистрированными аффективными нарушениями были нарциссические $n=7$ (60%) и пограничные черты $n=8$ (56%), а также избегающие $n=9$ (36%) и депрессивные $n=9$ (36%) патохарактерологические измерения. В соответствии с данными по трудовой занятости отмечалась более выраженная трудовая дезадаптация, чем у пациентов с ЦД без депрессии: работающих 6 больных, 5 - на иждивении родственников.

Особенности комплаенса данной группы:

- заострение черт мнительности, эгоцентричности, реактивной лабильности;
- гиперчувствительность к соматической симптоматике, склонность к аггравации и драматизации собственного состояния, чрезмерной тревоге о своем здоровье;
- комплаентное поведение лабильно, может варьироваться от первичной «симбиотической» связи с врачом до разочарования в компетентности врача, что может привести к частой смене специалистов, самостоятельной коррекции медикаментозной терапии.

У 14 больных (56%) на момент осмотра тревожно-аффективные расстройства не регистрировались. Средний возраст больных ЦД без депрессии составил $43,3 \pm 14,8$ лет (медиана 45 лет), появление первых симптомов ЦД наблюдалось в возрасте $38,2 \pm 15,1$ лет (медиана 34 года), возраст установления диагноза $39,5 \pm 14,5$ (медиана 35 лет), до настоящего исследования длительность с момента постановки диагноза ЦД составила $1,1 \pm 0,5$ год (медиана 0,75 года).

По данным подшкалы тревоги опросника HADS средние значения этой группы достигали $7,6 \pm 3,1$ (медиана 7), HADS депрессия $4,5 \pm 2,1$ (медиана 4), по результатам объективного опросника HAM-D выраженность тревоги $5,7 \pm 2,8$ (медиана 5), средний бал TAS $61,5 \pm 7,6$ (медиана 61).

В анамнезе у пациентов с ЦД без зарегистрированной тревожно-аффективной патологии на момент обследования отмечалось накопление соматизированных расстройств. Развитие ЦД в 8 случаях из 14 предшествовало значимое стрессовое событие (развод, потеря работы, финансовые трудности и т.п.). В этой группе больных часто регистрировались соматизированные реакции вслед за значимыми для больного событиями - лабильность артериального давления, обострение гастрита, атопического дерматита, органические неврозы без выраженных психоэмоциональных расстройств. Согласно личностному опроснику SCID-II наиболее распространёнными патохарактерологическими чертами в группе больных без аффективных расстройств были ананкастные $n=14$ (56%), паранойяльные $n=8$ (32%), шизотипические $n=7$ (28%). В соответствии с данными по трудовой занятости отмечались значимо более высокие показатели трудовой адаптации, чем у пациентов с ЦД, коморбидной депрессии: работающих 10 больных, 2 - на иждивении родственников, 2 - пенсионеры.

Особенности комплаенса данной группы пациентов:

- гармоничный тип отношения к болезни, адекватное восприятие картины болезни, установка на выздоровление;
- устойчивый и продуктивный комплаенс с врачом;
- активный запрос на проведение психотерапии с поиском ресурсов для достижения собственного психологического благополучия.

При анализе статистических данных общей выборки, полученных из опросников, было отмечено, что подшкала депрессии опросника HADS имела положительную корреляцию с подшкалой тревоги опросника HADS (r -Пирсона=0,672, $p=0,002$), TAS (r -Пирсона=0,583, $p=0,009$) и отрицательную корреляцию с баллами SF36 GH (общее состояние здоровья) (r -Пирсона=-0,580, $p=0,009$) и SF36 -VT (жизненная активность) (r -Пирсона=-0,543, $p=0,016$).

Шкала алекситимии TAS имела отрицательную корреляцию на уровне тенденций: SF36 SF (социальное функционирование) (r -Пирсона=-0,395, $p=0,094$), SF36 RE (ролевое функционирование) (r -Пирсона=-0,410, $p=0,81$). Отрицательная тенденция SF36 RE отмечалась и с результатами по данным опросника CDQ24.

Подшкала тревоги опросника HADS имела отрицательную корреляцию с SF36 GH (общее состояние здоровья) (r -Пирсона=-0,456, $p=0,050$), SF36 VT (жизненная активность) (r -Пирсона=-0,525, $p=0,021$), SF36 SF(социальное функционирование)(r -Пирсона=-0,731, $p=0,000376$), SF36 RE (ролевое функционирование) (r -Пирсона=-0,569, $p=0,011$), MH (психическое здоровье).

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать первоначальные выводы о высокой частоте встречаемости психических расстройств у пациентов с ЦД. Было показано негативное влияние выявляемых тревожно-депрессивных расстройств на трудовой статус, качество жизни и уровень комплаентности пациентов в отличие от пациентов с преобладанием соматизированных расстройств, но бездиагностированной тревожно-депрессивной симптоматики.

У пациентов с ЦД с коморбидной депрессией отмечалось накопление психогенно-провоцированных аффективных фаз в анамнезе, характеризующихся наличием диссоциативных и конверсионных симптомов. В свою очередь, у пациентов без коморбидной депрессии отмечалось накопление органических неврозов и других соматизированных реакций в ответ на стрессовые события без сопутствующих аффективных колебаний.

По данным личностных опросников наиболее характерными личностными чертами у пациентов с ЦД, коморбидной тревожно-депрессивным расстройствам являлись нарциссические, пограничные, избегающие и депрессивные патохарактерологически-дизименсии, а в группе больных без депрессии - ананкастные и паранойальные черты.

Список литературы:

1. Defazio G., Macerollo A. Epidemiology of Dystonia. Handbook of Dystonia. 2012; 2: 11–21. doi:10.3109/9781841848525.002.
2. Conte A., Berardelli I., Ferrazzano G., Pasquini M., Berardelli A., Fabbrini

G., 2016. Non-motor symptoms in patients with adult-onset focal dystonia: Sensory and psychiatric disturbances. *Parkinsonism & Related Disorders* 22. doi:10.1016/j.parkreldis.2015.09.001

3. Ceylan D., Erer S., Zarifoğlu M., Türkeş N., Özkaya G. Evaluation of anxiety and depression scales and quality of LIFE in cervical dystonia patients on botulinum toxin therapy and their relatives. *J Neurol Sci.* 2019; 40(4): 725-731. doi:10.1007/s10072-019-3719-9

4. Molho E.S. et al. Impact of Cervical Dystonia on Work Productivity: An Analysis From a Patient Registry. *MDCP.* 2015; 3(2): 130-138. doi:10.1002/mdc3.12238.

5. Gundel H. Social Phobia in Spasmodic Torticollis. *J NeurolNeurosurg Psychiatry.* 2001; 71(4): 499-504. doi:10.1136/jnnp.71.4.499.

УДК 616.89

Фомичева А.В., Любавская А.А., Баширова Е.А.

Диссоциативные нозогенные реакции при хронической сердечной недостаточности

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
г. Москва, Россия
e-mail: dzeshal5@gmail.com*

Актуальность. Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в общей популяции достигает 1-10% [6]. ХСН оказывает значимое негативное влияние на качество жизни пациентов [5], что приводит к инвалидизации и существенному социо-экономическому бремени. Среди факторов риска прогрессирования ХСН выделяют в том числе и коморбидные психические расстройства (тревожные 13%, депрессивные 25-50%, астенические 80-94% [1, 2, 3]). При этом, если данные о нозогенных реакциях при ХСН, такие как депрессивные, тревожные расстройства в достаточной степени освещены в литературе, то к настоящему времени частота встречаемости и клиническая структура ассоциативных реакций изучена недостаточно, а круг кардиологических заболеваний, выступающих в качестве триггера манифестации диссоциативных расстройств, ограничивается фибрилляцией предсердий [7], предоперационным периодом аортокоронарного шунтирования [10]. Согласно бинарной концепции диссоциативные нозогенные реакции рассматриваются как две гетерогенные группы: 1. compartment-диссоциации (англ. compartment – инкапсуляция) – представлены феноменом «двойного сознания», т.е. нивелирование субъективно неприятных, тягостных ощущений, связанных с болезнью, за «фасадом» которой проявляется тревожная реакция; 2. detachment-диссоциация (англ. detachment – сепарация) – полная элиминация стрессового воздействия и его последствий из сознания пациента [4, 11].

Цель исследования: анализ клинической структуры диссоциативных нозогенных реакций при хронической сердечной недостаточности, вклад патохарактерного и соматического факторов в их формирование.

Материалы и методы. За период с сентября 2018 по январь 2020 года на базе Университетской клинической больницы №1 и Городской клинической больницы №51 были обследованы 192 пациента с верифицированным диагнозом ХСН. I Этап исследования включал скрининг психических расстройств (клиническое интервью, госпитальная шкала депрессии и тревоги, миннесотский опросник качества жизни больных ХСН) среди пациентов с ХСН. На II этапе в результате комплексного клинического обследования в соответствии с критериями включения/невключения была сформирована основная клиническая выборка, составившая 57 наблюдений диссоциативных нозогенных реакций при ХСН. Критерии включения: 1. мужчины и женщины в возрасте от 30 до 85 лет; 2. верифицированный диагноз ХСН II-IV функционального класса по NYHA¹ и сердечно-сосудистых заболеваний, на фоне которых она сформировалась; 3. диссоциативная нозогенная реакция, связанная с ХСН и продолжительностью не менее 1 месяца. Критерии исключения: 1. состояния тяжёлой соматической декомпенсации, не позволяющие провести полноценное психопатологическое обследование; 2. Шизофрения (F20); 3. Биполярное аффективное расстройство (F31); 4. Органические психические расстройства (F0); 5. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F01). На ряду с кардиологическим обследованием проводились рутинные методы, предусмотренные стандартом оказания стационарной помощи в связи с диагнозом ХСН. В исследовании помимо психопатологического метода использовался патопсихологический с применением психометрических методик (опросник депрессии Бека, методика для психологической диагностики копинг-механизмов Э.Хейма).

Результаты и обсуждение. Исследуемая группа пациентов с диссоциативными реакциями составила 57 наблюдений (27 женщин, 30 мужчин, средний возраст $57,7 \pm 5,8$ лет). На основании ведущего психопатологического паттерна были выделены 2 группы нозогенных диссоциативных реакций: compartment-диссоциация (33 набл., 18 женщин, 15 мужчин, средний возраст $57,5 \pm 2,3$) и detachment-диссоциация (24 набл., 9 женщины, 15 мужчин, средний возраст $58,1 \pm 2,6$).

Изучаемые группы оказались неоднородны по социо-демографическим показателям: в группе с реакцией по типу detachment-диссоциации накапливаются в большей степени одинокие, незамужние/неженатые пациенты (62,5%), преимущественно мужчины (62,5%), тогда как для compartment-диссоциации характерно равномерное гендерное распределение (45,4% мужчин и 54,6% женщин), и только половина пациентов (55,5%) не состоит в отношениях. Особый интерес представляет статистически значимый показатель инвалидности по соматическому заболеванию: в 54,5% случаев наблюдается при compartment-диссоциации, и только в 25% - при реакции по типу detachment -диссоциации ($p=0,026$) (интерпретация будет представлена ниже).

¹ ФК по NYHA – функциональный класс по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA)

Исследуемые группы диссоциативных реакций также отличаются и по соматическому состоянию. Так, в когорте реакций по типу detachment -диссоциации накапливаются тяжелые кардиологические пациенты, о чем свидетельствует ФВ¹, ФК по NYHA (характерно преимущественно сниженная ФВ левого желудочка (62,5%), IV (50%) и III (37,5%) ФК по NYHA, в отличие от пациентов с compartment-диссоциацией, где лишь в 30% наблюдается снижение ФВ (p=0,016), а ФК по NYHA представлен преимущественно II (39,3%) и III (48,4%) (p=0,004).

1. Нозогенная реакция по типу compartment-диссоциация. Психопатологическая картина первой группы диссоциативных нозогенных реакций представлена «двойным синдромом» [8]: диссоциативной симптоматикой с тревогой о здоровье (Health Anxiety). Нозогенная реакция по типу compartment-диссоциация соотносится с истерической реакцией и проявляется феноменом «бравого солдата» [11]. Пациенты не осознают в полной степени тяжесть кардиологического состояния, так, несмотря на отчетливое симптоматическое проявление ХСН, предполагающее изменение образа жизни, ограничение привычной деятельности, пациенты хворают, на первый план выступают мысли о непоколебимости ресурсов организма, возможности благополучного исхода. Однако за фасадом наигранного оптимизма, бравады отмечается тревога за здоровье, персистирующий страх в периоды декомпенсации ХСН, что подтверждается данными использования шкалы HADS (у 63,6 % пациентов отмечается клинически выраженная тревога (11-21 баллов), у 24,2% - субклиническая тревога (8-10 баллов)). Денотатом тревожных опасений являются представления возможного физического ограничения, наиболее тягостным симптомом пациенты называют отеки и одышку. Отмечается диссоциация между тревогой и демонстративно-пренебрежительным отношением по поводу течения и прогноза заболевания.

Нарочитое, напускное отрицание беспокойства по поводу кардиологических симптомов сочетается с интерпретацией заболевания как временного. Наблюдается преодолевающее поведение, овладение с болезнью, несмотря на персистирующие признаки ХСН, что подтверждается и результатами психометрических исследований. Пациенты (81,8%) демонстрируют эмоциональный копинг-механизм – «оптимизм», проявляющийся состоянием протеста по отношению к трудностям и уверенностью в наличии выхода из сложившейся ситуации. С точки зрения когнитивного копинг-механизм 39,4 % пациентов «сохраняют самообладание», характеризующееся анализом возникших трудностей и возможных путей выхода из них, и 60,6% в поведении проявляют «относительность», т.е. оценку трудностей в сравнении с другими.

Клинически такие пациенты неохотно высказывают жалобы на соматическое состояние, попадают в поле зрения специалистов только при декомпенсации ХСН. При этом, несмотря на браваду и оптимизм пациентов, они субъективно отмечают снижение качества жизни, что подтверждается и результатами психометрических исследований. Пациенты (81,8%) по «миннесотскому опроснику

¹ ФВ – фракция выброса левого желудочка

качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью» указывают на снижение качества жизни и на умеренное ограничение физических нагрузок (34-65 баллов). За счет осознания снижения качества жизни, а также тревожных включений в диссоциативную симптоматику при ухудшении самочувствия, пациенты обращаются за специализированной помощью, что способствует более раннему началу терапии (в сравнении со второй когортой больных, как будет показано ниже). Больные частично соблюдают рекомендации врачей, аккуратно принимают назначенную терапию, что приводит к высокой приверженности, и, как следствие, к относительно благоприятному прогнозу. Такая форма поведения соотносится с адаптивными поведенческими копинг-механизмами (у 39,3% отмечается форма поведения «сотрудничество» и у 21,2% - относительно адаптивный поведенческий копинг- механизм «отвлечение»).

Переходя к анализу структуры личности у лиц с диссоциативными расстройствами, стоит подчеркнуть, что нозогенная реакция по типу compartment-диссоциация соотносится с лицами драматического кластера (54,5%), а также с конституциональными аномалиями по типу гипертимии (27,3%). Личностные характеристики, такие как оптимизм, гипертимность, отражаются в реакции на болезнь в виде недооценки тяжести состояния.

2. Нозогенная реакция по типу detachment-диссоциация. В данной когорте наблюдений накапливаются более тяжелые пациенты с точки зрения соматического состояния по сравнению с первой группой, что подтверждается как физикальными, инструментальными методами обследований (в 62,5% сниженная ФВ левого желудочка, 50% - IV, 37,5% - IIIФК по NYHA), так и клинически (асцит, одышка в покое и т.д.). А некоторые пациенты из этой группы стоят перед выбором принятия решения о трансплантации сердца по поводу таких тяжелых заболеваний, как дилатационная кардиомиопатия, ишемическая кардиомиопатия вследствие перенесенного ранее инфаркта миокарда в сочетании с тяжелым комбинированным митрально-аортальным пороком, которые приводят к выраженной дилатации полостей сердца, критическому снижению ФВ, сопровождающемуся явлениями ХСН высоких функциональных классов. При этом, несмотря на жизнеугрожающее состояние, пациентами игнорируются телесное неблагополучие, «вытесняются» объективные подтверждения тяжести состояния.

У пациентов отсутствуют признаки нозогенного стресса: не наблюдаются тревожные опасения по поводу прогноза и исхода заболевания, витальный страх, в отличие от когорты больных с реакцией по типу compartment-диссоциации. По результатам шкалы HADS у пациентов отсутствует тревога (в 83,3% у пациентов не наблюдаются симптомы тревоги, 0-7 баллов).

Даже после того, как больные лишаются двигательной активности, практически полностью перестают ходить в силу тяжести соматического статуса, они продолжают активно строить планы на будущее. Пациенты игнорируют направления на консультацию по поводу трансплантации сердца, сохраняя уверенность обойтись без хирургического вмешательства. Основным денотатом в сознании

больных остаются профессиональные обязанности с безразличием к проблемам собственного здоровья и уверенностью в возможность возвращения к привычному доболезненному образу жизни.

Даже при нарастании симптомов ХСН у когорты таких пациентов сохраняются пренебрежительное отношение к инвалидизирующему, жизнеугрожающему заболеванию. Пациенты соглашались на оформление инвалидности лишь в 25% случаев наблюдений, в отличие от первой группы, где этот показатель достигал 54,5% ($p=0,026$). Полученные данные подтверждаются и результатами психометрических исследований в виде неадаптивных когнитивных копинг-механизмы – «диссимуляция», проявляющиеся пассивной формой поведения с умышленной недооценкой тяжести состояния, в отличие от первой группы, где у пациентов наблюдается адаптивный копинг-механизм (сохраняли «самообладание», проявляли «относительность») ($p=0,0000001$).

В 6 наблюдениях у больных сохраняются конституциональные гедонистические установки в виде стремления к посещению шумных застолий, регулярного употребления спиртных напитков. Такой образ действия соотносится с неадаптивными поведенческими копинг-механизмы, такими как «отступление» и «активное избегание», в отличие от первой группы, для которой характерны в большей степени адаптивные и относительно адаптивные поведенческие копинг-механизмы ($p=0,042$).

Несмотря на тяжесть соматического состояния, неблагоприятный прогноз, пациенты с нозогенной реакцией по типу detachment-диссоциации отрицают ухудшение качества жизни, в отличие от больных первой группы соматически более благоприятной. Так, в большей части наблюдений пациенты (66,6%) по «миннесотскому опроснику качества жизни больных хронической сердечной недостаточностью» отметили, что не испытывают ограничений в физической активности (16-27 баллов), в отличие от первой группы ($p=0,0005$). Обычные нагрузки, объективно вызывающие сердцебиение, одышку, не сопровождаются жалобами на клиническое проявление признаков ХСН. Отказ от соблюдения рекомендованного режима (употребление спиртных напитков, курение и др.), нерегулярный прием назначенной терапии приводили к низкой приверженности к лечению, тяжелой курабельности таких больных.

При анализе структуры характерологических аномалий у лиц с нозогенные диссоциативными реакциями при ХСН были получены следующие статистически значимые результаты ($p=0,0001$). Нозогенная реакция по типу detachment-диссоциации в большей степени характерна для шизоидных личностей (37,5%), а также «гипертимных шизоидов» [12] (37,5%). Такие личностные черты, как аутизм с отрывом от реальности, собственное представление о функционировании организма («телесный аутизм» [12]), соотносятся с реакцией отрицания наличия жизнеугрожающего заболевания.

Выводы. Несмотря на ограниченность в доступной литературе исследований диссоциативных реакций при ХСН, отмечается важность исследуемого типа нозогении. Частота встречаемости диссоциативных нозогенных реакций при

ХСН достигает 29,6%. В высокую частоту встречаемости диссоциативных нозогенных реакций при ХСН существенный вклад вносит характер течения кардиологической патологии: медленное развитие заболевания, длительное сохранение трудоспособности пациентов. Так, при сравнении с артериальной гипертензией, для которой также характерно длительное течение, относительная контролируемость заболевания, частота встречаемости диссоциативных нозогенных реакций также достигает высоких цифр (43,4%), тогда как при фибрилляции предсердий, для которой характерно непредсказуемый характер течения аритмии, диссоциативные реакции встречаются лишь в 11,25% [9].

На основании анализа психопатологических особенностей были выделены 2 гетерогенные группы диссоциативных реакций при ХСН: реакция по типу compartment-диссоциации detachment-диссоциации. Диссоциативные нозогенные реакции при ХСН, проявляющиеся недооценкой или отчуждением наличия соматического неблагополучия, ассоциируются с патологическим дезадаптивным поведением в болезни: несоблюдение рекомендации врачей, откладывание обращения за специализированной помощью, что приводит к ухудшению течения и прогнозу заболевания. При этом выявление на ранних этапах таких пациентов, комплексный подход к лечению, может способствовать более благоприятному прогнозу кардиологической патологии.

Список литературы:

1. Celano C.M., Villegas A.C., Albanese A.M., Gaggin H.K., Huffman J.C., Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review, Harvard Review of Psychiatry, 2018

2. Graven L.J., Higgins M.K., Reilly C.M., Dunbar S.B., Heart Failure Symptoms Profile Associated With Depressive Symptoms, Clinical Nursing Research, 2018, 1–21

3. Heo S., McSweeney J., Tsai P. F., Ounpraseuth S., Moser D.K. The Associations of Diagnoses of Fatigue and Depression With Use of Medical Services in Patients With Heart Failure, Journal of Cardiovascular Nursing, 2019, pp. 289–296

4. Holmes E.A., Brown R.J., Mansell W. Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. ClinPsychol Rev 2005; 25 (1): 1–23.

5. Lawson C.A., Solis-Trapala, Dahlstrom U., Mamas M., Jaarsma T., Kadam U.T. et al. (2018) Comorbidity health pathways in heart failure patients: A sequences-of-regressions analysis using cross-sectional data from 10,575 patients in the Swedish Heart Failure Registry. PLoS Med 15 (3)

6. Spinar J., Spinarova L., Vitovek J. Pathophysiology, causes and epidemiology of chronic heart failure, VnitrLek 2018; 64(9): 834–838

7. Волель Б.А., Трошина Д.В., Грубова М.В., Малютина А.А. Психические (личностные) расстройства у больных фибрилляцией предсердий. Психические расстройства в общей медицине. 2016; 1–2: 27–35.

8. Петелин Д.С. Нозогенные реакции с явлениями аутоагрессии (феномен откладывания) при злокачественных новообразованиях. Дис. ... канд. мед. наук. М., 2018.

9. Трошина Д.В. Психические расстройства у больных фибрилляцией предсердий. Дис. канд. мед. наук. М., 2019

10. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 4: 4–9

11. Смулевич А.Б., Иванов С.В., Мясникова Л.К., Двойников С.Ю., Ильина Н.А. Диссоциативные реакции в траектории развития шизотипического расстройства личности (на модели нозогений у онкологических больных). Журнал неврологии и психиатрии, 12, 2014: 12-22

12. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния, Москва, 2017

Чурбакова О.Ю.

Коррекция психологических проблем у больных с расстройством личности

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

г. Тамбов, Россия

e-mail: churbakova-o@mail

Актуальность. В настоящее время увеличилось количество больных страдающих расстройством личности. Эта проблема связана с неблагоприятным влиянием в наше время негативных внешних факторов, которые не только выявляют неустойчивость реакций, но в значительной мере определяют структуру развивающейся психопатии. Развитие стойких изменений характера и психопатических наклонностей возможно под влиянием психической травматизации. При длительном действии психогенных травм возникают стойкие реактивные состояния, “принимаящие характер психопатии”, ведь как писал В.А. Гиляровский: «психопатами чаще делаются, чем рождаются»[1, с.302].

Проблемой расстройства личности в разное время занимались многие (клиницисты) психиатры. Так, например, Б.С. Братусь в своей работе (1988), посвящённая аномалиям личности, с позиций отечественной психологической школы, восходящей к работам П.Я. Гальперина, А.Н. Леонтьева, А.В. Запорожца, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия, рассматривает общие проблемы психологии личности, понятия психического и личностного здоровья, внутренние механизмы возможного отклонения от нормы, появления аномалий личности, а также перспективы, пути предупреждения и коррекции этих аномалий, которые возможны при использовании методов психологической науки.

Цель. Недостатком этих исследований является то, что все они созданы в рамках только одной медицинской модели основной упор делается на знание нозологии, синдромологии, клинической картины расстройств. Основной мишенью такой модели является симптом, поиском и ликвидацией причины которого практически не занимаются. При этом изучение психологических особенностей пациента сводится к минимуму. Это и определило цель нашего исследования.

Материалы. Наше исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Тамбовской психиатрической больницы», 9 психотерапевтического отделения.

В исследовании приняло участие 43 пациента в возрасте от 29 до 62 лет, из них 22 – женщины и 21 – мужчина, страдающих расстройствами личности и прошедших 10 сеансов групповой психотерапии.

Методы. В качестве методов исследования нами были использованы следующие методики: вариант Миннесотского многомерного личностного опросника ММРІ (В.Н. Бехтерева, Ф.Б. Березина, и М.П. Мирошникова), тест «Исследования уровня субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин, В.В. Столин)[3, с.27].

Для оценки эффективности предложенной программы (психотерапии) необходимо провести сравнение психологических показателей стационарных больных, которые непосредственно посещали предложенные занятия до и после окончания цикла.

Результаты. По результатам сравнительного анализа оказалось, что у больных, страдающих расстройством личности, до и после занятий групповой психотерапии значимые различия на уровне 1% и 5% ошибки по следующим показателям.

По результатам многофакторного личностного опросника мини – мульт ММРІ:

— Шкала ипохондрии (0,001) – показатель выше до сеансов групповой психотерапии 60,9, чем после 31,9, это говорит о том, что эти больные стали менее медлительными, пассивными, начали быстрее приспосабливаться, легче переносить смену обстановки.

— Шкала депрессии (0,007) – показатель до сеансов групповой психотерапии выше 50, чем после 36,5, это говорит о том, что такие испытуемые стали менее склонными к тревогам, робкими, застенчивыми, они стали более уверенными в себе и самостоятельными.

— Шкала паранойяльности (0,047) – показатель выше до сеансов групповой психотерапии 56,5, чем после 44,5, это свидетельствует нам о том, что такие испытуемые стали менее склонными к формированию сверхценных идей и стали более реально оценивать окружающие их обстоятельства.

— Шкала психастении (0,001) показатель выше до сеансов групповой психотерапии 72,5, чем после 45,7, это говорит о том, что у таких больных стал ниже уровень тревожности, боязливости, нерешительности и постоянных сомнений.

— Шкала шизоидности (0,001) показатель выше до сеансов групповой психотерапии 71,8, чем после 43,8, это говорит нам о том, что такие испытуемые способны воспринимать и чувствовать повседневные радости и горести, а абстрактные образы перестали вызывать у них эмоциональный отклик, т.е. они стали более эмоционально теплыми в межличностных отношениях.

— Шкала гипотонии (0,001) показатель выше до сеансов групповой психотерапии 78,8 после 37,9, это говорит нам о том, что такие испытуемые стали более сдержаны в своей активности, их интересы стали более устойчивыми, у них повысился уровень выдержки и настойчивости.

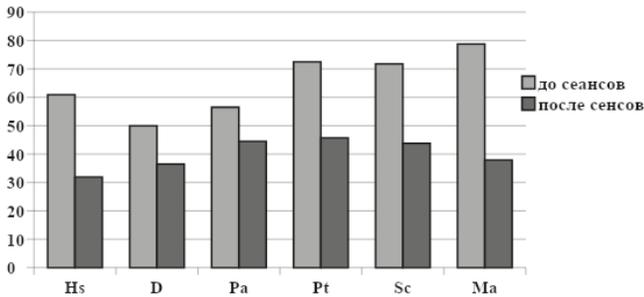


Рис. 1 Динамика показателей Опросника мини – мульт у больных, страдающих расстройством личности до и после сеансов групповой психотерапии

По результатам методики «Уровень субъективного контроля».

— Общая интернальность (0,002) показатель до сеансов групповой психотерапии 3,5 ниже, чем после 6,9, это говорит о том, что у испытуемых повысился уровень субъективного контроля, и они стали чувствовать свою собственную ответственность за события и за то, как складывается их жизнь в целом.

— Интернальность в области достижений (0,001) показатель до сеансов групповой психотерапии 3,1 ниже, чем после 6,1, это говорит о том, что испытуемые стали считать, что они добились сами всего хорошего, что было и есть в их жизни, и что они способны с успехом преследовать свои цели и в будущем.

— Интернальность в области неудач (0,009) показатель 3,3 ниже, до сеансов групповой психотерапии, чем после 6,1, это говорит о том, что у испытуемых повысилось чувство субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неудачах, неприятностях и страданиях.

— Интернальность в сфере семейных отношений (0,001) показатель до сеансов групповой психотерапии 3,2 ниже, чем после 4,9, т.е. испытуемые стали себя считать более ответственными за события их семейной жизни.

— Интернальность в сфере здоровья и болезни (0,002) показатель до сеансов групповой психотерапии 3,1 ниже, чем после 6,1, это говорит о том, что испытуемые стали себя считать более ответственными за свое здоровье и обвинять за свою болезнь только себя.

— Интернальность в сфере межличностных отношений (0,001) показатель до сеансов групповой психотерапии 1,7 ниже, чем после 5,7, это говорит о том, что стали считать себя в силах контролировать свои неформальные отношения с другими людьми.

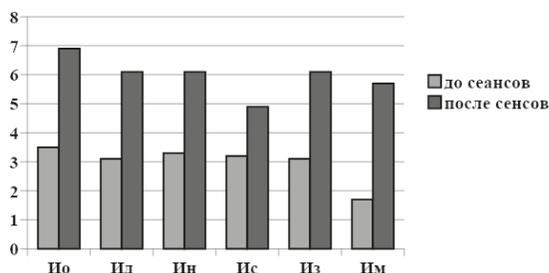


Рис. 2 Динамика показателей уровня субъективного контроля у больных до сеансов групповой психотерапии и после

Выводы Проведя сравнительный анализ экспериментальных данных до и после сеансов групповой психотерапии, мы видим значимую положительную динамику по основным психологическим характеристикам у больных страдающих расстройствами личности находящихся на стационарном лечении. То есть разработанная на основе выявленных у данной категории лиц психологических проблем программа (психотерапия) социальной адаптации, является эффективной, так как способна вносить положительные коррективы в личность этих больных.

Список литературы:

1. Авров Г.В. Современные проблемы подростковой общей и судебной психиатрии / Г.В. Авров – М., 1987,с.70-75.
2. Белов В.П. Пограничные нервно-психические расстройства / В.П. Белов – М., 1983. С.17-22.
- 3.Анн Л.Ф. Психологический тренинг с подростками / Л.Ф. Анн – СПб.: Питер,2004.С.48-115
4. Бесчастный А.А. Дифференциальная диагностика психопатий и психопатоподобных состояний резидуально-органического генеза / А.А. Бесчастный – Автореф. канд. дисс., М., 1992. – 17 с.

III Раздел «ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»

УДК 616.89

Блинова Т.Е., Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.

Патопсихологический профиль пациентов с обсессивно-компульсивными нарушениями при шизотипическом расстройстве и детском аутизме

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: blinova.tania2015@yandex.ru

Актуальность. Квалификация обсессивно-компульсивных психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте остается в настоящее время актуальной и дискуссионной проблемой. Известно, что в детском возрасте основные симптомы и синдромы психической патологии носят незавершенный, атипичный характер. Важной является оценка первичных симптомов на фоне начала заболевания и их трансформация в течение болезни. В психопатологии к навязчивым или обсессивно-компульсивным расстройствам (ОКР) относятся моторные (движения, действия) и идеаторные (мысли, воспоминания, сомнения, страхи) нарушения, возникающие которых независимо от воли больного. Выделяют определенную возрастную динамику: у дошкольников элементарные двигательные навязчивости чаще возникают в форме тиков, у младших школьников – усложнение моторных навязчивостей, они даже могут приобретать вид целенаправленных произвольных действий, возможно, служащих ритуалами. Выявлена определенная динамика и кататонических симптомов (стереотипий), которые могут трансформироваться в двигательные навязчивости. Последние встречаются при различных заболеваниях, в том числе при шизотипическом расстройстве (ШР) и детском аутизме (ДА). Оба эти вида детской психопатологии сопровождаются определенными психологическими особенностями (в когнитивной, эмоционально-личностной, социальной сфере и т.п.). Учитывая разный возраст детей, страдающих обсессивно-компульсивными расстройствами, был использован комплексный качественный анализ данных патопсихологических обследований пациентов, что позволяет провести сопоставление патопсихологического профиля у пациентов разного возраста и разного диагноза, с учетом ряда клинических параметров.

Цель: сопоставление патопсихологического профиля у пациентов ШР и ДА с ОКР с учетом возрастных и клинических факторов (возраст начала заболевания, ведущий синдром).

Материалы и методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический и статистический методы (в стат. пакете SPSS 22), а также метод качественного анализа результатов с использованием балльной оценки.

Диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение, произвольная регуляция - это психологические параметры, выделенные на основе анализа за-

ключений патопсихологов. Можно сгруппировать выделенные параметры по сферам – мотивационно-личностной и интеллектуальной. Подобная процедура позволяет определить психологический профиль без непосредственной опоры на сырые данные обследования, а воспользоваться качественным анализом материалов обследования и наблюдения, проведенных психологом. Чем выше полученный балл – тем больше выражена дефицитарность каждой из сфер и в целом по суммарному баллу патопсихологического профиля.

В стационаре отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ (заведующая д.м.н., профессор Н.В.Симашкова) обследованы 38 пациентов (14 девочек и 24 мальчика) с ОКР возрасте от 4 до 16 лет (средний возраст 11,2лет). В выборке представлено 2 ребенка с ОКР, но с другим основным диагнозом - F 95.2. Каждый ребенок был обследован детским патопсихологом индивидуально.

Критерии включения: детский возраст; соответствие диагнозам по МКБ-10 «Детский аутизм, F84.02», «Шизотипическое неврозоподобное расстройство, F21.3»; наличие ОКР; информированное согласие на обследование

Критерии исключения: атипичные формы аутизма, детский тип шизофрении, умственная отсталость, грубая очаговая неврологическая патология.

Результаты. Применялась кластеризация данных оценки патопсихологического профиля с помощью пакета SPSS-22. Выделены четыре кластера, в первый вошли дети с диагнозом F84.02, во второй - F21.3, в третий – и те, и другие, а также дети с диагнозами F 95.2, четвертый кластер представлен 1 больным с ДА с грубой задержкой речевого развития и гипоманиакальным синдромом,

Сравнительная оценка всех параметров патопсихологических профилей образовавшихся кластеров показывает достоверные отличия между ними по большинству показателей на уровне достоверности $p \leq 0,001$ (критерий Краскала-Уоллиса), однако есть и сходные показатели, не дифференцирующие, а объединяющие больных в каждом из кластеров, это наличие особенностей эмоционально-личностной сферы ($p \leq 0,066$, критерий Краскала-Уоллиса).

Рассмотрим характеристики детей, попавших в кластер 1. Это 6 больных ДА (5 мальчиков) с ранним началом заболевания – 1,4 года, средний возраст больных – 5, 6 лет, суммарный балл патопсихологического профиля – 15,4 балла. Таким образом, в кластер вошли дети преимущественно дошкольного возраста, с ранним началом ДА с выраженными нарушениями развития, более всего баллов по параметрам интеллекта, произвольной регуляции и эмоционально-личностному и мотивационному, а также инфантильности.

Кластер 2 – 14 детей (5 мальчиков) с диагнозом F21.3, средний возраст в группе 14,8 лет, возраст начала заболевания – 11,7 лет, суммарный балл по патопсихологическому профилю – 9,1. Таким образом, в этом кластере оказались подростки, относительно поздно заболевшие, имеющие хорошее познавательное развитие с особенностями, свойственными больным шизофренического спектра, основные трудности – в эмоционально-личностной сфере.

Кластер 3 – 17 детей (15 мальчиков) со всеми представленными в выборке диагнозами, преимущественно F21.3. Средний возраст детей в группе 10,6 лет,

возраст начала заболевания – 3,7 (от 1 до 7 лет), суммарный балл патопсихологического профиля – 9,9 балла. Таким образом, в кластер вошли преимущественно мальчики школьного возраста с относительно ранним началом заболевания, имеющие относительно хорошее интеллектуальное развитие с некоторыми чертами, присущими шизоидному складу психики, с проявлениями инфантилизма и мотивационными, а также эмоционально-личностными проблемами.

Кластер 4 представлен мальчиком-дошкольником 4 лет с началом заболевания в 2 года, с диагнозом ДА и дополнительно грубой задержкой речевого развития, кроме того, это был практически единственный ребенок, для которого был характерен гипоманиакальный синдром на всех этапах течения болезни. Суммарный балл по патопсихологическому профилю у этого ребенка был самым высоким во всей обследованной группе пациентов – 21 балл, в дефицитарном состоянии находятся все анализируемые параметры патопсихологического профиля.

Если рассмотреть всю выборку с точки зрения пола, то у девочек более позднее начало заболевания и невысокий балл по патопсихологическому профилю, при лидировании нарушений эмоционально-личностной и мотивационной сфер. У мальчиков – более раннее начало заболевания, более высокий, чем у девочек, балл по патопсихологическому профилю, наиболее дефицитарным является произвольная регуляция и эмоционально-личностная сфера.

Если рассмотреть по диагнозам, то оказывается естественным более раннее начало заболевания, как и сам возраст больных при ДА, высокий суммарный балл по патопсихологическому профилю, более всего страдает эмоционально-личностная сфера, мотивация, произвольная регуляция. Для пациентов с ШР – более позднее начало, сами дети постарше, без интеллектуальных нарушений, но нередко со своеобразием по шизоидному типу, однако на первом месте в патопсихологическом профиле стоит дефицитарность эмоционально-личностной сферы.

Выводы. Проведенный анализ патопсихологического профиля у детей с ОКР при детском аутизме и шизотипическом расстройстве показывает общие черты – дефицитарность эмоционально-личностной сферы. Оказывается, что девочки при ОКР заболевают позже и не имеют практически интеллектуального дефекта, тогда как у мальчиков дефицитарные проявления по патопсихологическому профилю более выражены, также характерно более раннее начало заболевания.

УДК 159.922.762

Богачева О.И., Иванов М.В.

Анализ познавательной и игровой деятельности современных детей с нарушениями интеллектуального развития

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»;

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»;

г. Москва, Россия

e-mail: ivanov-michael@mail.ru

Актуальность исследования. Большинство современных исследований указывает на значительное количество детей с интеллектуальными нарушениями в популяции [3, 6]. Высокая распространенность указанного отклонения среди детского населения обусловила повышенное внимание к нему специалистов – клинических и специальных психологов, логопедов, педагогов, неврологов и психиатров. В современных условиях, когда дети с нарушениями психического развития интегрированы в систему образования, все чаще встают вопросы об эффективности коррекционных подходов, направленных на социализацию и обучение детей с нарушениями развития.

Исследования в отношении значимости различных факторов, влияющих на формирование интеллектуальных нарушений показали, что чаще нарушение имеет мультифакториальный характер со значительным влиянием наследственности, перинатальной патологии и действия неблагоприятных социальных факторов [4, 7].

Среди большого количества исследований, посвященных особенностям развития детей с нарушениями интеллектуального развития недостаточно работ, касающихся особенностей игровой деятельности современных детей. В настоящей работе использовался методический подход [1], основанный на концепции ведущей деятельности, формирующей «зону ближайшего развития» ребенка (Выготский Л.С., Леонтьев А.Н., Эльконин Д.Б.) [10]. Известно, что для детей дошкольного возраста игра служит ведущим типом деятельности, вызывающим качественные изменения в психическом, интеллектуальном, эмоционально-волевом, нравственном развитии и становлении личности в целом [2, 10].

Цель исследования: проанализировать познавательную и игровую деятельность современных детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития.

Материал и методы исследования.

Выборку исследования составило 35 детей в возрасте 5,5-6,5 лет.

Экспериментальная группа: 20 детей с нарушениями интеллектуального развития (шифры диагнозов по МКБ-10: F06.7, F06.8, F80-F82 и F83).

Контрольная группа: 15 детей с условно нормативным развитием (дети, не наблюдающиеся у невролога и психиатра по вопросам нарушений психического развития).

Исследование проводилось в амбулаторных условиях в ФГБНУ НЦПЗ и на базе средней общеобразовательной школы № 709 г. Москвы (дошкольное отделение).

Методики исследования: наблюдение за игровой деятельностью детей по методике В.М. Астапова, для диагностики уровня развития познавательных функций использовались субтесты методики Д. Векслера, последовательные картинки, разрезные картинки, 4-ый лишний, запоминание 10 слов и др.

Результаты и их обсуждение. Познавательная деятельность детей с нарушениями интеллектуального развития характеризуется низкой концентрацией внимания, трудностями сосредоточения на задании, на какой-либо деятельности

и быстрая отвлекаемость (несформированность произвольности). Таким детям свойственно долгое включение в учебную деятельность, детям требуется повторение инструкции к заданиям, то же самое наблюдается и при объяснении правил игры. У детей преобладает наглядная память над словесной, выявляется недостаточная продуктивность произвольной памяти. Мыслительная деятельность характеризуется преобладанием непосредственных представлений об окружающей действительности, трудностями абстрагирования от конкретно-ситуативных и функциональных связей, слабость анализа и синтеза, трудности установления причинно-следственных связей. Для решения большинства экспериментальных (пагопсихологических) заданий дети используют более простые и привычные способы, опираясь на свой опыт и сюжет из мультфильмов и компьютерных игр. Также, было выявлено, что для детей экспериментальной группы свойственно нарушение нейродинамического компонента деятельности, выражающееся в утомляемости и снижении темповых характеристик (замедление деятельности) при выполнении диагностических заданий, что подтверждено в нашем предыдущем исследовании [5].

Независимо от уровня познавательного развития в лексиконе детей активно представлены англоязычные слова, заимствованные из интернет-среды и современных мультфильмов, такие как – майнкрафт, анимэ, хайп, гуглить, лайки и др.

Результаты, полученные в ходе наблюдения за игровой деятельностью детей по методике В.М. Астапова свидетельствуют о низком уровне сформированности игровой деятельности у 60% детей экспериментальной группы и 20% контрольной группы. Для этих детей характерны достаточно примитивные и однообразные сюжеты в игре, им сложно «взять» идеи из реальной жизни и выполнить их с игрушками. Детям с задержкой интеллектуального развития легче дается проигрывание знакомых действий, небольших сюжетов по сценариям из известных им мультфильмов и видеороликов, предлагаемых современной детской индустрией игрушек и мультфильмов. Они предпочитают игры в электронные гаджеты (планшеты, смартфоны), что влияет на возникновение коммуникативных сложностей и конфликтов при непосредственном социальном взаимодействии со сверстниками в специально организованной экспериментальной игровой ситуации.

В этой связи важно отметить, что большинство родителей обследованных детей (обеих групп исследования) активно включают в повседневную жизнь ребенка различные электронные гаджеты (игры, мультфильмы, видео, интернет), и не контролируют свободное время ребенка, что может усугублять задержку интеллектуального развития.

Практически у каждого обследованного ребенка есть смартфон с множеством приложений, в которых они играют в различные игры (от стрелялок и бродилок до логических), и выходом в Интернет. Родители восхищенно рассказывают о том, как их дети разбираются в новомодных гаджетах, а также подсказывают им (родителям) решения различных технических проблем. Практически все дети свободное время проводят за просмотром современных мультфильмов, серий корот-

ких видеороликов или за компьютерными играми (в телефоне, планшете, компьютере).

Анализируя игровую деятельность детей экспериментальной группы было выявлено снижение уровня воображения и творческого подхода при построении сюжетно-ролевой игры, что проявляется невыразительностью, недостаточной эмоциональностью и однотипностью игровых действий.

Современные дошкольники большую часть своего свободного времени посвящают просмотру мультфильмов (особенно детям интересны современные, яркие, эмоционально насыщенные мультсериалы). В беседе с детьми становится ясно, что часто детям все равно, какой мультфильм они будут смотреть, главное, чтобы он был красочный, веселый, т.е. сюжетная роль не стоит на первом месте.

Дети в своих сюжетно-ролевых играх часто брали за основу героев любимых мультфильмов, но проигрывали лишь некоторые характерные для них действия, например, одна девочка (6 лет 4 мес.) представляла куклу «Леди Баг» (главная героиня мультфильма «Леди Баг и Супер-Кот»). Девочка говорила, что она «Леди Баг», летала и дралась, как эта героиня, но смысла и сюжета в ее игре не было. Просматривая данный мультсериал, девочка не понимала характер героини, ее предназначения, смысла ее поступков, ей лишь были интересны визуальные спецэффекты и звуковое сопровождение.

Сюжеты современных мультфильмов, в большинстве случаев, не сопоставимы с сюжетами жизни дошкольников, а, следовательно, не могут порождать мотивов ролевых и режиссерских игр. Дети не могут самостоятельно организовать игру, в свою очередь родители жалуются, что дети не могут играть вместе, а их игры состоят в том, чтобы кого-нибудь толкнуть, ударить и т.д.

Просмотр большинства современных фильмов для детей, несмотря на привлекательность их персонажей, не дает содержания для детской игры и остается просмотром ради просмотра, некоторой «вещью в себе». Увиденное и услышанное не становится материалом для переживания, осмысления и, в конце концов, для присвоения культурного опыта (интериоризации), что крайне важно для детского развития, о чем еще писал Л.С. Выготский [2].

Фильмы для дошкольников по своей форме и содержанию не рассчитаны на детское восприятие, о чем мы говорили и ранее: слишком быстрый темп, мелькание несвязанных кадров, перегруженность экзотичными эффектами, невнятность и отрывочность речи персонажей не позволяют ребенку понять, осмыслить и пережить содержание фильма. А без этого просмотр превращается в бессмысленное и даже вредное времяпрепровождение. Многие современные книжки написаны недетским языком и не соответствуют интересам и возможностям понимания маленьких детей [8, 9]

Классик детской психологии Д.Б. Эльконин [10] многократно подчеркивал: чем более детализированным и развернутым является практическое действие, тем более свернутым и неосознанным становится план ролевых отношений, т.е. смысл игры. Свернутость или развернутость игрового практического действия во многом зависит от игрушки – от степени ее сложности и реалистичности. В

связи с этим большую ценность для современных детей приобретают (групповые) коррекционно-развивающие игровые занятия.

Заключение. Современная социальная ситуация развития детей дошкольного возраста с нарушениями интеллектуального развития характеризуется активным использованием электронных гаджетов и недостаточностью общения с родителями и сверстниками, ведущий тип деятельности – игровой, связанный с просмотром мультфильмов, видеороликов в интернете и компьютерной игрой.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что, рассматривая ребенка с интеллектуальными или любыми иными нарушениями развития необходимо обращать внимание не только на органические причины, но и на важную в этой ситуации среду. Социальная ситуация развития в таком случае может выступать, как и первопричиной возникновения, например – задержек развития, так и отягощающим фактором в ее формировании, в случае с задержками органического генеза. Но также благоприятная микро- и макросоциальная ситуация может способствовать положительной динамике в развитии ребенка с нарушением развития.

Финансирование: Работа выполнена в рамках гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых – МК-3619.2019.6.

Список литературы

1. Воскресенская С.А., Иванов М.В. Патологические формы игровой деятельности при нарушениях психического развития у детей // Психиатрия. – 2017. – № 2 (74). – С. 30-37.
2. Выготский Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка // Вопросы психологии. – 1966. – № 6. – С. 62-68.
3. Емелина Д.А., Макаров И.В. Задержки темпа психического развития детей // Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. И.В. Макаров, Р.Ф. Гасанов, А.Е. Алексеева и др. – СПб: Наука и техника, 2013. – С. 273-289.
4. Злоказова М.В. Влияние социальных и наследственных факторов на формирование задержки психического развития // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 2. – С. 22-27.
5. Иванов М.В., Фунтикова Е.В. Наглядно-действенное мышление у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития резидуально-органического генеза // Социальные и гуманитарные науки: теория и практика. – 2019. № 1 (3). – С. 587-592.
6. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах // Российский психиатрический журнал. – 2019. – № 4. – С. 4-15. <https://doi.org/10.24411/1560-957X-2019-11930>
7. Парцалис Е.М. Факторы риска нарушения когнитивного развития у детей // Новые исследования. – 2013. – № 2. – С. 4-22.
8. Смирнова Е.О. Особенности современной детской субкультуры // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2018. № 1. – С. 41-46.
9. Смирнова Е.О., Смирнова С.Ю., Шеина Е.Г. Родительские стратегии в ис-

пользовании детьми цифровых технологий [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. – 2019. – Т. 8. – № 4. – С. 79-87. <https://doi.org/10.17759/jmfp.2019080408>

10. Эльконин Д.Б. Психология игры. – М.: Педагогика, 1978. – 304 с.

УДК 616.853.6: 616.89-02-021

Грудинин О.А., Носкова А.И., Титаренко Е.К.

Особенности дифференциальной диагностики психосенсорных нарушений эпилептических психозов и шизофрении у детей. Клинический случай

Ставропольский Государственный Медицинский Университет

г.Ставрополь, Россия

e-mail: FoxHound.Oleg@yandex.ru

Актуальность. Заболеваемость эпилепсией составляет 50-70 на сто тысяч человек, распространенность – 5-10 на тысячу (0,5 – 1%). У 70% пациентов эпилепсия дебютирует в детском и подростковом возрасте и по праву считается одним из основных заболеваний педиатрической психоневрологии. (3)

Цель исследования: ознакомиться с особенностями шизофренического и эпилептического психоза у детей на примере клинического случая.

Материалы и методы исследования: 1. Использование научных литературных источников. 2. Клиническое наблюдение, обследование и лечение пациента.

Результаты и их обсуждение. Установление причин психозов во время их острой фазы - сложная клиническая задача, т.к. продуктивная симптоматика не позволяет качественно оценить негативную (патогномичную) симптоматику. Когда речь идет о ребенке, задача усложняется еще больше - разные нозологические формы у детей меньше отличаются друг от друга, чем у взрослых. Тем не менее, проблему нужно решать, т.к. лечение определяется нозологией. Диф. диагноз между шизофреническим и эпилептическим психозом у ребенка - настоящий вызов для клинициста. Мы должны учесть следующие группы условий:

1. Возрастные особенности психики.
2. Преобладание визуальных образов над вербальными, яркость аффекта.
3. Преморбид, развитие, течение психоза.
4. Наличие негативной симптоматики.

Возрастные особенности психики: можно с уверенностью сказать, что, рассматривая особенности ребенка, больного шизофренией, чаще отмечается нормальное или ускоренное интеллектуальное развитие, сдержанность эмоций, послушность, просоциальность. Это идеальные дети, вплоть до старта заболевания.

Среди больных эпилепсией детей больше тех, кто получили во время родов травму, переболели тяжелыми инфекционными заболеваниями в раннем детстве, задерживались в психоэмоциональном развитии, отличались капризностью, крайней жестокостью, упрямством, непослушанием, асоциальностью. Такие особенности не могут не находить отражение в качестве галлюцинаторно-

бредовой продукции. Мы в праве ожидать более сложных и отстраненных переживаний при шизофрении и гротескно ярких, грубых при эпилепсии.

Преобладание визуальных образов над вербальными, яркость аффекта (что характерно для детского возраста при шизофрении и для эпилептических психозов вообще).

Даже учитывая, что раннее начало шизофрении сопровождается в большей степени визуальными галлюцинациями, чем вербальными, качество этих образов будет больше соответствовать аутистическим фантазиям. Дети чаще не боятся их, так как галлюцинации являются продолжением их аутистической психической жизни. Эпилепсия - это в первую очередь ригидность психических процессов и гиперэмотивность. Психотические проявления всегда аффективно насыщены «до предела», а образы просты и понятны (чудища, звери и т.п.).

Преморбид и условия развития. Эти особенности частично оговорены в первом пункте, но стоит добавить, что наличие эпилептических приступов в анамнезе - сразу должно настроить врача на поиск эпилептического генеза. Диагноз «Шизофрения» является в целом более «простым» по отношению к диагнозу «Эпилептический психоз», так как не требует ЭЭГ подтверждения. Кроме эпилептических приступов настороженность должны вызвать присутствие в анамнезе фебрильных судорог, менингеальных симптомов, наличие тяжелых соматически истощающих болезней. Острое начало болезни (в один день) - так же должно направлять внимание специалиста в сторону эпилепсии. Пароксизмальное течение - внезапно наступающие, длящиеся несколько дней и внезапно проходящие психозы, их течение по типу клише и запомывание части событий - так же повод думать об эпилепсии. Подострое начало, постепенное усложнение, полиморфизм симптоматики, отсутствие светлых промежутков - склоняет чашу весов в сторону шизофрении.

Наличие негативной симптоматики. Клиническая картина и шизофрении и эпилепсии в детском возрасте - бедна негативной симптоматикой. Ее поиск осложняется еще и тем, что психоз приводит к регрессии сам по себе. Распад уже сформированных навыков и социальных достижений - неотъемлемая часть клинической картины обоих состояний. Учитывая это - негативная симптоматика (паралогичность, эмоциональная выхолощенность, отгороженность при шизофрении и психический инфантилизм, отставание в интеллектуальном развитии, ригидность психических процессов, застревание аффекта при эпилепсии) имеют второстепенное значение. Но после купирования психоза - должны рассматриваться более пристально.

Вывод. Вопрос выявления эпилептической симптоматики, как следствие, более углубленного функционального обследования, применение ЭЭГ, является необходимой, но не всегда простой задачей для клинициста. Все описанные нами нюансы имеют статистическую значимость и не могут быть основой для окончательного диагноза, а служат только вектором диагностического поиска. Окончательное решение должно приниматься по совокупности факторов и с учетом изменений на ЭЭГ. Нельзя забывать и о коморбидности. Мы позволим себе выразить личное мнение, что назначение антиконвульсанта будет оправданным

и в случае, когда окончательного подтверждения эпилепсии на ЭЭГ нет, но клинических оснований достаточно.

Список литературы:

1. Джамантаева М.Ш. Эпилептические шизофреноподобные психозы, систематика, клиника, дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / М.Ш. Джамантаева, Н.Н. Логачева, М.В. Мухамадиева, Л.Е. Ли, А.В. Токарева // Вестник КазНМУ. – 2015. - №4. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epilepticheskie-shizofrenopodobnye-psihozy-sistematika-klinika-differentsialnaya-diagnostika> (дата обращения: 20.11.2019).

2. Киссин М.Я. Эпилепсия [Электронный ресурс] / М.Я. Киссин // Кафедра психиатрии и наркологии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2019. – URL: <http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnik-po-psihiatrii/tema-no12-epilepsia/epilepsia-m-a-kissin-> (дата обращения: 21.11.2019).

УДК 616.89-053.2

Захарова Д.А., Новожеева О.С., Симкина А.И.

**Психические расстройства детей и подростков от 3 до 17 лет на примере
огбуз «смоленский областной психоневрологический диспансер»
общепсихиатрического детского отделения**

*ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет»
Минздрава России
г. Смоленск, Россия
e-mail: darya.1.97@mail.ru*

Актуальность. Психические расстройства могут ухудшать качество жизни даже в большей степени, чем соматические заболевания. Большинство современных авторов отмечают увеличение числа больших психическими заболеваниями среди детей и подростков. Показатели ВОЗ по общей заболеваемости за 2019 год указывают, что непсихотические расстройства и умственная отсталость снизились на 12,5 и 27,1%. В то же время, заболеваемость психозами увеличилась на 73,0%, так же отмечен рост заболеваемости шизоаффективными и аффективными психозами на 59,7%.

Нарушения психического здоровья ребенка, могут привести к значительным последствиям во взрослой жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, половина всех нарушений психического здоровья возникает до наступления 14 лет, однако, такие случаи часто не выявляются и остаются без лечения [1]. По данным В.В. Чубаровского и Г.Л. Карповой, среди подростков в возрасте 13 - 16 лет пограничные психические расстройства различной степени выраженности диагностировались в 1995 году у 34,04% всех обследованных, а к 2014 этот показатель возрос до 66,7%. В диссертационной работе Е.А. Филипповой представлены следующие результаты: распространенность пограничных психических расстройств среди юношей составила 49,58%, расстройств донозологич-

ческого уровня — 25,85%, и лишь 24,58% были отнесены к группе практически здоровых. Распространенность пограничных психических расстройств среди девушек составила 44,65%, расстройств донозологического уровня — 33,58%, к группе практически здоровых были отнесены 21,77 [4].

Целью исследования явилось изучение психических расстройств у детей и подростков от 3 до 17 лет на примере общепсихиатрического детского отделения ОГБУЗ «Смоленский областной психоневрологический диспансер».

Материал и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезни с января по октябрь 2019 года на базе общепсихиатрического детского отделения ОГБУЗ «Смоленский областной психоневрологический диспансер». Была составлена анкета, состоящая из 8 критериев. Сравнительная оценка проводилась по таким критериям как: пол, возраст, уровень образования, место жительства, основной и сопутствующий диагноз, повторная госпитализация или же первичная, семейное благополучие. Статистическая обработка данных проведена путем вычисления процента средних значений, с использованием статистического пакета программ MS Excel SPSS. Для описательного статистического анализа использовалось среднее арифметическое значение (M).

Результаты. Для исследования были проанализированы 70 историй болезни, в них по половому признаку отмечены 51 мальчик (73,0%) и 19 девочек (27,0%). Респонденты были разделены по возрастным группам: от 3-6 лет составило 17 детей (24,3%), 7-12 лет - 37 человек (52,8%), 13-16 лет – 16 подростков (22,9%). По данным статистики РФ распространенность психических расстройств у детей и подростков за 2018 год снизилась на 15,3% по сравнению с 2000г 19,7% на 100 тысяч населения. Было установлено, что в городах заболеваемость уменьшилась на 17,2%, в селах - на 8,8%. Анализируя данные, Смоленского областного психоневрологического диспансера детского отделения, было установлено, что из пациентов детского возраста 59 чел (84,4%) проживает в городе, в сельской местности - 11 чел (15,6%). Согласно данным обзорного исследования, выполненного амстердамской службой психического здоровья, показатели депрессии и тревожных расстройств у горожан соответственно на 39 и 21% выше, чем у жителей сельской местности. Другие исследования дают несколько иные цифры, но главная тенденция сохраняется: психическое здоровье горожан хуже, чем у людей, проживающих в сельской местности [2]. По статистике, в России было установлено, что дети с психическими заболеваниями посещают общеобразовательные учреждения 43,0%. По результатам, ОГБУЗ СОПКД в школе обучается 38,6% детей. Так же было установлено, что 24,3% исследуемых посещают детское дошкольное учреждение, а центр образования и развития «Особый ребенок»- 12,9%. На домашнем обучении и в школе-интернате находится 7,1% пациентов, среди всех исследуемых 10% - неорганизованные, в возрасте от 3х до 8 лет. Структура психических расстройств, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Структура психических расстройств у детей и подростков разного возраста

Нозологическая форма	3-6 лет	7-12 лет	13-16 лет
Другие непсихотические заболевания, обусловленные ранним органическим поражением ЦНС	10%	12,9%	1,4%
Смешанные расстройства	2,8%	11,4%	1,4%
Умственная отсталость легкой степени	-	5,7%	8,6%
Умственная отсталость умеренной степени	1,4%	12,9%	-
Когнитивные расстройства легкой степени тяжести	-	5,7%	4,3%
Другие психические расстройства	2,8%	1,4%	1,4%
Детская шизофрения, осложненная олигофреноподобным дефектом	-	-	4,3
Выраженная задержка речевого и психического развития	2,8%	-	-
Органические непсихические расстройства	-	2,8%	-
Умственная отсталость, вызывающее оппозиционное расстройство	2,8%	-	-
Детский аутизм	-	-	1,4%
Врожденная задержка психического развития	1,4%	-	-

В возрасте 3-6 лет из психических расстройств преобладают другие непсихотические заболевания, обусловленные ранними органическими поражениями ЦНС и составляют 10%, в возрасте 7-12 лет - умственная отсталость умеренной степени и другие непсихотические заболевания, обусловленные ранним органическими поражениями ЦНС и составляют по 12,9%, в возрасте 13-17 лет - умственная отсталость легкой степени.

В 2007 г. в структуре психических заболеваний поведенческие синдромы составляли 54,3% у детей и 28,5% у подростков. В 2007 г. у детей в возрасте до 14 лет приходилось 20,6%, а в подростковом возрасте 15-17 лет – 26,7% случаев. Умственная отсталость регистрировалась у 16,4% больных психическими заболеваниями в детском возрасте и у 22,9% больных в подростковом возрасте. При этом в обеих возрастных группах более тяжелые формы умственной отсталости отмечались в 3% случаев. Заболеваемость шизофренией более распространена в подростковом возрасте, так у детей среди всех психических заболеваний на шизофрению приходится 0,4%, у подростков - 1,7%. Аналогичная ситуация имела место в отношении удельного веса шизотипических расстройств и шизоаффективных психозов. Хронические неорганические психозы несколько чаще встречались у детей 0,5% по сравнению с подростками 0,2% .

Показатели первичной заболеваемости по РФ с 2000 по 2018 год снизились с 628,9 до 509, 4 на 100 тысяч населения детей и подростков (19,0%). Анализируя

полученные данные, было установлено, что первично поступало 51,4%, а повторно обращалось 48,6% пациентов.

Структура сопутствующих заболеваний представлена в таблице 2.

Таблица 2. Структура сопутствующих заболеваний у детей и подростков с психическими расстройствами

Нозологическая форма	Встречаемость
Сопутствующих заболеваний не встречается	78,8%
Эпилепсия	5,7%
Невроподобный энурез	5,7%
Ожирение	1,4%
Вальгустные стопы	1,4%
Тугоухость	1,4%
Эутериодный ДНЗ 1 степени	1,4%
Умеренная гидроцефалия	1,4%
Расходящиеся косоглазие	1,4%

Из полученных данных установлено, что чаще всего психические расстройства протекают самостоятельно без сопутствующих заболеваний.

По данным статистики известно, что более 35,0% детей воспитываются в неполных семьях. Отмечено, что отклонения со стороны психики у мальчиков чаще проявляется в неполных семьях. У них чаще возникает агрессивность в общении со сверстниками или несамостоятельность, инфантилизм и страх. Как у мальчиков, так и у девочек из неполной семьи чаще проявляются повышенная возбудимость и неустойчивость настроения, конфликтность, упрямство и негативизм [3]. Оценивая критерий семейного благополучия детей в детском отделении Смоленского психоневрологического диспансера, было определено, что 95,7% детей воспитываются в полных семьях и 4,3% живут в неполных семьях. С опекунами проживают (2,6%). Выявлена инвалидность по психическим заболеваниям: мать (1,4%) и отец (1,4%). У одного из родителей отмечается инвалидность по глухоте (1,4%).

Выводы: Анализируя полученные данные исследования, можно сделать вывод, что в возрасте от 3 до 6 лет у детей преобладают непсихотические заболевания, обусловленные ранним органическим поражением ЦНС и составляют 10%. В возрастной группе 7-12 лет выявлены умственная отсталость умеренной степени и другие непсихотические заболевания по 12,9%. В 13-17 лет – умственная отсталость легкой степени.

Список литературы:

1. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект// Журнал неврологии и психиатрии .2011. № 1. С. 5—12.
2. Скрипкарь М.В. Поливариантность социологических категорий (на приме-

ре трактовки понятия «социализация») // Вестник Забайкальского государственного университета. 2012. № 1. С. 105-110.

3. Филиппова Е.А. Пограничные психические расстройства у учащихся средних и старших классов общеобразовательной школы (клинико-диагностические и терапевтические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.: 2015. – 24с.

4. Чубаровский В.В., Карпова Г.Л. Распространенность и структура пограничных психических расстройств в подростковых группах// Журн. неврологии и психиатрии. 2014. №1. С. 54—57.

УДК 616.891-7

Кулешов А.А., Крылова Е.С., Бебуришвили А.А.

Несуицидальные самоповреждения при пограничном расстройстве личности в юношеском возрасте

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

email: kuleshovaleksei.ncpz@gmail.com

Актуальность. Несуицидальные самоповреждения (НССП) при пограничном расстройстве личности (ПРЛ) включены в диагностические критерии МКБ-10 и DSM-5, при этом подтверждена их валидность и достоверность в подростково-юношеском периоде [Nock M.K. et al., 2006]. Импульсивность, отсутствие самоконтроля, нестабильность самооценки, входящие в критерии данного расстройства личности (РЛ), логично предрасполагают к поведенческим расстройствам, включая НССП и суицидальную идеацию по сравнению с другими типами РЛ и последующее их рецидивирование [Kaess M. et al., 2020].

Большинство авторов подтверждают наибольшее число НССП без намерения лишить себя жизни при ПРЛ, по сравнению с другими типами РЛ и психическими расстройствами [Turner B.J. et al., 2015] и имеют широкий диапазон. НССП среди взрослого населения с ПРЛ, в общей популяции составляют от 4% до 6%, среди молодежи от 15% до 38% [Klonsky E.D. et al., 2011], а у пациентов психиатрических клиник в юношеском возрасте данные показатели уже составляют 65-80%, причем 9 % от их числа в дальнейшем погибают от суицида [Brickman L.J. et al., 2014]. НССП в диагностических критериях выделяют отдельно от суицидального поведения, но большинство авторов, рассматривают их в качестве предикторов суицидальных попыток, обнаруживающих высокую степень взаимосвязи в юношеском возрасте, в том числе при ПРЛ [Ribeiro J.D., 2015].

Касаясь гендерных особенностей НССП при ПРЛ, многие авторы, в частности Sadeh N. et al. (2014) в своих работах подчеркивает, что девушки с диагностированным пограничным расстройством личности чаще совершают самоповреждения, чем юноши, но выбирают более гуманные способы их совершения.

В настоящее время, с учетом накопленного исследовательского материала, существуют ограниченные данные о механизмах развития НССП при ПРЛ, хотя в последнее время все больше уделяется внимание изучению предиспозицион-

ных факторов их формирования [Fonagy P. et al., 2015; Winsper C. et al., 2017]. Таким образом, изучение НССП при ПРЛ является высоко актуальной проблемой психиатрии юношеского возраста с учетом особенностей клинических проявлений данного расстройства личности в юношеском возрасте и последующей оценки суицидального риска.

Цель: Установление клинико-психопатологических особенностей аутоагрессивного несуицидального поведения в период декомпенсации пограничного расстройства личности.

Материал и методы Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор - проф. Т.П. Ключник) в отделе юношеской психиатрии (руководитель – проф. В.Г. Каледа).

Критерии включения:

1. Несуицидальные самоповреждения
2. Юношеский возраст больных на момент первичного обследования (16-25 лет).
3. Диагноз «Пограничное расстройство личности» (F60.31) в соответствии с критериями МКБ-10.
4. Информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:

1. Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Материалом настоящей работы явились данные клинического обследования 78 больных (58 мужского и 20 женского пола), впервые госпитализированных с диагнозом ПРЛ с несуицидальными самоповреждениями в клинику ФГБНУ НЦПЗ за период 2017-2019 гг. Средний возраст этих больных к моменту первого стационарирования составил 18,2±2,3 лет.

Основными методами были выбраны клинико-психопатологический и психометрический, включавший шкалу причин самоповреждающего поведения Н.А.Польской (2017) для определения способа осуществления и стратегии самоповреждающего поведения и шкалу HAMD-17 для оценки степени тяжести депрессивных состояний.

Таблица 1. Распределение больных с основными личностными радикалами ПРЛ по типам НССП

Основные диагностические категории ПРЛ	Типология несуицидальных самоповреждений											
	I		II		III		IV		V		ИТОГО	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Неопределенность образа «Я»	1	4,3	6	50,0	2	10,5	1	6,7	3	33,3	13	16,7
Аффективная нестабильность	15	65,2	1	8,3	4	21,1	2	13,3	1	11,1	23	29,5

Нарушение контроля над импульсами	3	13,0	4	33,3	2	10,5	9	60,0	2	22,2	20	25,6
Трудности социального взаимодействия	4	17,4	1	8,3	11	57,9	3	20,0	3	20,0	22	28,2
Всего больных	23	100	12	100	19	100	15	100	9	100	78	100

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 10.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Для определения статистической значимости различий использовали критерий Пирсона χ^2 , t-критерий Стьюдента. Критическим уровнем статистической значимости принято значение $p \leq 0,05$.

I. Импульсивные самоповреждения; II. Деперсонализационные самоповреждения; III. Демонстративные самоповреждения; IV. Аддитивные самоповреждения; V. Самоистязующие самоповреждения

Результаты и их обсуждение На основании проведенного исследования было выявлено, что первые клинические проявления НССП при ПРЛ можно обнаружить уже в детском возрасте в виде явлений вербальной аутоагрессии и компульсивных действий (выдергивание волос, обкусывания ногтей и/или предметов т.д.) в кризовые периоды, при семейных конфликтах и/или при смене социальных стереотипов. Манифестация НССП относится к концу подросткового, началу юношеского возраста (14-16 лет) и оказывается тесно связанной с развитием физиологических и психологических процессов: формированием аффективной сферы и идентификацией собственного «Я», которые в условиях патологического развития ПРЛ, становятся искаженными. Чаще, к юношескому возрасту, у больных постепенно присоединялись явления аффективной нестабильности от неустойчивого настроения до отчетливых депрессивных эпизодов и биполярных фаз, с которыми пациенты обращались за психиатрической помощью. Одновременно присоединялись другие коморбидные расстройства, чаще аддитивного и тревожного спектра. Перечисленные выше явления способствовали нарушению социального функционирования и межличностных контактов, что приводило к стойкой учебной дезадаптации.

В результате исследования у всех больных было выявлено наличие специфической конституциональной особенности в виде алекситимии, заключающейся в трудностях различения собственных эмоций, понимании чувств окружающих людей при наличии высокого эмоционального реагирования и аффективной нестабильности.

Для клинко-психопатологической оценки НССП при ПРЛ была использована ранее созданная типология [Крылова Е.С. и др., 2019], которая была соотнесена с основными критериями данной личностной патологии (таблица 1):

Как видно, их представленных в таблице 1 данных, обнаружены статистически достоверные корреляции между основными диагностическими радикалами ПРЛ и типом НССП ($\chi^2=46,873$, $p < 0,01$). Так, больным с преобладанием неопределенности представлений образа «Я», были свойственны самоповреждения деперсонализационного и самоистязующего типа. Следует отметить, что в данной

группе явления алекситимии были наиболее отчетливы. Для пациентов с ПРЛ с преобладанием аффективной нестабильности были характерны НССП импульсивного типа; с нарушением контроля над импульсами - аддиктивного типа, а нарушением социального взаимодействия — демонстративного типа.

При определении соотношения НССП с антивитальной активностью, включающей суицидальные мысли, намерения и попытки при ПРЛ, установлено, что она определялась в 65,4% случаев (51 больной).

Таблица 2. Соотношение разновидностей НССП при ПРЛ с антивитальной активностью

Антивитальная активность		Типология несуйцидальных самоповреждений											
		I		II		III		IV		V		ИТО-ГО	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Суициддеинтегрированная группа		4	17,4	1	8,3	3	15,8	12	80,0	7	77,8	27	34,6
Суицид интегрированная группа	Всего больных	19	82,6	11	91,7	16	84,2	3	20,0	2	22,2	51	65,4
	Суицидальные мысли и намерения	13	56,5	7	58,3	15	78,9	2	13,3	1	11,1	38	48,7
	Суицидальные попытки	6	26,1	4	33,3	1	5,3	1	6,7	1	11,1	13	16,7
Всего больных		23	100	12	100	19	100	15	100	9	100	78	100

I. Импульсивные самоповреждения; II. Деперсонализационные самоповреждения; III. Демонстративные самоповреждения; IV. Аддиктивные самоповреждения; V. Самоистязующие самоповреждения.

Таким образом, были выделены две группы больных, имеющих достаточно высокое статистическое различие по характеру несуйцидальных самоповреждений ($\chi^2=30,711$, $p<0,001$): суициддеинтегрированная с антивитальной активностью и суициддеинтегрированная с отсутствием мотивации к лишению себя жизни, но со стремлением причинить себе телесный ущерб. Полученные данные указывают на высокую взаимосвязь между антивитальной активностью и типологической разновидностью НССП. По выделенным типологическим разновидностям самоповреждений, высокая антивитальная активность была выявлена во всех пяти вариантах с большей встречаемостью при импульсивном и демонстративном типе, так как во многом была связана с потерей «самоконтроля».

Выводы. Были установлены общие для изученных больных особенности их психического функционирования: алекситимия при наличии высокого эмоционального реагирования и аффективной нестабильности. Выявлены корреляции между выделенными типологическими разновидностями НССП и определенными личностными характеристиками ПРЛ, значимые для выработки дифференциально-диагностический критериев и прогностической оценки патологических состояний, сопровождающихся НССП при ПРЛ в юношеском

возрасте. Определена статистически значимая высокая взаимосвязь с суицидальным поведением и соответственно подтверждён суицидальный риск данных состояний.

Таким образом, НССП при ПРЛ в юношеском возрасте тесно сопряжены с психопатологическими проявлениями декомпенсации личностной патологии, которые конгруэнтны и определяются отдельными патологическими личностными свойствами, обусловленной патопластическим и патогенетическим влиянием юношеского возрастного фактора.

Список литературы:

1. Nock M.K., Joiner T.E., Gordon K.H., et all. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts //Psychiatry Researcher 2006. Vol. 144 (1). P. 65–72. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.010.
2. Kaess M. Childhood adversity in borderline personality disorder - a call for a more systemic approach to early intervention and prevention //Acta Psychiatrica Scandinavica. 2020 Vol 141 (1). P. 3-5. <https://doi.org/10.1111/acps.13138>.
3. Turner B. J., Dixon-Gordon K. L., Austin S. B., et all. Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: differences in self-injury and diagnostic comorbidity //Psychiatry Research. 2015. Vol. 230. P. 28–35. doi:10.1016/j.psychres.2015.07.058.
4. Klonsky E. D. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions //Psychological Medicine. 2011. Vol. 41. P. 1981–1986. doi: 10.1017/S0033291710002497.
5. Brickman L.J., Ammerman B.A., Look A.E., et all. //Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2014. Vol. 1 (14). <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-14>.
6. Ribeiro J.D., Franklin J.C., Fox K.R., et all. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies //Psychological Medicine. 2016. Vol. 46 (2). P. 225-236. doi: 10.1017/S0033291715001804.
7. Sadeh N., Londahl-Shaller E.A., Piatigorsky A., et all. Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with Borderline Personality Disorder symptoms //Psychiatry Researcher 2014. 15; 216(2):217-22. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.018.
8. Fonagy P., Speranza M., Luyten P., et all. ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice //European Child and Adolescent Psychiatry. 2015. doi: 10.1007/s00787-015-0751-z.
9. Winsper C., Hall J., Strauss V.Y., Wolke D. Aetiological pathways to Borderline Personality Disorder symptoms in early adolescence: childhood dysregulated behaviour, maladaptive parenting and bully victimization //Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation. 2017. Vol. 4. P.10 doi: 10.1186/s40479-017-0060-x.
10. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледя В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаи-

мосвязи с суицидальным поведением //Журнал «Суицидология». 2019. Том 10. 1 (34). С. 48-57. doi.org/10.32878/suiciderus.18-10-01(34)-48-57.

УДК 14.01.06

Никитина С.Г.

Клинико-биологические аспекты ранней диагностики детского аутизма

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г.Москва, Россия

e-mail: Nikitina.svt@mail.ru

Актуальность: данное исследование позволит более точно оценить тип течения заболевания при детском аутизме, в том числе, с использованием параклинических методик, что, в свою очередь, облегчит прогнозирование развития и социальной адаптации больного, позволит уточнить маршрут обследования, лечения и реабилитации, что является актуальным в плане улучшения качества жизни данных больных.

Цель работы: Изучение особенностей течения и выявление биологических маркеров при детском аутизме

Материалы и методы исследования: Обследовано 56 пациентов, в возрасте от 3 до 16 лет с диагнозами «Детский аутизм F84.02». В работе использовались клинический, патопсихологический, нейроиммунологический, нейрофизиологический методы.

Результаты: проведенное исследование показало неоднородность данной группы, в связи с чем были выделены отдельные подгруппы, отличающиеся по клинической картине и набору биологических маркеров: подгруппа больных детским аутизмом с формированием нажитой диссоциированной задержки психического развития (n=26) и больных детским аутизмом с когнитивным дефицитом (n=30). Клиническая картина психотического эпизода в первой подгруппе имела характер полиморфного или кататонического приступа с преобладанием гипердинамии и диссоциацией психического развития. Кататонические проявления не сопровождалась регрессом. При патопсихологическом обследовании выявлялось неравномерное развитие основных мыслительных операций, негрубое отставание от возрастных нормативов в рамках диссоциированного когнитивного дизонтогенеза. При нейрофизиологическом обследовании на первый план выходили регуляторные нарушения в виде поличастотного характера альфа-ритма, наличие сформированного сенсомоторного ритма, а также повышенного уровня бета-активности. При иммунологическом обследовании отмечалось повышение титров лейкоцитарной эластазы сыворотки крови выше 200 нмоль/мин*мл и альфа-1-антитрипсина в пределах от 35 до 50 ИЕ/мл, при нормальных титрах аутоантител. При купировании психопатоподобных расстройств могли удерживаться в детских коллективах, проявляли поверхностный интерес к сверстникам. Аутизм смягчился до 30-35 баллов по шкале CARS. По шкале социального функционирования больные соответствовали промежутку от 50 до 41 балла. Пациенты

из данной подгруппы имели благоприятный прогноз дальнейшего течения процесса. Клиническая картина второй подгруппы имела характер кататонического или кататано-регрессивного приступа с формированием когнитивного дефицита. Проявления кататонического возбуждения сменялись эпизодами гиподинамии и сопровождались быстрым нарастанием выраженных психопатоподобных проявлений. У 37% детей к 4-5 годам формировалась аграмматичная речь с ограниченным словарным запасом, преобладанием эхололий и персевераций. При патопсихологическом обследовании выявлялось отсутствие познавательного интереса и мотивации на длительное сосредоточение, выраженное отставание в развитии основных мыслительных операций, несформированность какого-либо конкретного вида деятельности, недостаточность произвольной регуляции деятельности и снижение психической активности. При нейрофизиологическом обследовании выявлялась низкая частота альфа-ритма, повышение бета-активности, нарастание уровня медленноволновой активности в лобных и центральных областях. При иммунологическом обследовании отмечалось повышение титров лейкоцитарной эластазы сыворотки крови выше 200 нмоль/мин*мл и альфа-1-антитрипсина в пределах от 35 до 50 ИЕ/мл, нарастание титра аутоантител к основному белку миелина выше 0,9 ед.опт. пл. На фоне лечения сохранялись двигательные стереотипии и стереотипная деятельность. Аутизм оставался тяжелым, в пределах 40-42 баллов по CARS. По шкале социального функционирования больные соответствовали промежутку от 30 до 16 баллов. Пациенты из данной подгруппы имели неблагоприятный прогноз дальнейшего течения процесса.

Выводы: группа больных детским аутизмом неоднородна по клинической картине и исходу приступов, что подтверждается исследованными биологическими маркерами. Кататонические нарушения, не сопровождающиеся регрессом и протекающие с преобладанием гипердинамии, соотносятся с характеризуются диссоциированной задержкой психического развития, повышением активности врожденного иммунитета, наличием сенсомоторного ритма по данным ЭЭГ, и соотносятся с благоприятным прогнозом течения болезни. Кататония, включающая в себя гипер- и гиподинамические нарушения, а также регресс приобретенных навыков, соотносятся с неблагоприятным прогнозом течения заболевания. Данные нарушения сопровождаются выраженными когнитивными нарушениями, нарастанием титра аутоантител к основному белку миелина и медленноволновой активности по данным ЭЭГ. Исследованные особенности течения данной нозологии могут быть использованы для ранней диагностики заболевания и его исхода.

Список литературы:

1. Симашкова Н.В., Ключник Т.П. «Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра», ГЭОТАР-Медиа, 2016 – М.
2. Ребер М. «Расстройства аутистического спектра. Научные подходы к терапии» - М.: Издательский дом БИНОМ, 2017.
3. Volkmar F.R. “Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition”, - Cambridge University Press, 2019

УДК 616.89;616.89-008.452

Попович У.О., Романенко Н.В., Юст А.С.

Особенности течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail:uo_popovich.ru

Актуальность. При анализе бредовых расстройств с религиозным содержанием в структуре эндогенного приступообразного психоза выявляются противоречия относительно их места в клинической картине заболевания, прогностического значения [10]. Актуальность изучения данного психопатологического феномена так же определяется частотой встречаемости (24-31% всех эндогенных психозов) [7]. Закономерно, что отмечаются трудности дифференцировки патологических религиозно-мистических переживаний от нормальных форм религиозности, чем обоснованы проблемы диагностики на ранних стадиях заболевания [4].

Цель исследования: выявление психопатологических особенностей, условий формирования, особенностей течения юношеского эндогенного приступообразного психоза с бредовыми идеями религиозного содержания в структуре манифестного приступа.

Материал и методы: клинико-психопатологическим, клинико-катамнестическим и психометрическим методами было обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины), перенесших в юношеском возрасте (16-25 лет) психотический приступ с бредовыми идеями религиозного содержания в структуре эндогенного приступообразного психоза (F20, F25 по МКБ-10). 53 человека (37 мужчин и 16 женщин), составили клиническую группу, 42 (25 мужчин и 17 женщин) – катамнестическую. Средняя продолжительность катамнеза составила $7,4 \pm 2,3$ года.

Результаты и обсуждение: Изученные психотические приступы отличалась выраженным полиморфизмом, формировались по различным механизмам бредообразования. Длительность доманифестного этапа, госпитализации, а также период «нелеченного психоза» у пациентов с религиозным бредом дольше по сравнению с общей когортой больных с юношеским эндогенным приступообразным психозом ($p < 0,05$) [5].

Было выделено 4 типа приступов с религиозной бредовой фабулой [4]: два из них характеризовались смешанным механизмом бредообразования: I тип (33,7%, 32 человека) - приступы с бредом греховности, II тип (40,0%, 38 человек) - приступы с бредовыми идеями бесоодержимости, еще два были сформированы по механизму острого чувственного бреда: III тип - с антагонистическим и мессианским бредом (18,9% - 18 человек); IV тип - с онейроидной симптоматикой религиозного содержания (7,4% - 7 человек).

На первом плане в клинической картине I типа приступов был депрессивный аффект, с выраженными тревожным и тоскливым компонентами, домини-

рованием бредовых идей собственной греховности, самообвинения. В рамках «искупления грехов», «миссии по спасению человечества через свою смерть и страдания» отмечался высокий риск аутодеструктивного и суицидального поведения.

II тип приступов характеризовался вербальными псевдогаллюцинациями комментирующего, оскорбляющего, реже императивного характера, сенесталгиями и сенестопатиями, что пациенты объясняли присутствием «беса в их теле», его «воздействием». Бредовая фабула отличалась тщательной разработкой. На протяжении всего приступа доминировала галлюцинаторно-бредовая симптоматика.

III тип приступов начинался в большинстве случаев с бредовых идей значения, отношения, явлений дереализации. Больные на высоте состояния утверждали, что находятся в центре борьбы «темных и светлых сил», должны «нести свет людям», «проповедовать», их «особое предназначение» подтверждали различные «знаки». Аффект относился к маниакальному полюсу. Могли возникать гиперкинетические кататонические расстройства. Нередко отмечалась инверсия аффекта, когда «знаки» становились устрашающими, «предупреждали» о приближающейся катастрофе.

В начале *IV типа приступов* отмечались аффективно насыщенные бредовые идеи отношения, воздействия, значения религиозного содержания. Чуть позже присоединялись деперсонализационные и дереализационные расстройства, бред инсценировки, ложные узнавания, отдельные элементы синдрома Кандинского-Клерамбо. В дальнейшем формировался эсхатологический бред с ожиданием конца света, элементами антагонистического и мессианского бреда религиозного содержания, развивалось иллюзорно-фантастическое онейроидное помрачение сознания. Больные становились активными участниками фантастических событий, «нисходили в ад», считали себя «умершими».

Было установлено, что для формирования манифестных приступов с бредовыми идеями религиозного содержания имеет значение предшествующая религиозность, включая наличие сверхценного религиозного мировоззрения по типу «метафизической интоксикации» [9]. До начала заболевания у 64,3% пациентов религиозность была традиционной, в 35,7% случаев пациенты были индифферентны по отношению к религии. На инициальном этапе у 26,2% больных сохранялась традиционная религиозность, у 59,5% больных инициальный этап заболевания характеризовался картиной «метафизической интоксикации» с религиозным содержанием.

На момент катamnестического обследования больных было выявлено три типа ремиссии (см. рис. 1): 1) ремиссии высокого качества – 31,0% (в эту группу вошли ремиссии типа стенической (23,1%) и астенической (46,1%) шизоидизации, тимопатические (23,1%), неврозоподобные (7,7%) ремиссии. 2) психопатоподобные ремиссии с дефицитарными расстройствами (42,8%); 3) ремиссии с резидуальными бредовыми идеями (26,2%). Каждый из типов ремиссий был поделен по наличию или отсутствию религиозности в постприступном периоде (Рис. 1)

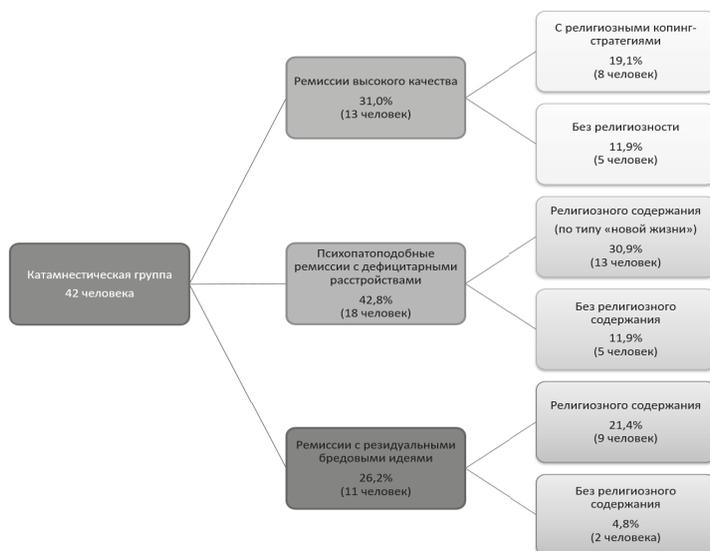


Рисунок 1. Типы ремиссий и религиозность в постприступном периоде

В 28,6% случаев (12 б-х) после перенесенного психотического приступа религиозность, сформировавшаяся на доманифестном этапе или возникшая в структуре психотического приступа, редуцировалась. После перенесенного психотического приступа у части больных сохранялась (14,3%) или возникала, в случае ее отсутствия до болезни (4,8%), религиозность, соответствующая критериям гармоничной, здоровой веры [Дв], которая выступала в роли копинг-стратегии. У пациентов этих групп сохранялась высокая учебно-трудовая и социальная адаптация. При этом, критика к перенесенному острому состоянию могла оставаться формальной или частичной.

В большинстве случаев (52,3%) религиозность после перенесенного психотического приступа проявлялась в виде содержания психопатоподобных и резидуальных бредовых расстройств.

Для пациентов с психопатоподобными расстройствами религиозного содержания (30,9%) в постпсихотическом периоде было характерно формирование искаженной, т.н. «патологической религиозности» [1,6] сверхценного регистра, что сопровождалось изменениями преморбидных личностных характеристик с усилением шизоидных черт, кардинальной сменой образа жизни с подчинением его своеобразным религиозным канонам (нажитая психопатия по типу «новой (второй) жизни» [8], состояния с амальгамированием продуктивных расстройств в структуру «первичного дефекта» [2]. В профессиональной деятельности отмечалось значительное снижение продуктивности, с прекращением прежней про-

фессиональной деятельности и стремлением посвятить себя «помощи при храме», либо занятость низкоквалифицированным трудом.

У пациентов с резидуальной бредовой симптоматикой религиозного содержания (21,4%) после перенесенного психотического приступа нарастающие дефицитарные расстройства сосуществовали с монотонными, монотематическими продуктивными расстройствами резидуального характера (псевдогаллюцинаторные, бредовые идеи овладения, воздействия), тематически связанными с расстройствами острого психотического периода, что определяло особенности их поведения и жизненного уклада, что чаще всего не сопровождалось аффективной окраской. Обращала на себя внимание эмоциональная нивелировка, редукция энергетического потенциала, выраженные нарушения мышления. Для данной группы больных была характерна инвалидизация или занятость низкоквалифицированным трудом.

Для больных с психопатоподобными и резидуальными бредовыми расстройствами религиозного содержания было характерно отсутствие или формальный уровень критики к болезни с сохранением уверенности в реальности произошедшего с ними в психотическом периоде, а так же значительная степень выраженности дефицитарных расстройств с тенденцией к их нарастанию. Круг интересов в большинстве случаев сужался до области религии, с отказом от прежних «светских» знакомств, ограничивался общением с другими прихожанами или служителями церкви, или практически полным отказом от внешних контактов.

Первый тип (ремиссии высокого качества) характеризовался незначительными негативными расстройствами, хорошей адаптацией в области социальных контактов, семейного положения, а так же в учебно-трудовой сфере SANS = менее 40 баллов и PSP = 61-100 баллов; второй и третий типы ремиссий характеризовались выраженными негативными расстройствами и отчетливым снижением социальной и трудовой адаптации, сужением круга интересов (SANS = более 40 баллов и PSP = 1-60 баллов) – $p < 0,05$.

В прогностическом плане наименее благоприятными являются психотические приступы с бредом бесоодержимости, при которых выявляются самые низкие показатели по обоим шкалам и в сфере социально-трудовой адаптации, тогда как наибольший потенциал к становлению привычного образа жизни и высокому уровню адаптации в учебно-трудовой области наблюдается в группах с доминированием острого чувственного бреда (религиозный онейроид и антагонистический и мессианский бред).

Выводы: выявлено, что наличие бредовых идей религиозного содержания в структуре психотического приступа имеет прогностическое значение для дальнейшего развития заболевания. В большинстве случаев после перенесенного приступа отмечается формирование резидуальных бредовых и сверхценных расстройств с религиозным содержанием. При этом возможно сохранение или формирование, в случае ее отсутствия до начала заболевания, традиционной религиозности, выступающей в роли «копинг-стратегии». Наиболее благоприятными в

прогностическом плане являются психотические приступы с онейроидными состояниями и бредом антагонистического и мессианского содержания, наименее благоприятными - с бредовыми идеями бесоудержимости.

Список литературы:

1. Бровченко К.Ю. Особенности религиозного поведения у больных шизофренией с религиозно-мистическими переживаниями. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:120-124.

2. Голубев С.А., Каледа В.Г. Типологические варианты, определяющие клинико-психопатологическую картину юношеской шизофрении на этапе отдаленного катамнеза. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:81-84. Двойнин А.М. Психологические особенности религиозной личности, влияющие на реабилитационную работу с больными, страдающими психическими расстройствами. Психиатрия, 2016;70(02):50-54.

3. Каледа В.Г., Попович У.О. Религиозный бред при юношеском приступообразном психозе. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2017. 117(12): 13-20.

4. Каледа В.Г. Первый психотический эпизод юношеского эндогенного психоза и его типологические разновидности. Психиатрия. 2006;4-6:(22-24):7-15.

5. Кондратьев Ф.В. Религиозность психически больного – методологические проблемы ее понимания. В сб. «Религиозность и клиническая психиатрия». 2017:175-180.

6. Копейко Г.И., Борисова О.А., Казьмина О.Ю. Религиозные копинг-стратегии в реабилитации психически больных. Психиатрия. 2016;2:40-49.

7. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Воронова Е.И., Мухорина А.К., Читлова В.В, Сорокина О.Ю. Эволюция учения о шизофреническом дефекте. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017;117(9):4-14.

8. Цуцельковская М.Я., Извольский С.А., Дубницкий Л.Б. Юношеская шизофрения, дебютирующая сверхценными расстройствами типа «метафизической интоксикации». Методическое руководство. М. типография Министерства здравоохранения СССР. 1986.

9. Mohr S., Borrás L., Betrisey C., Pierre-Yves B., Gilliéron C., Huguélet P. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. Psychiatry. 2010;73(2):158-72.

УДК 616.89-02-07 : 616.895.4

Шапошникова Ю.В., Косогова А.И.

Возможность скринингового применения госпитальных шкал тревоги и депрессии у подростков и взаимосвязь распространенности депрессии с воздействием психосоциальных факторов

КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1»

г. Красноярск, Россия

e-mail: yuliashaposhnikova2016@gmail.com

Актуальность. Проблема депрессии у детей и подростков остается актуальной в настоящее время. По национальным шведским данным в период с 1985 по 2005 год жалобы учеников 5, 7 и 9-х классов на свое психическое состояние (куда включены снижение самооценки, депрессия, тревога) существенно выросли [3]. Опросы старших подростков (16-18 лет, общее число 1027) в Швеции показали, что усталость и грусть ощущали примерно 40% девушек и 20% юношей, в то время как ощущение постоянного напряжения и слишком высокие требования в школе отметили 64% девушек и 39% юношей [4]. По итогам масштабного проекта SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe), направленного на изучение психического здоровья подростков, охватившего 11 стран и более 12 000 школьников, можно отметить высокий процент тревоги и депрессии: 32% детей имели субпороговую и 5,8% – отчетливую тревогу (по шкале Зунга); 29% детей – субпороговую и 10,5% – отчетливую депрессию (по шкале Бека) [5]. Отечественные исследования распространенности депрессий в детско-подростковой среде немногочисленны и в целом подтверждают данные зарубежных исследований [6]. По официальным статистическим данным, распространенность аффективных расстройств у подростков в Российской Федерации на 2018 год составляет 38,1 на 100 тыс. населения, в Красноярском крае – 119,9 на 100 тыс. населения, а в г. Красноярске – 143,7 на 100 тыс. населения соответственно. Данная ситуация может быть связана, прежде всего, с психосоциальными факторами, а именно: большее количество подростков проживают в недостаточно благоприятных условиях, с низким образовательным уровнем матерей и с низкими доходами в семье. Важно понимать, что депрессия у детей и подростков может иметь значительные долгосрочные последствия в будущем, заключающиеся в трудностях межличностных взаимоотношений, в снижении учебной и профессиональной успешности; в расстройствах, связанных с риском алкоголизации, употреблением психоактивных веществ [1,2].

Цель: Проанализировать эффективность выявления депрессии и тревоги у подростков госпитальными шкалами на доклиническом этапе, проследить вероятность воздействия психосоциальных факторов на выраженность симптомов депрессии.

Материалы и методы: Первичный этап обследования пациентов проходил во время проведения ежегодной диспансеризации подростков 15-16 лет на базе детских поликлиник, во время которой на основании показателей депрессии и тревоги по методике HADS были выбраны подростки для последующего наблюдения. Дальнейшее исследование проводилось на базе детского диспансерного отделения КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер № 1» в течение 2019 года, в ходе которого было осмотрено 100 подростков (50 мальчиков - 50% , 50 девочек- 50%), (средний возраст 15,5±0,5). Все дети являлись учениками 9-х классов общеобразовательных школ. 94 подростка обучались по общеобразовательной программе, 6 человек – по программе ОБЗ (адаптированная общеобразовательная программа для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья). Во время проведения исследования использовались: диа-

гностическая беседа, методика HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale), также учитывались уровень успеваемости в школе, социально-бытовая оценка, субъективная оценка своего состояния самими подростками.

Результаты и их обсуждение: Ранее по поводу депрессии в ККПНД №1 никто из данной группы не обращался. 6 детей из данной группы ранее наблюдались консультативно в детском диспансерном отделении в связи с трудностью в усвоении школьной программы, снижением познавательной деятельности.

В ходе обследования из 100 осмотренных детей во время клинической беседы 95 человек активно жалоб не предъявляли, 5 подростков предъявили жалобы на сниженное настроение, чувство тревоги, нарушение сна, повышенную утомляемость, чувство «никчемности, неуспешности», отсутствие поддержки и порицание со стороны семьи, сниженную самооценку. В основном все дети, предъявлявшие жалобы, имели трудности в общении с родителями и сверстниками, сложности в усвоении учебной программы, неблагоприятное социально-бытовое состояние. По результатам тестирования госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) из 50 мальчиков у 21 подростка (42%) выявлено: субклинически выраженная тревога и депрессия - 2 (4%); субклинически выраженная депрессия - 4 (8%); субклинически выраженная тревога и клинически выраженная депрессия - 3 (6%); клинически выраженная депрессия - 12 (24%); клинически выраженная тревога и субклинически выраженная депрессия - 1 (2%). У девочек данные показатели немного отличаются - у 19 (38%) из 50 человек выявлены: клинически выраженная тревога - 3 (6%), субклинически выраженная тревога - 4 (8%); клинически выраженная тревога и депрессия - 2 (4%); субклинически выраженная тревога и депрессия - 1 (2%); субклинически выраженная депрессия - 1 (2%).

У 5-х детей, самостоятельно не предъявлявших жалобы, в ходе клинической беседы выявляли нарушения сна, повышенную утомляемость, сложности в концентрации внимания, повышенную тревожность по поводу выпускных государственных экзаменов, сниженное настроение, утомляемость. Из них по данным шкалы HADS выявлены: у одного субклинически выраженная тревога и депрессия, у двоих – клинически выраженная тревога, у двоих – клинически выраженная депрессия. Данные проявления были присущи в основном подросткам с меньшей эффективностью в школьной ситуации. Часть из них, выявлявшие в той или иной степени симптомы депрессии, в основном имели интересы, ограниченные проведением большей части времени за компьютером и много времени уделяли социальным сетям, просмотру программ в интернете (зависимость от гаджетов). При этом у них выявлялась низкая социальная активность в семье и школе, трудности с усвоением учебной программы по сравнению со сверстниками. Из данной группы исследуемых подростков четверо обратились за помощью и при подробном осмотре им оказалось необходимо лечение антидепрессантами.

Выводы: Таким образом, шкалы определения уровня тревоги и депрессии являются важными методами скрининга депрессивных расстройств и определения группы риска на доклиническом этапе. Зачастую тревожно-депрессивная симпто-

матика выявляется у подростков, которые не предъявляют жалоб и оценивают свое состояние как нормальное и в дальнейшем не обращаются за квалифицированной помощью, что может привести к ухудшению их состояния и нежелательным образом повлиять на дальнейшее развитие, учебную и профессиональную деятельность, социальное взаимодействие. Дети и подростки с депрессивными расстройствами очень часто попадают в поле зрения психиатра при поступлении больного в стационар в связи с неожиданной для окружающих суицидальной попыткой, которая часто может быть следствием затянувшегося депрессивного эпизода. По результатам данного исследования также прослеживается взаимосвязь успешности в школьной ситуации, воздействием психосоциальных факторов (проблемы семей, давление со стороны сверстников, нагрузки в школе, материально-неблагоприятных условий) на распространенность и риск возникновения, степень выраженности депрессий у подростков. Дети могут иметь повышенную утомляемость и состояние тревоги, но связывать это с нагрузкой в школе и предстоящими экзаменами и не обращаться за помощью к психиатру, что в действительности может быть проявлением депрессивного эпизода. Проведение тестирования с использованием госпитальных шкал с целью выявления депрессий у подростков на доклиническом этапе может быть одним из наиболее доступных скрининговых методов для педагогов и врачей общей практики, особенно в удаленных регионах России. Данные мероприятия могут способствовать своевременному выявлению подростков, нуждающихся в специализированной помощи, и предотвращению развития осложнений психического состояния.

Список литературы:

1. Fergusson D.M., Woodward L.J. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. P. 225-231
2. Hammen C., Brennan P.A., Le Brocque R. Youth depression and early childrearing: stress generation and intergenerational transmission of depression. // J. Consult. Clin. Psychol. 2011. Vol. 79. P. 353-363
3. Hagquist C. Discrepant trends in mental health complaints among younger and older adolescents in Sweden: an analysis of WHO data 1985-2005 // J. Adolesc. Health. 2010. Vol. 46. P. 258-264
4. Wiklund M., Malmgren-Olsson E.B., Ohman A., et al. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender - a cross-sectional school study in Northern Sweden // BMC Public Health. 2012. Vol. 12. P. 993
5. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study // Psychiatr. Pol. 2016. Vol. 50. P. 1093-1107
6. Розанов В.А. Психическое здоровье детей и подростков - попытка объективной оценки динамики за последние десятилетия с учетом различных подходов. // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. №1. С. 62-73

IV Раздел «СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ»

Байсиева А.М., Грачева И.В., Слипоченко А.А., Кеидиа Н.Г., Саркисова Д.Р.
Проблема повышения безопасности психиатрической помощи.

Факультативная практика «Балинтовская группа» для молодых психиатров, работающих с расстройствами шизофренического спектра

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»

г. Москва, Россия

e-mail: baisiewa@yandex.ru

Актуальность: Одним из наиболее актуальных вопросов современного здравоохранения является качество медицинской помощи, обеспечиваемое разными ресурсами, основным из которых является человеческий (медицинские работники). В зарубежных и отечественных исследованиях показано, что значительная часть (согласно исследованию М.М. Скугаревской среди врачей психиатров, психиатров-наркологов, психотерапевтов составило почти 80%) из числа представителей «помогающих» профессий имеют признаки синдрома эмоционального выгорания, симптомами которого являются потеря мотивации в работе, дегуманизация, неудовлетворенность результатами проделанной работы, редукция личных профессиональных достижений, из-за чего часто происходят ошибки при оказании помощи, халатность и даже уход из профессии. Балинтовская группа (далее БГ) – один из вариантов профессиональной помощи, который получил распространение за рубежом, имеется доказательная база эффективности этой методики. В частности, получены данные о профилактической значимости БГ в отношении синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Кроме того, анализ результатов БГ позволяет предположить, что работа в них может быть полезна для начинающих врачей, т.к. повышает адаптивность, стрессоустойчивость, предупреждает снижение интереса к профессии, обучаемости, расширяет представление о профессиональной вредности адекватной помощи. С учетом большой важности этих вопросов, модернизации обучения в психиатрии и организации психиатрической помощи, проведенной в московском здравоохранении, в 2018 году под руководством профессора Г.П. Костюка и Президента Балинговского общества в г. Москве. А.А. Авагимян на базе образовательного центра ГБУЗ «ПКБ№1 ДЗМ» в рамках крупномасштабной программы разработан оригинальный долгосрочный проект «Балинтовская группа (БГ)» для блока «Практика» программы ординатуры «Психиатрия».

Цель: Изучение в рамках факультативной практики по программе ординатуры технологии БГ и оценка ее эффективности в качестве профессиональной поддержки и помощи начинающим врачам психиатрам. В соответствии с этапностью обучения решались следующие задачи, на первом этапе:

- создание однородной группы для формирования полезной профессиональной среды и определение оптимального режима работы БГ

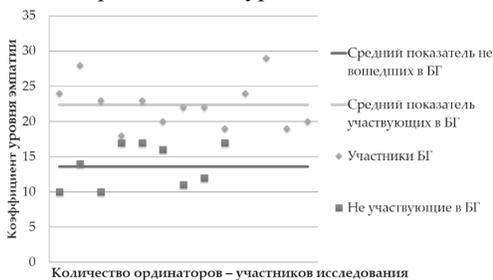
- изучение причин отказа от работы в БГ
- скрининг проявлений СЭВ, уровня эмпатии, групповой сплоченности, особенностей копинг-механизмов у ординаторов психиатров
 - изучение опыта работы БГ как метода профилактики синдрома выгорания, самопознания стратегий совладания со стрессовыми ситуациями на втором этапе:
 - изучение теории и функциональных обязанностей руководителя БГ;
 - опыт работы в рамках групповой психотерапии;
 - формирование новой компетенции, необходимой начинающему врачу в связи с высоким риском стресса и отсутствием адекватной профессиональной помощи.

Материал и методы: В исследовании приняли участие 22 ординатора: 13 участников БГ и 9 ординаторов, не вошедших в группу. Сравнивались качественные показатели, полученные с помощью опроса участников, и результаты психометрической оценки межгруппового взаимодействия и коммуникации врач-пациент, полученные на старте и конце обучения групп ординаторов, участвующих в БГ и не вошедших в нее:

- Тест-опросник эмпатии В. Бойко.
- Индекс групповой сплоченности Сिशора
- Методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма

Так же каждому ординатору, не участвующему в БГ (5 человек) или же ушедшему из группы после второго пробного сеанса (4 человека) был проведен опрос-интервью, в рамках которого каждому ординатору отказавшемуся от участия в БГ были заданы одинаковые вопросы, затрагивающие: 1) *причины отказа* от участия в группе; 2) *собственное мнение об особенностях* отношений с пациентами с учетом сравнения первого месяца практики в отделении и через 6 месяцев; 3) формирование представлений о *профессиональном стрессе, индивидуальных способах психологической защиты, совладания со стрессом.*

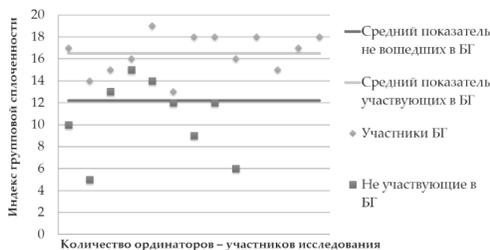
Результаты и их обсуждение: В результате выполнения методики диагностики уровня эмпатических способностей В. Бойко обнаружилось: уровень эмпатии у ординаторов БГ, составляет 22.4 – что свидетельствует о среднем уровне эмпатии, у ординаторов, не участвующих в БГ, среднее значение составляет – 14.2, что говорит о низком уровне эмпатии.



Проанализировав методику для психологической диагностики копинг- механизмов Э. Хейма, можно сделать вывод, что у ординаторов БГ преобладают адаптивные варианты копинг-поведения: оптимизм, проявление активного возмущения и протеста по отношению к трудностям. У ординаторов не участвующих в БГ преобладает неадаптивная форма поведения как подавление эмоций, состояние безнадежности и перекладывания ответственности на другого.



По результатам определения индекса групповой сплоченности Сисшора, выясилось, что среднее значение у ординаторов БГ, составляет 16.5, что говорит о высоком уровне групповой сплоченности. А у ординаторов, не участвующих в БГ – 12.2, которое свидетельствует об уровне групповой сплоченности выше среднего.



По результатам интервью было выявлено, что все ординаторы, *не участвующие в работе БГ*, включая половину участников пробных сессий, затем покинувших БГ, отрицают необходимость профилактической работы с психологом/ психотерапевтом как в групповых, так и в индивидуальных сессиях, отмечают неинформированность в отношении значимости опыта БГ для врача, несформированность интереса к данному направлению.

Особое внимание следует обратить на гендерное соотношение участников БГ: мужчин в три раза меньше, чем женщин. Это объясняется тем, что само решение об участии в каких-либо групповых/индивидуальных сессиях с психологом/ психотерапевтом зависит не только от индивидуальных черт личности, но и от

гендерных особенностей. Так, например, мужчины в меньшей степени склонны к раскрытию своих внутренних переживаний, а, следовательно, реже прибегают к профессиональной помощи. Это связано с рядом причин: одни обладают некоторыми психологическими защитными механизмами, не позволяющими осознать или признать наличие определенных проблем, для других встает вопрос доверия. Именно поэтому так важно четко *информировать о правиле конфиденциальности*, как об одном из основных правил работы в БГ.

Общий уровень эмпатии в группе ординаторов, отказавшихся от участия в БГ, оказался ниже, что коррелировало с характерологическими особенностями и поведенческим профилем: более заметной интровертированностью, сверхценным выполнением личного плана в подготовке, ущерб себя из-за узости представлений ограничений сложностью в описании словами чувств и выражении эмоций, возникающих в ответ на межличностные отношения, что, несомненно, явилось одной из причин неучастия в БГ и сниженных показателей «групповой сплоченности».

Ординаторы, прошедшие только пробные сессии (4 человека.), среди субъективных причин отказа указывают на трудности строго следовать режиму работы без права пропуска сессии или выхода из группы при желании; опасение «недостатка времени»; нежелание довериться участникам группы и соответственно искренне выражать свои эмоции из-за контактов членов группы вне секции, в социальных сетях; отсутствие понимания конкретного результата, который можно получить в режиме реального времени - «здесь и сейчас»; невозможность работы над личным запросом из-за трудности его сопоставления целям и задачам группы. Подобные причины свидетельствуют о недостаточном информировании людей о работе БГ.

Изучение формирования представлений о способах борьбы с профессиональным выгоранием или психологических защитах показали, что ординаторы, отказавшиеся от участия, отрицали наличие у себя признаков синдрома эмоционального выгорания: эмоциональное истощение, деперсонализация (цинизм). Вероятность их появления на фоне работы рассматривали как сомнительную, не требующую профилактических мер. При этом в рамках опроса данной когорты испытуемых было отмечено циничное отношение к ряду аспектов профессиональной деятельности, желание с целью облегчения переживаний делиться с друзьями/родными/коллегами/ педагогами, повторяющимися конфликтами.

Согласно результатам интервью ординаторы-участники БГ (13 человек) были мотивированы в участии в БГ, т.к. предполагали, что в процессе обучения в ординатуре столкнутся с проблемами во взаимоотношениях с пациентами с расстройствами шизофренического спектра, а так же выделяли проблему профессионального выгорания как значимую, лучше идентифицировали предвестники синдрома эмоционального выгорания, наряду с работой в БГ предпринимали действия для предупреждения нарушений, например, обращались за индивидуальной помощью к психологу/психотерапевту; спрашивали советы у других участников БГ в индивидуальном порядке.

Благодаря активной работе БГ в течение учебного года 2018-2019гг. и выступлениях на международных научно-практических конференциях («Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы») а также в рамках конференции «Самообразование – важный вектор развития программ ординатуры по психиатрии», организованной ординаторами ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева) с докладами об актуальности и принципах работы БГ, внедренный в учебную программу факультатив показал свою эффективность и продолжил свою работу. В 2019 году новый набор ординаторов первого года проявил заинтересованность в участии в БГ. Из 25 ординаторов нового набора пробные сессии БГ посетило 16 человек, из которых 14 человек в конечном итоге продолжили работу в БГ после закрытия группы. Причины неучастия в БГ и выхода из нее совпадали с вышеописанными.

Выводы: По мнению преподавателей и обучающихся учебного центра ГБУЗ «ПКБ1 ДЗМ» в программу ординатуры по психиатрии желательно включать факультативную практику «Балинтовская группа». Которая позволила психиатрам освоить за период обучения в ординатуре технологию БГ (15 сессий, за второй год 6 сессий) не только в роли ее участника, но и получить дополнительную общепрофессиональную компетенцию - руководителя БГ, соответственно:

- получить знание о профессиональной помощи и самопомощи
- получить помощь самому начинающему психиатру
- обучиться скринингу синдрома выгорания у специалистов психиатрической службы
- стать сертифицированным руководителем БГ, способным организовать группу, обеспечить коллегам доступность помощи, повысить качество и безопасность профессиональной среды
- стать преподавателем «Основ балинтовской группы» в рамках очных и дистанционных курсов повышения квалификации для врачей и психологов

Согласно полученному опыту, основными причинами отказа от участия в БГ стали:

- недостаточная информированность специалистов, в том числе психиатров, о профилактической, коррекционной и лечебной ценности данной технологии
- отсутствие доверия участникам
- нехватка времени
- отсутствие результата «здесь и сейчас»

Список литературы:

1. Винокур В. А. Балинтовские группы: история, технология, структура, границы и ресурсы : учебное пособие / В. А. Винокур. Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015
2. Лебедева Н. М. Балинтовские группы для ведущих психологический тренинг : Учеб. пособие. СПб., 1995
3. Чутко Л.С., Рожкова А.В., Сурушкина С.Ю. Синдром эмоционального выгорания: клинические варианты. / Журнал «Фарматека» 2013 с. 31-33.
4. Авагимян А.А. Балинтовская группа как инструмент профилактики про-

фессионального выгорания и реабилитации врачей и медицинских работников, психотерапевтов, психологов и социальных работников.

УДК 616.895.8

Бозырь С.Р., Живуцкая А.А.

Оценка связи риска общественно опасного поведения с клинико-психопатологическими и социально-демографическими факторами у лиц с шизофренией

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Беларусь

e-mail: bozyr.stefaniya@gmail.com

Актуальность. В судебной психиатрии, а также исследованиях, посвящённых проблеме общественно опасного поведения (ООП) у лиц с шизофренией, ООП чаще рассматривается с позиции опасности пациента в отношении окружающих. Однако, под ООП понимается поведение индивида, представляющее угрозу физическому и психосоциальному благополучию любого члена общества, в том числе, благополучию самого пациента.

Выделяют активный тип ООП, зависящий от актуального психопатологического состояния пациента (наличие бреда, обманов восприятия), и пассивный тип ООП, обусловленный влиянием внешних факторов и наличием дефицитарной симптоматики у пациента (беспомощность, пассивность, социально-бытовая неустроенность). Активный тип включает в себя агрессивное поведение, направленное на других (причинение вреда здоровью, имуществу) или на себя (намеренное самоповреждение). Пассивный в большей мере ассоциирован с ущербом для самого индивида (неудовлетворение базовых потребностей, пренебрежение правилами безопасности), но также включает угрозу для окружающих (опасные деяния против другой личности, как следствие пассивной подчиняемости третьему лицу, оставление в опасной ситуации).

Многими исследователями признаётся, что риск совершения общественно опасных действий в группе лиц с шизофренией значительно превышает риск данных деяний в общей популяции [3, 4]. Вместе с тем, дефицитарная симптоматика, наблюдаемая при данном расстройстве, обуславливает выраженное снижение способности к самообслуживанию и обеспечению собственной безопасности, вплоть до угрозы собственной жизни. В этой связи представляется важной оценка влияния различных факторов на риск ООП у пациентов с шизофренией.

Цель: оценить связь между риском общественно опасного поведения и клинико-психопатологическими и социально-демографическими факторами у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы. Обследован 31 пациент мужского и женского пола, в возрасте от 21 до 80 лет (средний возраст 47 ($\sigma=13,74$)), проходивший курс лечения в стационарных отделениях УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» с диагнозом шизофрения. Диагноз «параноидная шизофрения» выставлен 23(74,2%)

пациентам, «кататоническая шизофрения» – 4 (12,9%), «простая форма шизофрении» – 2 (6,5%), «недифференцированная шизофрения» – 2 (6,5%) пациентам. У 26 пациентов (83,9%) отмечался непрерывный тип течения расстройства, у 5 (16,1%) – эпизодический. Социально-демографические характеристики респондентов представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Социально-демографические характеристики

Показатель		Абс.	%
Пол	Мужской	15	48,4%
	Женский	16	51,6%
Наличие работы	Работающий	4	12,9%
	Безработный	27	87,1%
Образование	Высшее	5	16,1%
	Среднее	26	83,9%
Место жительства	Город	22	71%
	Сельская местность	9	29%
Семейной положение	Женатые/замужние/ овдовевшие	2	6,4%
	Разведённые	11	35,5%
	Не вступавшие в брак	18	58,1%
Наличие детей	Есть дети	15	48,4%
	Нет детей	16	51,6%
Проживание	С собственной семьёй	7	22,6%
	С родителями	14	45,2%
	Одиноки	10	32,3%
Наличие социальной поддержки	Есть поддержка	21	67,7%
	Нет поддержки	10	32,3%
Приём поддерживающего лечения	Регулярный	7	22,6%
	Нерегулярный	17	54,8%
	Отказ от приёма	7	22,6%
Наличие судимости	Есть судимость	6	19,4%
	Нет судимости	25	80,6%
Принудительное лечение в анамнезе	Проходил ПЛ	5	16,1%
	Не проходил ПЛ	26	83,9%
Парасуицид в анамнезе	Был случай парасуицида	5	16,1%
	Не было	26	83,9%

Методы исследования: 1) шкала TAG - Шкала оценки тяжести проблем в связи с психическим здоровьем. Методика была разработана в 1998 году Майком Слэйдом с соавторами на базе Института психиатрии, психологии и нейронаук Лондона. Шкала предназначена для оценки тяжести актуального состояния пациента по семи сферам (доменам), имеющим отношение к общественно опасному поведению. Общий балл по шкале оценивает риск ООП. Результат по шкале TAG в 5 и более баллов, либо две оценки «умеренно» свидетельствуют о необходимости пациента в специализированной помощи для профилактики ООП. Методика официально переведена на четыре языка: итальянский, венгерский, немецкий и датский. На русском её текст составлен методом двойного перевода [1, 2].

2) Методика краткой оценки позитивных и негативных симптомов (оценка позитивных симптомов: подозрительность, бредовые идеи, галлюцинации, формальные нарушения мышления; оценка негативных симптомов: нарушения речи, уплощённость и ригидность аффекта, асоциальность и амотивация). Выражен-

ность симптоматики может варьировать от 0 (отсутствие) до максимальных 5 баллов.

3) Анализ медицинской документации.

4) Статистическая обработка данных по методу Пирсона (для номинальных шкал) и по методу ранговых корреляций Спирмена проводилась с помощью аналитического приложения для Microsoft Excel XLSTAT и пакета прикладных программ SPSS Statistics v.23.0.

Результаты и их обсуждение. Анализ Данных, полученных при оценке риска ООП по шкале TAG, показал, что среднее значение риска ООП в исследуемой выборке составило $M=6,61 \pm 0,627$ ($\sigma=3,49$). Данный результат в соответствии с описанием методики является показателем нуждаемости пациента в помощи и контроле. Наименьший балл, набранный по шкале, оказался равен 1, наивысший – 16. Среднее значение выраженности позитивных симптомов составило $M=4,87 \pm 0,569$ ($\sigma=3,17$), среднее значение выраженности негативных симптомов – $M=6,65 \pm 0,674$ ($\sigma=3,76$).

Риск ООП в исследуемой выборке имеет высокие положительные корреляционные связи с общей выраженностью как позитивных ($r=0,77$; $p<0,01$), так и негативных симптомов ($r=0,76$; $p<0,01$) шизофрении. У лиц с большей представленностью продуктивной симптоматики риск намеренного самоповреждения и опасности для других был оценён выше, чем у респондентов с менее выраженными симптомами. Выявлены связи между проблемами в психологической и социальной сферах и выраженностью позитивной симптоматики (Таблица 2).

Таблица 2. Значимые связи между сферами TAG и продуктивными симптомами

Показатель	Подозрительность	Бредовые идеи	Нарушения мышления	Общая выраженность позитивных симптомов
	p	p	p	p
Ненамеренное самоповреждение	–*	0,0419	0,0048	0,0046
Опасность для других лиц	0,0370	0,0093	0,0021	0,0005
Условия жизни	0,0001	–	0,0322	0,0021
Психологические проблемы	–	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001
Социальные проблемы	0,0072	0,0035	0,0001	< 0,0001

Примечание: p – статистическая значимость.

*Связь не значима.

Значимых связей между риском ООП и выраженностью галлюцинаторных расстройств получено не было – вероятно, по причине малой представленности симптома в выборке обследованных пациентов.

Выявлена связь между риском ненамеренного самоповреждения, серьёзностью проблем в психологической, социальной сфере и в быту с выраженностью негативной симптоматики. Риск причинения вреда другим слабо коррелировал с выраженностью негативных симптомов, и, напротив, опасность от других лиц значимо коррелировалась уплощённостью аффекта у респондентов (Таблица 3).

Таблица 3. Значимые связи между сферами ТАГ и негативными симптомами

Показатель	Нарушение речи	Уплощённость и ригидность аффекта	Асоциальность	Амотивация	Общая выраженность негативных симптомов
	р	р	р	р	р
Ненамеренное самоповреждение	–	< 0,0001	0,0040	0,0001	< 0,0001
Опасность от других лиц	–	0,0065	–	–	–
Условия жизни	0,0433	0,0078	0,0022	< 0,0001	< 0,0001
Психологические проблемы	–	0,0164	< 0,0001	0,0002	< 0,0001
Социальные проблемы	0,0218	0,0002	< 0,0001	0,0015	< 0,0001

Значимых связей между риском намеренного самоповреждения с выраженностью позитивных и негативных симптомов выявлено не было. Не было получено значимых отрицательных связей между сферами ООП и симптомами шизофрении.

Из всех исследованных социально-демографических факторов только пять из них показали значимую ($p < 0,05$) связь с ООП. Так, можно отметить, что риск опасного поведения значимо выше у лиц неработающих ($p = 0,0238$), лишённых социальной поддержки ($p = 0,0472$), имевших судимость ($p = 0,0438$) и парасуицид в анамнезе ($p = 0,0342$), нарушающих режим приёма поддерживающей терапии ($p = 0,0236$). Интересно заметить, что фактор отсутствия социальной поддержки связан с более высоким риском не намеренного самоповреждения ($p = 0,0376$) и серьёзностью проблем в бытовых условиях ($p = 0,0310$), а нерегулярный приём и отказ от терапии – с повышенной опасностью от других лиц ($p = 0,0421$) и нарушениями в социальной сфере ($p = 0,0096$).

Выводы. В результате проведённого исследования сделаны следующие выводы:

1. Риск ОПП положительно связан с выраженностью негативной и позитивной симптоматики при шизофрении.

1.1. Пациенты с более высоким риском опасного поведения в отношении окружающих имеют значимо большую выраженность продуктивных симптомов.

1.2. Респонденты с более высоким риском агрессивных действий со стороны окружающих имеют большую выраженность негативных симптомов, в частности аффективной уплощённости.

2. Безработица, отсутствие социальной поддержки, судимость, парасуицид в анамнезе, нерегулярный приём или отказ от приёма поддерживающей терапии – факторы, при которых риск ОПП оценивается значимо выше, чем в общей группе пациентов.

Список литературы:

1. Slade M., Powell R., Rosen A., et al. Threshold Assessment Grid (TAG): the development of a valid and brief scale to assess the severity of mental illness. Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol. – 2000. – Vol. 35. –P. 78-85.

2. Slade M., Cahill S., Kelsay W., et al. Threshold 4: An evaluation of the Threshold Assessment Grid as an aid to mental health referrals. Primary Care Mental Health. – 2003. – Vol. 1. – P. 45-54.

3. Скугаревская Е.И., Балашов А.Д., Дукорский В.В. Шизофрения и Общественно Опасные Деяния/Е.И. Скугаревская, А.Д. Балашов, В.В. Дукорский// Мед. Журн. – 2012. – С. 120-123.

4. Березанцев А.Ю., Кузнецов Д. А. Клинико-социальные и нейробиологические аспекты оценки общественной опасности больных с шизофренией и органическими психическими расстройствами // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.[Электронный ресурс] – 2012. – №4. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/kliniko-sotsialnye-i-neyrobiologicheskie-aspekty-otsenki-obschestvennoy-opasnosti-bolnyh-s-shizofreniy-i-organicheskimi>. –Дата доступа: 26.02.2020.

УДК 159.9:615.851

Брагин Д.А.

Особенности нарушения социального познания больных шизофренией и их связь с нейропсихологическими нарушениями

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия
e-mail: bragin.mail@gmail.com*

Актуальность. В медицине и психологии в последнее время отмечается повышенный интерес к когнитивному функционированию и нейробиологическим основам психических нарушений. Особое внимание уделяется нейрокогнитивному дефициту при шизофрении – по выражению А. Брейэра, «третьей ключевой группе симптомов» этой психической патологии, наряду с позитивными и негативными расстройствами. В связи с вышеуказанным, а также, в связи с малым числом исследований, объединяющих в себе исследование и нейрокогнитивных особенностей и состояния социального познания у больных шизофренией целью проводимого исследования стали определение состояния нейрокогнитивных процессов и социального познания у больных шизофренией и поиск взаимосвязи в структуре этих нарушений[1,2].

Материалы и методы. Исследование проводилось с февраля 2015 по ноябрь 2019 года на клинической базе, которой выступила ГБУЗ «Самарская областная клиническая психиатрическая больница». К исследованию привлекались пациенты с верифицированным лечащим врачом диагнозом «Шизофрения» (F20). Обязательным было условие проведения исследования с пациентами либо на момент после манифестации заболевания, либо наличие в анамнезе не более 2-х психотических эпизодов для того, чтобы получить четкую нейропсихологическую картину состояния ВПФ, привязанных локализационно, не маскированную действием нейролептиков и шизофреническим процессом.

В качестве методов исследования были использованы: методы нейропсихологической диагностики (интегрированы количественный (балловый) и качественный (описательный) подходы Лурия и Глоzman), проективная психодиагностическая методика Роршаха в Интегративной системе Джона Экснера[3].

Результаты. Анализ характеристик распознавания реальности показал, что у относительно скомпенсированных больных шизофренией на ранней стадии заболевания обнаруживается «шаткость» способности адекватно оценивать реальность ($X-\% = 0,39 (>0,15)$, $XA\% = 0,61 (<0,70)$ при $WDA\% = 0,62 (<0,80)$) и этим они достоверно отличаются от нормы ($XA\% = 0,88$, $WDA\% = 0,94$, $X-\% = 0,07$) (значимость по U по всем трем показателям равна 0,000, при $p=0,05$). Кроме того, процесс переработки информации испытуемых характеризуется инертностью мыслительных процессов ($PSV = 2,79$) (значимость по U = 0,000, при $p=0,05$), а также психотическим соскальзыванием, отсутствием чётких представлений о допустимом и недопустимом, свидетельствующем о способности к глубокой диссоциации ($DQv = 3,99$) (значимость по U = 0,007, при $p=0,05$). Обнаруживается нарушение адаптации вследствие неадекватного усложненного восприятия ситуации, когда для испытуемого «всё связано со всем» ($Zf = 11,66$ при стиле избегания ($L > 0,99$)). По показателю «оралитета» ($Fd = 0,49$), отражающему степень инфантилизма, стремления к зависимости от других, нужде в привязанности и близких отношениях, больные значимо не отличаются от нормы (значимость U = 0,280, при $p=0,05$). К тому же среднее значение показателя $SumT = 0,39$ (степень нужды в причастности, привязанности) близко к нулю, что может быть интерпретировано как холодность, отстранённость, недостаток душевности в общении больных шизофренией, их неумение выражать привязанность к близким людям, переживать зависимость от других, так, как большинство людей. Выявлены достоверные отличия по данному показателю (значимость по U = 0,120, при $p=0,05$). Нормальный уровень социального интереса (HumanCont) обнаружен только у 28,9% больных, у 73,7% уровень снижен. Сочетание $PureH = 1,49$ и $HumanCont = 4,34$ свидетельствует о том, что больные на ранней стадии шизофрении часто (в достоверно большей степени, чем здоровые) заблуждаются по поводу мотивов и намерений окружающих (значимость по U равна 0,042 и 0,064 соответственно, при $p=0,05$), не ожидая от них ничего хорошего ($COP = 0,76$) (значимость по U = 0,004, при $p=0,05$). Значения комплексного индекса CDI, представляющего собой эмпирическую модель общей

социальной некомпетентности или незрелости, у 76,5% больных диагностически значимы, а у оставшихся 29,4% его значения находились на максимально допустимом критическом уровне. Среднее значение комплексного индекса CDI (социальная некомпетентность) равно 4 и достоверно отличается от такового у здоровых (значимость по $U = 0,000$, при $p=0,05$).

Нейропсихологическая диагностика позволила выявить нарушения программирования и контроля деятельности, межполушарного взаимодействия, подверженность влиянию интерференции, соматосенсорного гнозиса, нейродинамики, речи и временной организации функций.

Таким образом, анализируя соотношение и выраженность нарушений нейропсихологических факторов в группе больных шизофренией можно заключить, что наиболее ярко выраженными выступают:

1) синдромы поражения зоны ТРО и префронтальной конвекситальной коры (нарушение ассоциативных факторов);

2) синдром поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры (нарушение модально специфических зрительного и оптико-пространственного факторов);

3) синдром поражения премоторных отделов коры (нарушение модально-специфического фактора временной организации движений и модально неспецифического фактора подвижности-инертности).

Выводы. Существует определенная взаимосвязь нейропсихологических нарушений с нарушениями социального познания.

Нарушения программирования и контроля деятельности, симультанного анализа и синтеза, произвольного внимания и селективности протекания указанных процессов возможно служит «почвой» для нарушения сложных процессов восприятия, как «социально окрашенных» стимулов, так и несоциальных, их дифференцировки, мотивации к самому поиску, вычленению и квалификации социальных стимулов.

Явления нарушений как абстрактных, так и конкретных способов переработки информации и успешивности психической деятельности взаимосвязаны с адекватностью распознавания действительности, сложностями ориентировки даже в знакомых ситуациях, наличием признаков искажения при восприятии действительности.

Нарушения межполушарного взаимодействия связаны с нарушением распознавания и нарушением идентичности образа Я и его соотнесения с реальностью.

Нарушения зрительного оптико-пространственного гнозиса взаимосвязаны с высокой организационной активностью, сопровождающейся, несоразмерной растратой энергии на анализ и структурирование стимулов, их классификацию.

Были установлены достоверные связи между нарушенными нейропсихологическими факторами и показателями ИС, отражающими состояние социального познания.

Полученные в ходе исследования и анализа его результатов сведения позволили нам сформулировать ряд рекомендаций, отражающих особенности диагно-

стики и коррекции нарушений высших психических функций и социального познания:

1. Нейропсихологический анализ нарушений ВПФ целесообразнее проводить, опираясь на качественный (синдромный) и количественный (по Ж.М. Глозман) анализ, что позволит избежать значительной потери диагностически значимой информации и предотвратит вероятность неверного истолкования причин выявленных нарушений.

3. Использование проективных психодиагностических методик в исследовании нарушений восприятия социальных стимулов эффективно дополняет методы объективного подхода, позволяет избежать искажения результатов.

4. Целесообразна организация групповой психотерапевтической работы с пациентами больными шизофренией уже на ранних этапах течения заболевания, мишенью терапии должны стать дефицит в области социального познания (распознавание своих и чужих эмоций, выражение своих эмоций, оценка степени выраженности эмоционального реагирования);

5. Эффективным дополнением реабилитационной программы нейро-когнитивных тренингов, факт применения которых, окажет положительно влияние на общее когнитивное состояние больных и предупредит формирование нейрокогнитивного дефицита, свойственного для данной группы больных на более отдалённых этапах течения заболевания.

Комплексное исследование восприятия, с позиций разных методологических подходов, позволило получить наиболее полную картину нарушений, характерных для данного заболевания. Уже на ранней стадии шизофрении были обнаружены специфические нейропсихологические нарушения восприятия. Также, была обнаружена достоверная взаимосвязь между указанными нарушениями и нарушениями восприятия социальных стимулов (социального познания). Выявленные в процессе исследования особенности восприятия сравнились между двумя группами испытуемых: пациентами, болеющими шизофренией, на ранней стадии течения заболевания и условно здоровыми людьми. Сравнение позволило помимо констатации факта наличия определенных специфичных нарушений для экспериментальной группы, также сделать вывод о характерности выявленных нарушений именно для данной группы. Так, в процессе исследования были обнаружены достоверно значимые различия в показателях Интегративной системы, отражающих состояние социального познания. И, самое, на наш взгляд интересное – эти данные были получены путём проективного психодиагностического исследования с применением крайне информативного и высоко стандартизованного в рамках Интегративной системы Экснера метода чернильных клякс Роршаха.

В перспективе масштабное исследование, целью которого должна стать верификация и валидизация показателей Интегративной системы Экснера, отражающих состояние социального познания, путём статистического анализа взаимосвязей с показателями уже валидизированных для оценки состояния процессов

восприятия социальных стимулов методов (таких как MSCEIT, тест Гилфорда, RMET, опросники Люсина и Хола).

Список литературы:

1. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра // Мед. псих. в России: эл. науч. журн. – 2014. – N 6(29). – С. 10.
2. Frith C.D. The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia.// C.D. Frith // Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates, 1992.
3. Exner J. E., Jr. The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Interpretation. N. Y., 1991.

УДК: 159.9.07

Воронцова В.С.^{1,2}, Шуненков Д.А.³, Иванова Е.М.^{2,4}, Петровская М. В.¹, Мартынова М.В.¹

Гелотофобия, отношение к болезни и качество жизни у пациентов с депрессивным синдромом в рамках психических расстройств и повреждений головного мозга

¹ФГБНУ ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии, г. Москва, Россия.

²ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва, Россия.

³ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново, Россия.

⁴ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия.

e-mail: vorontsova_vs@mail.ru

Актуальность. Личностные особенности пациента играют важную роль в успешности реабилитации. Ситуация болезни влияет на качество и стиль жизни, а успешность адаптации к этим новым условиям зависит во многом и от типа отношения к болезни и к себе в ситуации болезни [5]. При повреждениях ГМ характерны депрессивные расстройства [3], а также происходят значительные изменения в сфере чувств, поведения и мышления происходят вследствие расстройств психики как по причине психического расстройства, так и органических повреждений головного мозга (ГМ), а значит и чувство юмора также может претерпевать значительные изменения и даже нарушения, тем самым оказывая дезадаптирующее влияние. В последние годы всё чаще говорят о таком феномене, как гелотофобия, которое характеризует отношение к юмору и смеху. Гелотофобией называется патологический страх казаться смешным [4]. Самостигматизация (реакция самого пациента на заболевание и статус в обществе [7]) же может вносить значительный вклад в развитие паранойяльных тенденций личности и подозрительности к оценке окружающих, в частности в форме смеха. Проведенные исследования основывались на изолированном изучении данных нозологических групп, что приводит к актуальности изучения взаимосвязи гелотофобии, типа отношения к болезни и качества жизни у психиатрических и неврологических пациентов.

Целью исследования являлось изучение взаимосвязи гелотофобии (страха

насмешки), отношения к болезни и качества жизни у пациентов с депрессивным синдромом в рамках психических расстройств и повреждений головного мозга.

Методы исследования, характеристики выборки. Клиническое исследование проводилось на базе Научного центра психического здоровья и Федерального научно-клинического центра реаниматологии и реабилитологии. В исследовании приняли участие 60 пациентов обоего пола: 30 пациентов с депрессивным синдромом в рамках аффективных расстройств (F30-F39) в возрасте от 18 до 47 лет (73,3% женщин, 26,7% мужчин) ($m=27,9, SD=7,7$) и 30 пациентов с депрессивным синдромом после повреждения головного мозга 19 до 46 лет (56,7% женщин, 43,3% мужчин) ($m=31,5, SD=8,3$).

С пациентами велась предварительная беседа, после чего был предложен ряд психодиагностических тестов на выявление самостигматизации (ISMI-9)[2], гелотофобии (PhoPhiKat<30>)[6], типа отношения к болезни (ТОБОЛ)[1] и качества жизни (SF-36)[8]. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA, v. 10, StatSoft, Inc. (2011). Были использованы методы описательной статистики и непараметрические методы (коэффициент ранговой корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни).

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты исследования показали, что гелотофобия наблюдалась в обеих группах, но в разной степени выраженности. Данный феномен был выявлен у 36,7% неврологических и у 56,7% психиатрических пациентов. Это показывает, что депрессивный синдром той или иной степени связан с наличием гелотофобии. Однако, гелотофобия у пациентов с психическими расстройствами более выражена, чем у пациентов с повреждениями головного мозга ($m=2,32, SD=0,78$ против $m=1,7, SD=0,55; U=254; p=0,003$). Среди психиатрических пациентов этот феномен более выражен у женщин, чем у мужчин ($m=2,53, SD=0,79$ против $m=1,75, SD=0,35; U=40,00; p=0,026$), среди неврологических пациентов различий гелотофобии в зависимости от пола выявлено не было. Детальное распределение по степени выраженности гелотофобии представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение степени выраженности гелотофобии среди неврологических и психиатрических пациентов (в %)

	Неврологические пациенты (%)	Психиатрические пациенты (%)
отсутствие	63,3	43,3
пограничный уровень	26,7	16,7
легкая	10	16,7
выраженная	0	10
экстремально выраженная	0	13,3

Самостигматизация характерна как для неврологических, так и для психиатрических пациентов, однако, у последних более высокая степень выраженности, чем у пациентов после повреждения головного мозга. Отсутствие, либо минимальный уровень самостигматизации был выявлен у 70% пациентов после повреждений головного мозга и 43,3% психиатрических пациентов. Умеренный

уровень самостигматизации встречался в 16,6% случаев у неврологических пациентов и у 36% психиатрических пациентов. Выраженной самостигматизации у пациентов после повреждения головного мозга выявлено не было, в то время как среди психиатрических пациентов данный уровень наблюдался у 6,6% пациентов. Можно отметить в целом более низкий уровень и частоту встречаемости самостигматизации у пациентов с повреждениями головного мозга, в сравнении с другой группой. Возможно, на момент обследования, ввиду относительно недавней травмы, у этих пациентов ещё не сформировалось отношение к себе как к «другим». Однако, несмотря на это, умеренный уровень самостигматизации у них встречался столь же часто, что может свидетельствовать о сохранности критики к своим физическим дефектам. Однако, статистически достоверной разницы в выраженности самостигматизации между данными группами пациентов выявлено не было ($p=0,08$).

При исследовании типов отношения к болезни было выявлено, что в обеих группах наиболее часто встречается смешанный тип (29,7% у неврологических, 40% у психиатрических), а также диффузный у неврологических пациентов (20%) и сенситивный у психиатрических (10%).

Несмотря на сходство по наличию смешанного типа отношения к болезни, у данных групп они качественно отличаются. В смешанный тип у неврологических пациентов входили такие типы, как эргопатический, тревожный и сенситивный. У неврологических пациентов более выражен эргопатический тип отношения к болезни ($m=14$, $SD=12,1$ против $m=6,23$, $SD=8,36$; $U=279$; $p=0,012$).

В целом у пациентов с психическими расстройствами более выражены тревожный ($m=16,6$, $SD=10,62$ против $m=10,1$, $SD=9,04$; $U=292$; $p=0,019$), ипохондрический ($m=18$, $SD=11,07$ против $m=10,6$, $SD=9,17$; $U=275$; $p=0,009$), меланхолический ($m=17,03$, $SD=14,54$ против $m=6,5$, $SD=8,24$; $U=239$; $p=0,002$), апатический ($m=13,13$, $SD=12,61$ против $m=4,43$, $SD=5,31$; $U=241$; $p=0,002$) и паранойяльный типы ($m=8,87$, $SD=6,19$ против $m=5,3$, $SD=4,68$; $U=275,5$; $p=0,01$).

Наличие большей выраженности эргопатического типа у неврологических пациентов говорит о том, что выраженные явления психической дезадаптации у таких больных отсутствуют, что говорит в пользу их сохранности, однако, дезадаптивные тенденции всё же присутствуют. У психиатрических же пациентов наблюдались такие типы, как меланхолический, неврастенический и тревожный, что характерно для клинической картины депрессии, выражающейся всверхудрочностью болезнью, неверии в выздоровление и нетерпеливости в обследование и лечение. Это говорит в пользу нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования.

Болезни изменяют привычные условия жизни и как следствие – качество и стиль жизни. Было выявлено, что у 56,7% неврологических и у 46,6% психиатрических пациентов встречается пониженный показатель качества жизни по физическому параметру, а по психическому – у 56,7% неврологических пациентов отмечается средний показатель и у 76,7% психиатрических пациентов пониженный. Повышенный и высокий показатели по физическому здоровью в данных

выборках не встречались вовсе, а вот по психическому здоровью у 3,3% неврологических пациентов наблюдается повышенный показатель. Детальное распределение по уровням качества жизни представлено в таблице 2 (физическое здоровье) и таблице 3 (психическое здоровье).

Таблица 2. Качество жизни у неврологических и психиатрических пациентов (физическое здоровье РН) в %

	низкий	пониженный	средний	повышенный	высокий
Неврологические пациенты	33,3	56,7	10	-	-
Психиатрические пациенты	26,7	46,6	26,7	-	-

Таблица 3. Качество жизни у неврологических и психиатрических пациентов (психическое здоровье МН) в %

	низкий	пониженный	средний	повышенный	высокий
Неврологические пациенты	3,3	36,7	56,7	3,3	-
Психиатрические пациенты	6,7	76,7	16,7	-	-

Качество жизни по физическому параметру незначительно различались. В обеих группах чаще всего встречается пониженный уровень – 56,7% в группе неврологических пациентов и 46,6% в группе психиатрических пациентов. А вот по психическому параметру наблюдались значительные различия: у неврологических пациентов чаще встречался средний уровень (56,7%), в то время как у психиатрических в 76,7% наблюдался пониженный уровень ($m=43,07$, $SD=9,75$ против $m=30,34$, $SD=8,98$; $U=154$; $p < 0,001$).

Результаты исследования также показали, что у неврологических пациентов желотофобия обратно связана с эргопатическим типом отношения к болезни ($r=-0,41$; $p=0,02$). Данный тип характеризуется сверхответственным, подчас одержимым, стеничным отношением к работе, которое в ряде случаев выражено еще в большей степени, чем до болезни. Чем меньше у человека страх оказаться смешным, тем больше он погружается в работу, несмотря на болезнь. У психиатрических пациентов была обнаружена прямая связь с меланхолическим типом отношения к болезни ($r=0,40$; $p=0,02$). Данный тип характеризуется пессимистическим взглядом на все вокруг, сомнением в успехе лечения даже при благоприятных объективных данных и удовлетворительном самочувствии, что может провоцировать страх насмешки и наоборот.

Также была выявлена связь самостигматизации с типом отношения к болезни в обеих группах. У неврологических пациентов наблюдалась связь с тревожным ($r=0,39$, $p=0,03$), сенситивным ($r=0,46$, $p=0,009$) и неврастеническим ($r=0,36$, $p=0,04$) типами отношения к болезни. Они характеризуются опасениями, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, что может как приводить к самостигматизации, так и про-

воцироваться ею. У психиатрических пациентов самостигматизация также связана с неврастеническим ($r=0,46$, $p=0,01$) и тревожным ($r=0,37$, $p=0,04$) типами, но не связана с сенситивным ($p=0,15$). Вспышки раздражения, особенно при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, нередко изливаются на первого попавшегося и завершаются раскаянием и угрызениями совести, что также может привести к самостигматизации.

Также при анализе корреляционных взаимосвязей обнаружилось, что гелотофобия связана с уровнем самостигматизации ($r=0,59$, $p=0,001$) у пациентов с психическими расстройствами, в то время как у неврологических пациентов такой связи выявлено не было, что может быть обусловлено низким разбросом по гелотофобии в данной группе.

Выводы.

1. У пациентов обеих групп наблюдается страх насмешки, однако у группы психиатрических пациентов он более ярко выражен.

2. У психиатрических пациентов феномен гелотофобии более выражен у женщин, чем у мужчин и он тесно связан со самостигматизацией.

3. В обеих группах чаще встречается смешанный тип отношения к болезни, однако они качественно отличаются друг от друга: у неврологических пациентов присутствуют преимущественно адаптивные типы отношения к болезни (эргопатический, тревожный и сенситивный.), а у психиатрических пациентов такие, которые приводят к социальной дезадаптации (тревожный, ипохондрический, меланхолический, апатический и паранойяльный типы).

4. Гелотофобия обратно связана с эргопатическим типом отношения к болезни у неврологических пациентов и с меланхолическим типом у психиатрических пациентов.

5. Самостигматизация характерна как для неврологических, так и для психиатрических пациентов, однако, у последних чаще встречался умеренный уровень и выраженная самостигматизация.

6. У неврологических пациентов качество жизни чуть выше по физическому параметру и значительно выше по психическому, чем у психиатрических пациентов.

Список литературы:

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни. Методические рекомендации. – СПб.: 2001. – 33с

2. Воронцова В.С., Шуненков Д.А., Иванова Е.М., Пичугина И.М., Ениколопов С.Н. Русскоязычная адаптация опросника интернализированной стигмы психического состояния (самостигматизации) ISMI-9 // Неврологический вестник. 2019. Том LI, выпуск 4. С.29-33.

3. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С. Психопатология черепно-мозговой травмы. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство 1, - 1998. с.269-313.

4. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А. и др. Русскоязычная адап-

тация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat // Вопросы психологии. 2016. № 2. С. 162–171.

5. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.

6. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. и др. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал, 2016. - Том 32, № 2. - С. 94–108.

7. Link B. G., Struening E. L., Rahav M., et al. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1997, 38, 177-190.

8. John E., Ware Jr., Cathy Donald Sherbourne. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) // *MEDICAL CARE* June 1992, Vol. 30, No. 6.

УДК 616.89; 615.851.6

Глазкова Т.Н.

Проект «Поверь в себя»

*Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Тамбовская психиатрическая клиническая больница»*

г. Тамбов, Россия

e-mail: glazkovatanja@rambler.ru

Актуальность проекта: в настоящее время исследования по применению метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного лечения практически отсутствуют, поэтому, разработка и применение новых методов психотерапевтической работы с пациентами, находящимися на принудительном лечении является важной научно-практической проблемой.

Цель проекта – определить эффективность применения метода духовно-ориентированной психотерапии в условиях принудительного стационарного лечения.

Материалы и методы исследования: база опытно-экспериментального исследования – 48 пациентов отделения принудительного лечения психиатрического стационара специализированного типа ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

Результаты и их обсуждение: на медицинском совете больницы было принято решение и разработан стандарт индивидуальной программы психосоциальной реабилитации (ИПР), с учетом существующих требований. Разработанный стандарт явился сочетанием медикаментозного лечения и психосоциальной реабилитации. Однако, сложившаяся схема реабилитации, не в полном объеме затрагивала духовно-нравственную составляющую. Мы предложили тройное начало и тройное направление при проведении психосоциальных воздействий в процессе принудительного лечения: физическое – психологическое – духовное (тело, душа, дух).

Особенности программы: индивидуальность: индивидуальная программа

реабилитации разрабатывается для каждого пациента по формуле общественной опасности(по программе В.П. Котова), с учетом имеющегося реабилитационного потенциала личности;бригадный подход: пациент–психиатр–психолог–социальный работник – священнослужитель - родственники – пациенты;длительность принудительного лечения; этапность: 1 этап - адаптационный; 2этап - интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий; 3 этап - стабилизации; 4этап-заключительный (подготовка к выписке);преемственность: стационар -диспансер - семья – социум -религиозная организация - семья - диспансер – стационар.

Процесс перевода с этапа на этап осуществлялся на биопсихосоциальной комиссии (БПСК), где определялись реабилитационный потенциал (РП) личности пациента и результат усвоения ИПР.

Нами проведен анализ субъективных и объективных причин агрессии, приведших к совершению общественно опасного деяния (ООД).

Выборочным методом в исследовании приняли участия 48 человек в возрасте от 25 до 49 лет, переведенные за период с 2010 – 2015гг. на амбулаторное принудительное лечение.

У 32 (67%) пациентов ведущий синдром агрессии - психопатоподобный, механизм агрессии - негативно-личностный; у 16 (33%) пациентов – ведущий синдром агрессии - параноидный, механизм агрессии - продуктивно-психотический.

Анализируя факторы, приведшие к агрессии данных пациентов при поступлении на принудительное лечение, у пациентов, с психопатоподобным синдромом агрессии можно выделить:субъективные факторы - субъективная агрессия составила 11,3%,объективная агрессия 15,3%, психологический дискомфорт 56%, асоциальные установки 95% (духовно - нравственная составляющая),адаптация на криминальном уровне 94%. Объективные факторы – социальные дисфункции 65%, дефицитарная симптоматика 75,5%, снижение критики 85%.

С параноидным синдромом агрессии: субъективные факторы: субъективная агрессия составила 14,3% ,объективная агрессия 10,2%;психологический дискомфорт 73,3%,асоциальные установки 39,7%; адаптация на криминальном уровне 43,5%; объективные факторы: социальные дисфункции 45,2%, дефицитарная симптоматика 80,7%, снижение критики 94%.

Анализируя полученные данные, можно сделать вывод, что при негативно-личностном механизме агрессии субъективные факторы, в частности, духовно-нравственная составляющая, являются основными в развитии внутренней агрессии, и, как следствие – агрессия.

При продуктивно-психотическом механизме агрессии, в первую очередь преобладают объективные факторы, являющиеся катализаторами обострения заболевания, приводящие к грубой внешней агрессии, и, как результат – тяжкие и особо тяжкие общественно опасные деяния.

Изучая катамнез 48-ми пациентов, переведенных с принудительного лечения в стационарных условиях на амбулаторное принудительное лечение за период 2015 - 2019гг. - 13 из них были возвращены в стационар.

Из них: три человека с негативно-личностным механизмом агрессии (психо-

патоподобный синдром агрессии), совершили общественно опасное деяние после отмены амбулаторного принудительного лечения: в состоянии алкогольного опьянения (духовно-нравственная составляющая) без утяжеления характера деликта.

Один пациент первое общественно опасное деяние совершил по продуктивно-психическому механизму (на фоне употребления ПАВ), амбулаторное принудительное лечение отменили, он стал алкоголизироваться(духовно-нравственная составляющая), совершил повторное общественно опасное деяние, с утяжелением характера деликта, и был признан вменяемым.

Пять пациентов были возвращены за несоблюдение режима амбулаторного принудительного лечения (духовно-нравственная составляющая).

Четыре пациента совершили повторное общественно опасное деяние во время нахождения их на амбулаторном принудительном лечении. Из них: 3- рецидив ООД менее года: 2-е совершили ООД по продуктивно - психотическому типу (ООД- по «клише», на фоне отсутствия лечения), с утяжелением характера деликта(направлен на ПЛПССТИН). 1- рецидив ООД более 2-х лет , по негативно- личностному механизму, с облегчением характера деликта (духовно-нравственная составляющая).

Внедрение духовно-ориентированной психотерапии в деятельность специализированных психиатрических клиник и отделений в последние годы происходит на волне смены парадигм: «Медико-биологическая парадигма построения и реализации психиатрического лечения уступает место биопсихосоциальной парадигме, связанной с дополнением психофармакотерапии разными формами психологической и психосоциальной помощи больным, что в частности, проявляется, в усилении компонента психосоциальной реабилитации и психотерапии. На этом пути возникает целый ряд проблем. В отечественной психиатрии пока нет единого мнения о месте и роли психосоциальной реабилитации и психотерапии в системе психиатрической помощи, нет согласованных организационных форм реабилитационной деятельности». Пациент, находящийся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре, должен выстроить такую систему ценностей и личностных смыслов, которые в дальнейшем станут внутренним регулятором поведения и деятельности пациента в социуме. Нами проведен анализ субъективных и объективных причин агрессии, приведших к совершению общественно опасного деяния (ООД). Субъективные: уровень внешней и внутренней агрессии, духовные ценности. Объективные: психологические (степень и стойкость выраженности нарушений психики), социальные и медико-биологические (ведущий синдром совершения ООД). Выборочным методом в исследовании приняли участия 48 человек в возрасте от 25 до 49 лет, переведенные за период с 2015 – 2019гг. на амбулаторное принудительное лечение. У 32 (67%) пациентов ведущий синдром агрессии - психопатоподобный, механизм агрессии - негативно-личностный; у 16 (33%) пациентов – ведущий синдром агрессии - параноидный, механизм агрессии - продуктивно-психотический. Анализируя

факторы, приведшие к агрессии данных пациентов при поступлении на принудительное лечение, у пациентов, с психопатоподобным синдромом агрессии можно выделить: • субъективные факторы - субъективная агрессия составила 11,3%, объективная агрессия 15,3%, психологический дискомфорт 56%, асоциальные установки 95% (духовно - нравственная составляющая), адаптация на криминальном уровне 94%. • объективные факторы – социальные дисфункции 65%, дефицитарная симптоматика 75,5%, снижение критики 85%. С параноидным синдромом агрессии: • субъективные факторы: субъективная агрессия составила 14,3% , объективная агрессия 10,2%; психологический дискомфорт 73,3%, асоциальные установки 39,7%; адаптация на криминальном уровне 43,5%. • объективные факторы: социальные дисфункции 45,2%, дефицитарная симптоматика 80,7%, снижение критики 94%. Для выполнения исследования было отобрано 23 пациента, из числа находившихся на принудительном стационарном лечении. В исследуемой группе 56,5% пациентов имели диагноз шизофрения, 4,3% -шизотипическое расстройство, 4,3% -хроническое бредовое расстройство, у 34,9% пациентов диагностированы смешанные и другие расстройства личности. Большинство участников группы (16 человек (69,56%)) совершили насильственные общественно опасные действия. Повторно совершали правонарушения 8 человек (34,7%), впервые -15 человек (65,3%). Психодинамическая группа закрытого типа с духовно-ориентированной направленностью проводилась 2 раза в неделю. Продолжительность каждой сессии не превышала 90 минут, а общее число сессий -15. Группы были гетерогенны по нозологической принадлежности, численностью 11 человек и 12 человек (2 группы). Ведущими были врач-психотерапевт, медицинский психолог, священнослужитель. Обработка данных проводилась в программе SPSS for Windows 15.0. По результатам исследования, у 18 (78,2%) участников групповой психотерапии изначально отмечалось искаженное представление о прохождении принудительного лечения, что данные пациенты считали себя в «тюрьме», где отбывают срок за общественно опасные действия. В процессе дискуссии участникам предлагалось размыслить над кризисными ситуациями, ответив на вопросы: Что хорошо? Как можно использовать то, что есть? Каким ты должен стать? Что нужно предпринять, чтобы ситуация разрешилась? и др. В результате, за счет уменьшения фиксации на негативном опыте и размышлении о смысле жизни, у пациентов происходило изменение направленности локуса контроля в их личностной организации. Исследование показало, что до и после применения метода духовно-ориентированной психотерапии отмечается положительная тенденция в сторону увеличения субшкал – «Я» ($19,78 \pm 1,54$ и $27,11 \pm 1,58$) и «Жизнь» ($22,11 \pm 1,43$ и $29,16 \pm 1,51$) и личностной тревожности ($43,18 \pm 1,53$ и $33,87 \pm 1,13$). В связи с чем у пациентов появилась возможность увидеть сильные стороны своей личности, принять новую модель поведения через выполнение заповедей Божьих и постоянной борьбы с грехами через покаяние.

Выводы:Проведенное исследование показало, что применение метода духовно-ориентированной психотерапии с больными, находящимися на принудительном лечении, помогает уменьшить личностную тревожность, сфокусиро-

ваться на позитивных и жизнеутверждающих установках личности, найти способы реализации планов в процессе социализации, узнать и осознать причины своего поведения в аспекте их решения, а также снизить вероятность повторного совершения общественно опасного действия. Разработанная нами программа может применяться как для здорового контингента, так и для людей, страдающих хроническими психическими расстройствами (без учета нозологии, возраста и пола). Психосоциальная реабилитация, направленная не только на стандартные формы лечения, но и на развитие духовно-нравственной составляющей может послужить профилактикой суицидов и противоправных деяний.

Список литературы:

1. Гаврилова Е.К. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации// Социальная и клиническая психиатрия. -2006. №4. – С.10-14.
2. Гурович И.Я. Общественно-ориентированная психиатрическая служба // Социальная и клиническая психиатрия. -2004. –Т.14. -№1. – С. 81-86.
3. Ротштейн В.Г. Современная система психиатрической помощи: эпидемиологический аспект// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -2001. Т.101, №3. –С.42-47.
4. Юнусов Ф.А. Организация медико-социальной реабилитации за рубежом. – М., 2008. -332с.

УДК 616.89; 615.851.6

Дмитриева Н.Г.

Особенности ольфакторных нарушений у пациентов, страдающих психическими заболеваниями шизофренического спектра

ФГБНУ НЦПЗ «Научный центр психического здоровья»

г.Москва, Россия

e-mail: alennoss@gmail.com

Актуальность. Обоняние (olfactus) - вид чувствительности, направленной на восприятие запахов, которое осуществляется обонятельным анализатором. Эволюционный процесс развития обонятельной функции указывает на ее включение в регуляции эмоций, познавательных процессов и поведения. Обонятельная функция предоставляет людям ценный вклад об окружающей биохимической среде. Обоняние может влиять на различные психологические аспекты жизни субъекта, формируя положительные и отрицательные эмоциональные воспоминания. Это также может повлиять на социальные способности и межличностные отношения человека [5]. Функция обоняния является информативным инструментом для изучения шизофрении благодаря нейроанатомической близости обонятельных структур к лобно-височным областям мозга, вовлеченным в патофизиологию заболевания .В медицинской психиатрической практике наиболее распространены сейчас исследования нарушения обоняния (как качественных,

так и количественных) при шизофрении, с применением ольфакторных тестирований [6]. По мнению Кэмэга В. и др., использование биофизических показателей базовой сенсорной обработки (слуховой, обонятельный и, возможно, зрительной) могут быть более перспективными и надежными в качестве биомаркеров возникающей шизофрении, чем поведенческие показатели [4]. Данные наблюдения могут свидетельствовать о взаимосвязи нарушений обонятельной функции с нарушениями эмоционально-личностной сферы у пациентов с шизофренией, что может являться дополнительным диагностическим критерием. В данной статье представлено исследование функции обоняния и эмоционально-личностной сферы у пациентов шизофренического спектра в сравнении с группой людей, не страдающих психическими расстройствами.

Целью данного исследования является изучить взаимосвязь ольфакторных нарушений (снижении способности распознавания запахов) и актуального эмоционального состояния и поведения у пациентов страдающих заболеваниями шизофренического спектра.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре ФГБНУ Научного центра психического здоровья, г. Москвы (N=20) в возрасте от 18 до 45 лет ($m=25, sd=6,5$) с диагнозом «Шизофрения» (F20); «Шизоаффективное расстройство» (F25), мужского и женского пола. В качестве группы сравнения были включены люди, не страдающие психическими расстройствами и не проходившие лечение в психиатрических клиниках и стационарах (N=20), в возрасте от 18 до 45 лет, мужского и женского пола. Критерием исключения в обеих группах является: наличие черепно-мозговых травм, онкологии, зависимости от ПАВ, хронических и острых респираторных заболеваний, ринитов. В обеих подгруппах учитывалось количество курящих и некурящих испытуемых. Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Данный тест сертифицирован и готов к лицензированию. Набор состоит из 12 запахов для распознавания (апельсин, кожа, корица, мята, банан, лимон, микстура, кофе, гвоздика, ананас, роза, рыба), к каждому запаху прилагается карточка с вариантами ответов. Тест применялся по правилам эксплуатации: в проветренном помещении, за 45 минут до употребления пищи и сигарет. Для определения актуального эмоционального состояния и поведения применялись: опросник по выявлению депрессивного состояния «Beck Depression Inventory», предложенная А.Беком.; для определения степени выраженности ангедонии «Snaith-Hamilton Pleasure Scale - SHAPS»; опросник по выявлению ситуативной и личностной тревожности СТ Бизюка; опросник уровня агрессивности Басса-Перри, адаптированный и валидизированный в 2002-2004 годах С. Н. Ениколоповым, Н. П. Цибульским. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA (data analysis software system), version 10, StatSoft, Inc. (2011).

Результаты исследования и обсуждение. По результатам статистического анализа наблюдается снижение способности распознавания запахов у пациентов

с шизофренией в сравнении с группой нормы ($\chi^2=27,5556$, $p<0,001$), что подтверждается различием итоговой суммы баллов идентифицированных запахов у пациентов с шизофренией ($m=8,5$; $sd=1,05$ против группы нормы $m=11,15$; $sd=0,99$), ($U=18$, $p=0,001$). Полученные данные совпадают с результатами исследований Копала Л. 1989 г и Моберга П. И Турецкого Б. 2013г, где у пациентов с шизофренией выявлено снижение способности идентификации запахов [6].

Для качественного анализа по отдельности рассматривались подгруппы пациентов и «нормы» с корреляциями выбранного запаха и измеряемыми компонентами эмоциональной сферы и поведения: Наиболее значимые показатели были выявлены при распознавании запаха «гвоздики». У пациентов «шизофренического спектра» наиболее низкие показатели идентификации запаха «гвоздики» в сравнении с группой «нормы» ($\chi^2=7,61905$, $p<0,005$);

В таблице 1 представлены результаты ранговой корреляции Спирмена с идентифицированным запахом «гвоздики» и компонентами личностной тревожности у группы пациентов «шизофренического спектра»:

Таб. 1 Результаты ранговой корреляции Спирмена с идентифицированным запахом «гвоздики» и компонентами личностной тревожности у группы пациентов «шизофренического спектра»

Запах и компонент	R	P
Гвоздика и астенический компонент личностной тревожности	-0,570591	0,016761
Гвоздика и реакция социальной защиты личностной тревожности	-0,571305	0,016594
Гвоздика и уровень личностной тревожности	-0,658456	0,004053

Данные показатели указывают на то, что при пониженном уровне личностной тревожности пациенты лучше распознают запах «гвоздики», также наблюдаются пониженные показатели по астеническому компоненту и реакции социальной защиты; Также наблюдается взаимосвязь идентификации запаха «гвоздики» с показателями уровня агрессивности. Чем лучше распознавание запаха «гвоздики» у пациентов шизофренического спектра, тем ниже показатели по гневу, как компонента агрессии ($r=-0,5$, $p=0,03$); Полученные результаты могут быть взаимосвязаны с результатами исследований Демина И.С, где было выявлено, что незнакомые запахи большинством были оценены как нежелательные (негативные). Если меньшее число ароматов воспринимается негативно, то это значительно снижает риск повышения уровня внутренней агрессии у таких людей и, напротив, способствует стабилизации настроения, повышению работоспособности [3]. Схожие показатели были выявлены при распознавании запаха «розы» у пациентов с шизофренией по сравнению с группой «нормы». По количественному показателю выявлено, что пациенты идентифицировали запах «розы» меньше, чем группа «нормы» ($\chi^2=4,23429$, $p<0,03$). В таблице 2 представлены результаты ранговой корреляции Спирмена

с идентифицированным запахом «розы» и уровнями личностной и ситуативной тревожности, уровня депрессии у группы пациентов «шизофренического спектра»:

Таб.2. Результаты ранговой корреляции Спирмена с идентифицированным запахом «розы» и уровнями личностной и ситуативной тревожности, уровня депрессии у группы пациентов «шизофренического спектра»

Запах и компонент	R	P
Роза и общий уровень ситуативной тревожности	-0,511617	0,029985
Роза и общий уровень личностной тревожности	-0,588276	0,012993
Роза и уровень депрессии	-0,412256	0,009110

Результаты анализа указывают на то, что чем выше уровень ситуативной, личностной тревожности и уровень депрессии у пациентов шизофренического спектра, тем хуже они распознают запах «розы»; Полученные результаты также могут быть взаимосвязаны с исследованиями И.С. Демина про влияние «нежелательных» неузнаваемых ароматов на настроение и работоспособность [3]; К тому же в исследованиях Т.Н. Березиной 2003 г. было выявлено, что испытуемые ассоциировали цветочные ароматы (в том числе запах «розы») с эмоцией радостью. Также имеются эмпирические подтверждение того, что цветочные запахи способствуют улучшению настроения и снижают уровень настроженности [1,2];

Выводы:

1. У пациентов с заболеванием шизофренического спектра (F20; F25) выявляется снижение способности к распознаванию запахов по сравнению с людьми, не страдающим психическими расстройствами;

1. Выявляется взаимосвязь ольфакторных нарушений (идентификации запахов) и актуального эмоционального состояния и поведения у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра (F20,F25):

2.1. Наименее идентифицируемые одоранты (запах «гвоздики») у пациентов шизофренического спектра (F20,F25) по сравнению с группой «нормы», взаимосвязаны с повышенными показателями уровней ситуативной/личностной тревожности и агрессии;

2.2. При сниженной способности идентификации одоранта (запах «розы») у пациентов с шизофренического спектра (F20,F25) выявляется взаимосвязь с повышенными уровнями ситуативной/личностной тревожности и депрессии.

Список литературы:

1. Березина Т. Н. «Эмоционально обонятельный язык бессознательных коммуникаций в процессе человеческого общения» // Национальный психологический журнал. 2013. №4 (12). С.20-30.
 2. Березина Т. Н. Возникновение позитивных и негативных базовых эмоций под влиянием базовых запахов // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2011. №3. С.59-69.

3. Демина И.С., Коноплева И.Н. Запахи как фактор, влияющий на скрытую агрессию [Электронный ресурс] // Психология и право. 2012. Том 2. № 3. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n3/54059.shtml> (дата обращения: 15.02.2020)
4. Kamath V., Lasutschinkow P., Ishizuka K., Sawa A. Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis//Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672-680
5. LeDoux Joseph, Rethinking the emotional brain. //J. Neuron, 2002 P. 653-676 <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004>
6. Turetsky BI, Kohler CG, Gur RE, Moberg PJ., Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients.//Schizophr Res. 2008 Jul;102(1-3):220-9

УДК 616.89

Ефремов И.С.¹, Ахметова Э.А.^{1,2,3}

Исследование ассоциации суицидального поведения, депрессивных переживаний, тревоги и нарушений сна у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

¹ ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России,

г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия

² Республиканский наркологический диспансер № 1 МЗ РБ,

г. Уфа, Республика Башкортостан, Россия

³ ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,

г. Санкт-Петербург, Россия

e-mail: efremovilya102@gmail.com

Актуальность. Расстройства, связанные с потреблением алкоголя, до сих пор остаются одной из важных проблем современной наркологии. По данным Всемирной организации здравоохранения, распространенность синдрома зависимости от алкоголя составляет приблизительно 15 % среди мужского населения и является причиной более чем 2,5 миллиона смертей в год [10]. Одним из феноменов, ассоциированных с алкоголизмом, можно назвать нарушения сна, которые встречаются на всех стадиях заболевания у 40-90% пациентов, страдающих алкогольной зависимостью [1,3]. Среди наиболее часто встречающихся проблем со сном, ассоциированных с алкогольной зависимостью, выделяют: нарушение латентности сна (трудности засыпания, пресомния), снижение качества сна и бессонница (инсомния), а также дневную сонливость (гиперсомния) [6]. При этом, расстройства сна могут быть связаны с рядом важных клинических и социальных аспектов. Например, в исследовании взаимосвязи суицидального поведения и потребления алкоголя среди студентов, авторы указывают на важную роль инсомнии в опосредовании взаимосвязи указанных феноменов [8]. Kolla В. P. et al. приводит сведения об отрицательном действии инсомнии на фон настроения и комплаентность пациента [5]. Однако, не смотря на наличия немалого количества публикаций по указанной теме, остается актуальным изучение феноменов,

ассоциированных с расстройством сна, у лиц, страдающих алкогольной зависимостью, в частности аффективных нарушений и суицидального риска.

Цель. Изучить ассоциации суицидального поведения, депрессивных переживаний, тревоги и нарушений сна у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Материалы и методы. При формировании выборки использовались следующие критерии включения: наличие верифицированного диагноза F10.2 «Синдром зависимости от алкоголя»; период наблюдения в наркологической службе более года; подписанное добровольное информированное согласие; возраст от 18 до 55 лет. Критериями невключения стали: наличие на момент обследования синдрома отмены алкоголя; наличие у пациента зависимости от другого психоактивного вещества, кроме алкоголя и никотина; 3. невозможность проведения интервьюирования по другим причинам; наличие коморбидной психической патологии: шизофрения, шизотипические состояния, бредовые расстройства (F20-F29), аффективные расстройства (F30-F39), деменция (F00-F03), умственная отсталость (F70-F79); наличие тяжелой соматической патологией сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы. Критериями исключения из исследования стали: отказ от участия в исследовании, выявление в процессе клиническое интервьюирование критериев невключения.

Были использованы следующие методы: метод клинического интервьюирования, психодиагностический метод, метод обработки статистических данных. В исследование были включены 170 пациентов (135 мужчин и 35 женщин), средний возраст составил $41,76 \pm 7,94$ (Медиана = 41). Все испытуемые проходили курс стационарной терапии в Республиканском наркологическом диспансере №1 города Уфы в феврале – декабре 2019 года. Были использованы следующие психодиагностические методики. Для исследования суицидального поведения применялась Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений (Posner K., et al., 2007), которая позволяет выявить наличие суицидальных мыслей, а также их интенсивность [9]. Для оценки выраженности депрессивных проявлений была использована Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберг (MADRS, Montgomery S.A., Asberg M., 1979)[7]. Для оценки выраженности тревоги у испытуемых была использована Шкала тревоги Гамильтона (1959) [4]. Для исследования у респондентов нарушений сна был применен индекс тяжести инсомнии (ISI) (Morin C. Et al., 2001), который позволяет оценить наличие и тяжесть бессонницы, а также трудности засыпания, поверхностности сна и проблемы раннего пробуждения [2].

Для статистической обработки данных были использованы компьютерные программы: Microsoft Excel 2010, STATISTICA 10. Для проверки нормальности был использован критерий Шапиро-Уилка. При частотном анализе использовался критерий χ^2 Пирсона. Для сравнения двух независимых групп был использован U-критерий Манн – Уитни, более чем двух независимых групп – критерий Краскела-Уоллиса. При поиске ассоциаций использовался метод ранговой корреляции по Спирмену. Выбор непараметрических методов обусловлен от-

личным от нормального распределением части количественных переменных в выборке.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от наличия или отсутствия нарушений сна, было выделено две группы пациентов. Критерием для отбора в группу с нарушениями сна (исследуемую) стало наличия инсомнии по результатам индекса тяжести инсомнии ($8 <$ баллов). В исследуемую группу были включены 104 пациента, группой контроля стали 66 испытуемых без нарушений сна ($8 >$ баллов по индексу тяжести инсомнии). Группы были сопоставимы по половому и возрастному составу.

При проведении частотного анализа с применением критерия χ^2 Пирсона, были выделены группы, в которых оценивалась частота встречаемости нарушений сна ($8 <$ баллов по индексу тяжести инсомнии). Группы: пациенты с наличием депрессивных проявлений (MADRS 15 баллов $<$) – 75 человек (44%); пациенты с наличием суицидального риска, выявленного с применением Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений – 46 испытуемых (27%) (независимо от степени интенсивности суицидальных намерений); пациенты с наличием тревоги по результатам шкалы Гамильтона (14 $<$ баллов) – 49 человек (28%). Установлено, что в исследуемой группе (с нарушениями сна) чаще встречаются депрессивные симптомы ($\chi^2 = 10,284 p = 0,001$), тревога ($\chi^2 = 30,996 p = 0,000$), наличие суицидального риска ($\chi^2 = 7,750 p = 0,005$). Можно сделать предварительное заключение, что нарушения сна взаимосвязаны с депрессивными симптомами, тревожностью, а также наличием суицидального риска.

Для поиска ассоциаций был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Проводился поиск корреляционных связей между индексом тяжести инсомнии, и выраженностью отдельных нарушений сна (трудности засыпания, поверхностность сна, и выраженностью депрессивных проявлений, выраженностью тревоги и интенсивностью суицидальных идей. Результаты представлены в таблице 1 (R – коэффициент ранговой корреляции Спирмена, p – уровень значимости).

Таблица 1. Корреляционные связи между нарушениями сна и выраженностью депрессивных проявлений, выраженностью тревоги, интенсивностью суицидальных идей

	Индекс тяжести инсомнии	Проблема с засыпанием	Проблема прерывистого сна	Проблема слишком раннем пробуждения
Депрессивные проявления	R=0,375 p=0,000*	R=0,3 p=0,00006*	R=0,185 p=0,015*	R=0,1 p=0,18
Тревога	R=0,521 p=0,000*	R=0,394 p=0,000*	R=0,363 p=0,000*	R=0,22 p=0,0036*
Интенсивность суицидальных идей	R=0,2 p=0,0066*	R=0,2 p=0,0067*	R=0,17 p=0,0228*	R=0,521 p=0,33

*- $p > 0,05$

Анализируя результаты, представленные в таблице 1, можно сделать вывод, что тяжесть нарушений сна ассоциируется с выраженностью депрессивных проявлений, тревожности, а также интенсивности суицидальных идей. При этом наиболее сильные взаимосвязи обнаружены между индексом тяжести инсомнии и тревогой, депрессивными проявлениями, а также между тяжестью проблем с засыпанием и выраженностью тревоги.

При сравнении групп пациентов в зависимости от наличия или отсутствия нарушений сна с применением U-критерия Манна-Уитни были получены статистически значимые результаты. Испытуемые с нарушениями сна имели более высокие показатели тревоги ($Z=-6,2$ $p=0,000$), депрессивных проявлений, тревоги ($Z=-4,45$ $p=0,000007$) и интенсивности суицидальных идей тревоги ($Z=-2,14$ $p=0,032$), чем пациенты контрольной группы.

С целью выявить роль выраженности депрессивных симптомов, тревожности и интенсивности суицидальных идей в тяжести нарушений сна была построена регрессионная модель, где зависимой переменной стал индекс тяжести инсомнии, а предикторами другие указанные феномены. Полученная модель объясняет 32% дисперсии. Статистически значимый вклад в выраженность расстройств сна вносят выраженность тревоги ($b^*=0,44$), выраженность депрессивных проявлений ($b^*=0,22$). Можно предположить, что интенсивность суицидальных идей взаимосвязана с тяжестью нарушений сна более сложной связью, чем корреляционная.

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного исследования можно сделать предварительные выводы. Нарушения сна ассоциированы с выраженностью депрессивных симптомов, тревогой, суицидальным поведением у лиц, страдающих алкогольной зависимостью. Были выявлены прямые корреляционные связи между указанными феноменами, однако, можно предположить наличие более сложных взаимосвязей, что частично подтверждается построенной регрессионной моделью. Результаты носят характер предварительных, тема требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Angarita G. A. et al. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review // *Addiction science & clinical practice*. – 2016. – Т. 11. – №. 1. – С. 9.
2. Bastien C. H., Vallières A., Morin C. M. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research // *Sleep medicine*. – 2001. – Т. 2. – №. 4. – С. 297-307.
3. Chaudhary N.S., Kampman KM, Kranzler HR, Grandner MA, Debbarma S, Chakravorty S. Insomnia in alcohol dependent subjects is associated with greater psychosocial problem severity. *AddictBehav*. 2015;50:165–72.
4. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 32:50-55, 1959
5. Kolla B. P., Bostwick J. M. Insomnia: The Neglected Component of Alcohol Recovery // *J Addict Res Ther*. – 2011. – Т. 2. – С. 2.

6. Martindale S. L., Hurley R. A., Taber K. H. Chronic alcohol use and sleep homeostasis: Risk factors and neuroimaging of recovery // The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences. – 2017. – Т. 29. – №. 1. – С. А6-5.

7. Montgomery S. A., Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // The British journal of psychiatry. – 1979. – Т. 134. – №. 4. – P. 382-389. DOI: 10.1192/bjp.134.4.382

8. Nadorff M.R., Salem T., Winer E.S., Lamis D.A., Nazem S., Berman M.E. Explaining alcohol use and suicide risk: a moderated mediation model involving insomnia symptoms and gender. J Clin Sleep Med 2014;10(12):1317-1323

9. Posner K. et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants // American Journal of Psychiatry. – 2007. – Т. 164. – №. 7. – P. 1035-1043. DOI: 10.1176/ajp.2007.164.7.1035

10. World Health Organization (2018). Global status report on alcohol and health 2018 ISBN 978-92-4-156563-9 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>)

УДК 616.89-02-07

Исаков А. А.

Анализ когнитивных изменений при шизофрении и шизоаффективном психозе

*Ташкентский институт усовершенствования врачей
г.Ташкент. Узбекистан
e-mail: isakov_abdumannon@mail.ru*

Актуальность: Уже давно обсуждается вопрос о том, являются ли шизофрения и шизоаффективное расстройство одним расстройством или это два различных состояния [1;2]. Результаты исследований, выполненных в последние десятилетия, демонстрируют промежуточное положение шизоаффективного расстройства между шизофренией и аффективными расстройствами [3]. Тем не менее, многие исследователи разделяют точку зрения, что по уровню и общему спектру когнитивных расстройств пациенты с шизоаффективным расстройством ближе к больным с шизофренией, чем к больным с аффективной патологией [4]. Эти синдромы разделяют психотические симптомы, но шизоаффективное расстройство предполагает одновременное расстройство настроения и не требует доказательств снижения роли функционирования. У пациентов с шизоаффективным расстройством картина когнитивных нарушений аналогична полученным результатам у пациентов с шизофренией, но отличается от пациентов с большой депрессией и биполярным расстройством [5; 6; 7]. Тем не менее, остается открытым вопрос обоснованности наличия шизоаффективного расстройства как особой формы психотического заболевания [8; 9].

Цель исследования: изучить когнитивные нарушения у больных страдающих шизофренией и шизоаффективными психозами.

Материалы и методы: Исследование было проведено в Городском психоневрологическом диспансере №1 города Ташкента (г.Ташкент, Республика Узбекистан). Данное исследование было проведено в рамках комплексного исследования по оценке нейрофизиологических и нейропсихологических особенностей у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в период ремиссии. Критериями исключения явились признаки органического заболевания головного мозга, выраженные эндокринологические заболевания и злоупотребление психоактивными веществами.

В исследование были включены 73 пациента мужского и женского пола, с диагнозом шизофрения ($n = 44$) и с диагнозом шизоаффективное расстройство ($n = 29$) согласно критериям МКБ10. Возраст больных составил от 18 до 65 лет. Критерием становления ремиссии служило снижение общего балла по шкале PANSS на 30%. Когнитивная функция была оценена среди всех участников с использованием матрицы Консенсусной когнитивной батареи MATRICS (MCCB) [10]. Данная когнитивная батарея включает в себя такие показатели как рабочая память, внимание, словесное обучение, скорость обработки и рассуждения проблемы, визуальное обучение и социальное познание и в целом дает данные об индексе общей эффективности.

Статистическая обработка производилась с использованием непараметрических методов анализа (критерий Манна-Уитни, Вилкоксона). Обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Statistica for Windows version 7.0, Microsoft Office Excel 2007.

Результаты и их обсуждение: Две группы пациентов существенно не различались по соотношению антипсихотических препаратов первого и второго поколений, бензодиазепинов или стабилизаторов настроения. Группы пациентов также существенно не различались по тяжести и продолжительности заболевания. Так же не было различий в выраженности позитивной или негативной симптоматики. Тем не менее, у пациентов с шизоаффективным расстройством отмечались более тяжелые депрессивные расстройства по сравнению с пациентами с шизофренией.

Результаты выявили более низкие оценки у пациентов с шизофренией по сравнению с пациентами с шизоаффективным эффектом при выполнении одной задачи: управление эмоциями- ($t(71) = 2,60, P < 0,05$). Пациенты с шизофренией набрали значительно ниже баллов, чем группа больных с шизоаффективными расстройствами по композиту- скорость обработки решений ($t(104) = -4,23, P < 0,01$), внимание / бдительность ($t(104) = -2,92, P < 0,05$), Устное обучение ($t(104) = -4,30, P < 0,01$), рассуждение / решение проблем ($t(104) = -4,89, P < 0,01$), чтение ($t(104) = -2,91, P < 0,05$). Результаты классификации показали, что эти меры достигли общей точности 57,0%. Когнитивные / социальные когнитивные переменные правильно классифицировали 50,0% пациентов с шизофренией. Точность для группы с шизоаффективным расстройством составила 55,3%.

Результаты исследования показали, что пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством в значительной степени неразличимы с точки зре-

ния общей когнитивной деятельности и конкретной меры социального познания. Единственным исключением было обнаружение более качественной регуляции эмоций у пациентов с шизоаффективным расстройством по сравнению с пациентами с шизофренией.

Имели место и дополнительные ограничения к текущему исследованию. Размеры выборки пациентов были относительно небольшими и могли снижать способность выявлять групповые различия ввиду ограничения статистической мощности. Кроме того, подобный размер выборки явился еще одной причиной для использования эффективной когнитивной батареи, чувствительной к психотическим заболеваниям. Включение пациентов только из амбулаторного звена ограничивает возможность экстраполяции полученных нами результатов на другие параметры (например, стационарные) или запя заболевания (например, продромальный, ранний постприступный).

Наше исследование не включало ранжирование на депрессивный и биполярный типы у пациентов из группы с диагнозом шизоаффективное расстройство. Повышенные показатели депрессии и относительная редкость применения стабилизаторов настроения у пациентов этой группы подразумевают преобладание депрессивного типа. Кроме того, пациенты с биполярным расстройством не были включены: таким образом, данные о том, сохраняется ли одинаковая картина когнитивного и социально- когнитивного и неврологического дефицита во всем континууме шизофрения-биполярное расстройство отсутствуют.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о значительной схожести в рамках демографического, симптоматического, когнитивного и социального функционирования между пациентами с шизоаффективным расстройством и шизофренией. Эти результаты не подрывают клиническую значимость расстройства настроения в спектре шизофрении, но поддерживают дальнейший критический анализ научной ценности традиционных диагностических различий и возможного объединения синдромов психоза.

Список литературы:

1. Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J., Lessa Telles, L., Lessa, J.L.M., Dias, A., Duncan, T., Versiani, M., 2008. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *J. Affect. Disord.* 106, 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.009>
2. Malhi et al., 2008. Malhi G.S., Green M., Fagiolini A., Peselow E.D., and Kumari V.: Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disord.* 2008; 10: pp. 215-230.
3. Gooding D.C., Tallent K.A. Spatial working memory performance in patients with schizoaffective psychosis versus schizophrenia: a tale of two disorders? // *Schizophr. Res.* 2002. Vol. 53. P. 209–218.
4. Evans J.D., Heaton R.K., Paulsen J.S. Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? // *J. Clin. Psychiatry.* 1999. Vol. 60. P. 874–882.
5. Abrams et al., 2008. Abrams D.J., Rojas D.C., and Arciniegas D.B.: Is

schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2008; 4: pp. 1089-1109.

6. Buchanan et al., 2005. Buchanan R.W., Davis M., Goff D., Green M.F., Keefe R.S.E., Leon A.C., Nuechterlein K.H., Laughren T., Levin R., Stover E., Fenton W., and Marder S.R.: A summary of the FDA-NIMH-MATRICES workshop on clinical trial design for neurocognitive drugs for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2005; 31: pp. 5-19.

7. Madre et al., 2016. Madre M., Canales-Rodríguez E.J., Ortiz-Gil J., Murru A., Torrent C., Bramon E., Perez V., Orth M., Brambilla P., Vieta E., and Amann B.L.: Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2016; 134: pp. 16-30.

8. Kempf et al., 2005. Kempf L., Hussain N., and Potash J.B.: Mood disorder with psychotic features, schizoaffective disorder, and schizophrenia with mood features: trouble at the borders. *Int. Rev. Psychiatry* 2005; 17: pp. 9-19.

9. Lake and Hurwitz, 2007. Lake C.R., and Hurwitz N.: Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - there is no schizoaffective disorder. *Curr. Opin. Psychiatry* 2007; 20: pp. 365-379.

10. Nuechterlein et al., 2008. Nuechterlein K.H., Green M.F., Kern R.S., Baade L.E., Barch D.M., Cohen J.D., Essock S., Fenton W.S., Frese F.J., Gold J.M., Goldberg T., Heaton R.K., Keefe R.S.E., Kraemer H., Mesholam-Gately R., Seidman L.J., Stover E., Weinberger D.R., Young A.S., Zalcman S.R., and Marder S.R.: The MATRICES consensus cognitive battery, part 1: test selection, reliability, and validity. *Am. J. Psychiatry* 2008; 165: pp. 203-213.

УДК 159.9, 159.97

Кудряшова В.Ю.

Саморегуляция поведения как аспект адаптационно-компенсаторных психологических механизмов у больных шизофренией

*ФГБУ МНИЦПН имени В.М. Бехтерева,
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: vera_orehovaya@mail.ru*

Актуальность. Изучение Адаптационно-компенсаторных психологических механизмов (АКМ), саморегуляции поведения и их взаимосвязей у больных шизофренией значимо в медицинской психологии, т.к. углубляет знания о приспособлении личности к ситуации хронического заболевания [3], сопряжено с волевыми компонентами [7], нарушения которых патогномичны для данной группы пациентов [5]. Саморегуляцию поведения можно рассматривать как сознательный творческий механизм управления мотивационно-потребностной сферой, поведением, постановкой и достижением целей, организацией активности [7]. Процесс саморегуляции требует включения, как минимум, четырех психологических компонентов:

1) осознания и соотношения поведения с социальными нормами, что предопределяется оценкой его соответствия внутренним ценностям и групповым стан-

дартам. У больных шизофренией обнаруживаются трудности самоанализа, что может приводить к неспособности дифференцировать внешние стимулы от внутренних [10]

2)распознавания реакции других на свое поведение, возможности ее прогнозировать [9]

3)стратегия обнаружения включения в значимую группу или ситуацию [8] и способность опознать угрозу этому. Люди, озабоченные оценкой окружающих, больше соответствуют социальным нормам, их коммуникативные навыки лучше развиты [6]

4)механизм, регулирующий обнаружение несоответствия между собственными ожиданиями и реальностью, и формирующий поведение для разрешения этого противоречия [10]

Саморегуляция включает в себя критический баланс стремления удовлетворить актуальную потребность и способности контролировать возникающие импульсы, а неудачи саморегуляции приводят к социальным трудностям. Те, кто более способен регулировать свое поведение, демонстрируют лучшее психическое здоровье [10].

На сегодняшний день взаимосвязи и взаимовлияния различных личностных конструктов, обеспечивающих АКМ индивида изучены недостаточно, что обедняет видение целостной картины их нарушений у больных шизофренией.

Цель работы. Исследование саморегуляции поведения как аспекта АКМ и ее взаимосвязей с рядом психологических характеристик у больных шизофренией в сравнении с лицами без психических расстройств.

Материалы и методы исследования. Две группы: I - больные параноидной шизофренией, (F20.0 МКБ-10), 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), средний возраст $29,5 \pm 1,25$ лет, средняя длительность заболевания: $7,73 \pm 1,04$ лет, среднее количество обострений: $3,63 \pm 0,82$, среднее число госпитализаций: $3,03 \pm 0,29$. Все больные из получали антипсихотическую терапию. II - условно здоровые испытуемые, 30 человек (13 мужчин и 17 женщин), средний возраст $29,9 \pm 0,99$ лет.

Использовались экспериментально-психологические методики: опросники «Стиль саморегуляции поведения» [10] и «Уровень субъективного контроля» (УСК) [4], тест смысложизненных ориентаций [1].

Обработка данных проводилась в SPSS 17.0. Проверка показала, что распределение изучаемых признаков не является нормальным, поэтому использовались критерии: для сравнения средних – U Манна-Уитни, T Стьюдента; для изучения корреляций – критерий R Спирмена.

Результаты, обсуждение и выводы:

Таблица 1. Показатели значений опросника «Стиль саморегуляции поведения» в обследованных группах

Шкала	Средний ранг в группе 1, (N=30)	Средний ранг в группе 2, (N=30)	Уровень значимости различий, p
Моделирование	24,68	36,32	$p \leq 0,05$
Оценивание результатов	22,95	38,05	$p \leq 0,001$
Гибкость	24,50	36,05	$p \leq 0,05$
Общий уровень саморегуляции поведения	23,17	37,83	$p \leq 0,001$

Таблица 2. Показатели опросника «Уровень субъективного контроля» в обследованных группах

Шкала	Средний ранг в группе 1, (N=30)	Средний ранг в группе 2, (N=30)	Уровень значимости различий, p
Общий уровень интернальности	25,22	35,78	$p \leq 0,017$

Таблица 3. Показатели теста смысловых ориентаций в обследованных группах

Шкала	Среднее группа 1, (M±O) (N=30)	Среднее группа 2, (M±O) (N=30)	Уровень значимости различий, p
Цели	24,97±7,82	34,30±4,22	$p \leq 0,001$
Процесс	21,99±1,52	30,53±0,91	$p < 0,001$
Результат	20,87±5,99	26,50±4,11	$p \leq 0,001$
Локус-контроля Я	16,07±4,03	22,50±2,49	$p \leq 0,001$
Локус-контроля Жизнь	23,73±0,96	31,63±0,81	$p < 0,001$
Общий показатель (ОЖ)	80,27±19,46	106,83±11,29	$p \leq 0,001$

Для больных шизофренией характерны нарушения адекватности оценки внутренних условий и внешних обстоятельств, приводящее к неустойчивости отношения к ситуации, ослаблению способностей к мысленному моделированию своего поведения и реакции окружающих на него, обдумыванию и предвидению последовательности своих действий, гибкому приспособлению к ситуации и возможной излишней импульсивности. Т.о. происходит снижение общего уровня саморегуляции поведения.

Смысловые ориентации – важная особенность в повышении социального функционирования. У больных шизофренией, в сравнении с контрольной группой, слабо выражены цели на будущее, придают жизни осмысленность, направленность, временную перспективу. Им характерны фатализм, низкая удовлетворенность жизнью, убеждение, что она неподвластна сознательному кон-

тролю, а свобода выбора – иллюзия. Это способно приводить к снижению АКМ. По сравнению со здоровыми, пациенты с шизофренией выявляют низкий уровень интернальности, т.е. склонны переносить ответственность за происходящее и свою жизнь на независящие от них внешние факторы и других людей, что также предопределяет их нарушения адаптации.

Т.о., в нашем исследовании впервые проведено сравнение особенностей саморегуляции поведения у больных шизофренией и здоровых испытуемых в совокупности с другими психологическими характеристиками. Обнаружено, что страдающие шизофренией, выявляют нарушения АКМ, в частности, отражающиеся в снижении уровня саморегуляции поведения, при этом они не тотальны, а проявляются в трудностях овладения новыми формами активности, в сложностях приспособления к незнакомой обстановке, нестабильности и ослаблении прогнозируемости успехов, а их поведение во многом зависит от эмоциональной составляющей.

При исследовании корреляций обнаружены особенности, представленные в таблицах 4, 5, 6, 7.

Таблица 4. Взаимосвязи стилей саморегуляции поведения и УСК, группа 1

УСК Шкала саморегуляции	Общая интер- нальность	Интернальность в области дости- жений	Интернальность в области неудач	Интернальность вмежличностных отношениях
Планирование	0,460*	0,397*		
Моделирование	0,428*		0,374*	
Оценивание результатов				0,374*
* $p \leq 0,05$				

Таблица 5. Взаимосвязи стилей саморегуляции поведения и УСК, группа 2

УСК Шкала саморегуляции	Общая интер- нальность	Интернальность в семейных от- ношениях	Интернальность в производ- ственных отно- шениях	Интернальность в области здоро- вья
Планирование			0,453*	
Оценивание ре- зультатов	0,473*	0,492**		0,364*
Общий уровень саморегуляции поведения	0,425*	0,383*	0,415*	
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$				

Таблица 6. Взаимосвязи саморегуляции поведения и смысложизненных ориентаций, группа 1

Шкалы	Цели в жизни	Процесс, или интерес и эмоциональная насыщенность жизни	Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией	Локус-контроля «Жизнь» (Управляемость жизни)	Общий показатель осмысленности жизни
Планирование				0,430*	0,393*
Моделирование	0,422*	0,387*	0,494**	0,447*	0,531**
Гибкость			0,397*		
Общий уровень саморегуляции поведения		0,405*	0,506**	0,550**	0,498**
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$					

Таблица 7. Взаимосвязи саморегуляции поведения и смысложизненных ориентаций, группа 2

Шкалы	Результативность жизни, или удовлетворенность самореализацией
Общий уровень саморегуляции поведения	0,399*
* $p \leq 0,05$	

Обнаружено, что чем ниже возможность управления эмоциями, тем более ответственность за свой неуспех переносится на других людей или внешние обстоятельства. При этом чем лучше больной способен планировать свою деятельность, тем больше он принимает ее положительный результат. Чем выше у больных развито рациональное принятие ответственности за происходящие и понимание своей роли в текущих событиях, тем больше они способны к планированию и минимизации влияния эмоций, сохраняя устойчивый способ достижения цели. Кроме того, контакт с внутренними и внешними аспектами действительности тем лучше, чем выше развиты планирование, контроль над эмоциональной сферой и осознанием достигнутых результатов.

Представляется важным, что статистически достоверных взаимосвязей общего уровня саморегуляции поведения и интернальности, как общей, так и в различных сферах жизни, у больных параноидной шизофренией не выявлено. Это, вероятно, связано с тем, что в силу аутизации и особенностей нарушений социальных когнитивных, свойственных процессуальным расстройствам, больные считают, что мало влияют на происходящее, но действия по удовлетворению актуальной потребности у них хорошо контролируются и целенаправлены.

Важность жизненных целей, способность получать удовольствие от жизни и самореализации, общая осмысленность жизни и убежденность в том, что она в большей мере управляется внешними обстоятельствами, проявляются тем силь-

нее, чем выше способность совладать с эмоциями в выдвижении целей и на пути к удовлетворению потребности. Любопытно, что при осознанности и адекватности представлений о внешних и внутренних значимых условиях, отмечается склонность считать, что внешние факторы имеют большее влияние на происходящее, чем собственный вклад. Видимо, в этом находит отражение свойственная больным амбивалентность восприятия себя и окружающего мира.

Статистически достоверных корреляций общего уровня и стилей саморегуляции поведения у пациентов с параноидной шизофренией больше, чем у условно здоровых испытуемых. Вероятно, это объясняется определенной парциальностью успешности в той или иной области жизни – например, при сохранных профессиональных навыках может существенно страдать коммуникативный аспект, и т.п.

Резюмируя, важно отметить, что нарушения саморегуляции поведения индивида во многом фундированные нарушениями в сфере интернальности и осмысленности жизни, свойственных больным параноидной шизофренией, что расширяет представления о мишенях психосоциальных воздействий, направленных на повышение их адаптационно-компенсаторных возможностей и, как следствие, улучшения их социального функционирования.

Список литературы:

1. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентации (СЖО). 2-е изд. — М.: Смысл, 2000. — 18 с.
2. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека. — М.: Наука, 1998. — 191 с.
3. Петрова Н.Н., Вишневецкая О.А. Характеристика суицидального поведения больных с депрессией в ремиссии шизофрении. — Тюменский медицинский журнал. — Т.15, №3. — 2015. — С. 12-13.
4. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности. Учеб. пособие СПб.: Издательство СПб университета; 2001.
5. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии. — Минск: Интерпрессервис. — 2002. — 496 с.
6. Ditman T., Kuperberg G.R. A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*. — Vol. 13(5). — P. 280-299. — Sep-Oct 2005.
7. Heatherton T.F., Wagner D.D. Cognitive neuroscience of self-regulation failure. *Trends in Cognitive Sciences*. — Vol. 15(3). — P.132-139. — Mar 2011.
8. Hofmann W., Baumeister R.F., Förster G., Vohs K.D. Everyday temptations: an experience sampling study of desire, conflict, and self-control. *Journal of Personality and Social Psychology*. — Vol. 102(6). — P.1318-1335. — Jun 2012.
9. Macdonald G., Leary M.R. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*. — Vol. 131(2). — P. 202-223. — Mar 2005.
10. Moran J.M., Macrae C.N., Heatherton T.F., Wyland C.L., Kelley W.M. Neuroanatomical evidence for distinct cognitive and affective components of self. *Cognitive Neuroscience*. — Vol. 18(9). — P.1586-1594. — Sep 2006.

УДК 616.895.8

Мельниченко В.В.

Особенности саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» Донецк, ДНР
e-mail: original7771@mail.ru*

Актуальность. Последние десятилетия в клинической медицине нередко наблюдается сознательное «сужение» психиатрами всего разнообразия болезненного психического опыта пациента в рамки отдельной психопатологической симптоматики. Это, в свою очередь, привело к игнорированию факта существования субъективных переживаний, связанных с психическим расстройством, они на текущий момент считаются несущественными в этиопатогенезе и лечении. Отметим жесткую унификацию мышления психиатров под влиянием применения методов диагностического поиска, рейтинговых шкал и стандартизованных опросников, которые несомненно обеспечивают ясность и быстроту квалификации диагностической информации, но приводят к потере конкретных переживаний, к «сверхупрошенным» обезличенным представлениям о пациенте.

Следуя данному тезису, дальнейшее познание и движение психиатрии возможно в свете неклассического подхода, при котором психику рассматривают как совокупность уникальных и неповторимых переживаний субъекта, не доступных внешнему наблюдению и клиническому анализу, переживаний своего Я, своей идентичности – в данный момент – актуальное психическое состояние. А психическое расстройство идентифицируется в качестве болезненного переживания – переживания невозможности исполнить свою экзистенцию, реализовать свое Я (идентичность), потенциал своей личности, переживания смыслоутраты, стигмы, потери идентичности, отчуждения, утраты способности к самореализации, решения проблем и т.д.

Исходя из этого, в комплекс психодиагностических методов по изучению пациента с психическим расстройством должны быть включены:

1) методы исследования индивидуально-психологического уровня психики – методы классической психодиагностики, исходящей из представлений об индивидуальности человека (пациента) как биологического организма и объекта изучения, подобного объектам других естественных наук;

2) методы исследования ценностно-смыслового уровня психики – методы неклассической (личностно-ориентированной) психодиагностики, исходящей из представлений о человеке (пациенте) как о саморегулируемой системе, субъекте своего внутреннего мира, индивидуальных переживаний и психического опыта, подобного объектам гуманитарных наук.

Мишенями неклассической психодиагностики являются структуры личностного потенциала как прижизненно складывающиеся позитивные свойства личности, являющиеся носителями высших произвольных регуляций ценностно-смыслового уровня психики [1]. Личностные ресурсы (потенциал) могут быть

представлены как система способностей человека к устранению противоречий личности с жизненной средой, преодоления неблагоприятных жизненных обстоятельств посредством трансформации ценностно-смыслового измерения личности, задающего ее направленность и создающего основу для самореализации. Иначе, личностные ресурсы выступают как системная, интегральная характеристика личности, позволяющая преодолевать трудные жизненные ситуации.

Анализ научной литературы по исследуемой проблеме показал, что саморегуляция представляет собой процесс сознательного воздействия человека на собственную сферу психических явлений с целью осуществления деятельности, которой личность овладевает и направляет для решения поставленных задач [2]. Методы исследования ресурсов саморегуляции – используются для диагностики устойчивых индивидуальных характеристик саморегуляции (базовой составляющей личностного потенциала), относящихся к трем группам мишеней неклассической психодиагностики: атрибутивным схемам – ориентировочной основе целенаправленной деятельности, стратегиям – устойчивой направленности, способам поведения и возможности выбора, межуровневым регуляторам – механизмам вариативных связей между разноуровневыми элементами личности как структурами индивидуальности, рефлексивности. Эти переменные относятся к онтологическим аспектам внутреннего мира человека и его экзистенциальным переживаниям.

Дезорганизация личности является субъективным специфичным личностным конструктом, сформированным в процессе жизни пациента с психическим расстройством и отображает общую дисфункциональность индивида. Дезорганизация приводит к реструктуризации свойств, особенностей и ресурсных возможностей личности в процессе существования субъекта в актуальной психопатологической реальности. По отношению к пациенту дезорганизация личности выступает специфическим образованием, онтологическим основанием которого является нарушение целостности, идентичности и экзистенциальной исполненности человека [3].

Цель исследования. На основании разработанного психодиагностического метода эмпирического исследования мы попытались определить особенности саморегуляции и ее нарушения у больных с различным уровнем дезорганизации личности.

Материалы и методы. С целью исследования особенностей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности было обследовано 70 респондентов в возрасте от 18 до 58 лет, с установленными диагнозами: «параноидная шизофрения» (38 чел. – 54,0%), «смешанное тревожно-депрессивное расстройство» (24 чел. – 34,0%), «генерализованное тревожное расстройство» (8 чел. – 12,0%), проходивших лечение в Республиканской клинической психиатрической больнице МЗ ДНР, г. Донецка в 2019 году. Среди обследованного контингента распределение по полу: мужчины (40 чел. – 57,0%) в сравнении с женщинами (30 чел. – 43,0%). В зависимости от уровня дезорганизации личности, исследуемые были разделены на 3 группы с помощью структурного интервью по О. Кернбергу:

- группа 1 – респонденты с невротическим уровнем дезорганизации личности – 23 чел. (32,0 %);
- группа 2 – респонденты с пограничным уровнем дезорганизации личности – 13 чел. (19,0 %);
- группа 3 – респонденты с психотическим уровнем дезорганизации личности – 34 чел. (49,0 %).

Для оценки различных аспектов индивидуальной саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения СПП - 98» В.И. Моросановой. Опросник ССП-98 состоит из 46 утверждений, каждое из которых имеет 4 степени согласия с ним респондента, и включает шесть шкал, выделяемые в соответствии с основными регуляторными процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и регуляторно - личностными свойствами (гибкости и самостоятельности).

Полученные данные исследования обработаны с помощью пакета компьютерных статистических программ STATISTICA. При проведении сравнения использовался метод ANOVA (в случае нормального закона распределения) либо непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса (в случае отличия распределения от нормального).

Результаты и обсуждение. В результате исследования были выявлены статистически значимые различия диагностических показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности, которые представлены в таблице 1. Особое внимание стоит уделить низким показателям общего уровня саморегуляции во всех группах, что свидетельствует о наличии тотальной проблемы с организацией жизнедеятельности и внутреннего пространства пациента вследствие неразрывного сплетения внешних событий жизни с психопатологическими проявлениями психических расстройств.

Таблица 1. Статистические различия показателей саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, $(\bar{X}) \pm m$			Уровень значимости различия между группами, p
	Группа 1 (n = 20 чел.)	Группа 2 (n = 9 чел.)	Группа 3 (n = 31 чел.)	
Планирование	5,1 ± 1,6*	4,2 ± 1,4	5,2 ± 1,2*	0,03*
Моделирование	6,3 ± 2,0*	6,4 ± 1,3	5,7 ± 1,3*	0,05*
Программирование	7,3 ± 1,5	6,6 ± 1,5	6,4 ± 1,6	0,47
Оценивание результатов	4,7 ± 1,6	3,7 ± 1,2	3,5 ± 1,2	0,07
Гибкость	2,8 ± 1,1*	3,8 ± 1,4	2,7 ± 1,2*	0,032*
Самостоятельность	3,2 ± 1,2	5,5 ± 0,9	4,4 ± 2,1	0,314
Общий уровень саморегуляции	24,5 ± 4,4*	30,6 ± 5,7*	20,4 ± 5,3*	0,05*

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,05$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).

В ходе сравнительного анализа показателей саморегуляции в выделенных группах были выявлены следующие достоверные различия по шкалам: «Планирование», «Моделирование», «Гибкость», «Общий уровень саморегуляции» на уровне $p < 0,05$. У респондентов с невротической дезорганизацией личности средний балл по шкале «Гибкость» составил $2,8 \pm 1,1$, в группе обследованных с психотическими личностными нарушениями – $2,7 \pm 1,2$, что соответствует заниженному уровню гибкости: в динамичной, быстро меняющейся обстановке такие люди чувствуют себя неуверенно, переоценивают значимость частных случаев, с трудом привыкают к переменам в жизни, смене обстановки и образа жизни. В результате пациенты более зависимы от оценки окружающих людей, не развивают внутренние критерии успешности, а значит, не контролируют ход выполнения собственной деятельности, не видят собственных ошибок. Типичный профиль пациентов невротической и психотической личностной дезорганизации характеризуется относительной сформированностью регуляторных процессов программирования, низкой развитостью процессов планирования и оценки результатов. Интерес вызывает анализ параметра «Самостоятельность», который не только имеет достаточный уровень, но и несколько завышен. Можно предположить, что респонденты вне зависимости от уровня дезорганизации ощущают себя вполне независимыми при принятии решений, переоценивают их значимость, чаще прибегают к сверхконтролю за промежуточными и конечными результатами деятельности.

У пациентов с пограничной дезорганизацией личности не было выявлено достоверных различий по шкалам методики, но результаты на два порядка уступают нормативным показателям, особенно в контрольно-коррекционном направлении (оценивание результатов), которое касается степени регулирования субъекта в ситуации отклонения от заданных норм (критериев). Другими словами, можно сказать, что именно эти пациенты являются самой уязвимой частью психиатрического контингента. Им трудно следовать рекомендациям и терапевтическим стратегиям, предложенным врачом, из-за низкой мотивации и комплаентности, автономно регулировать и адекватно оценивать собственную жизнедеятельность.

Выводы. Таким образом, пациенты трех групп сравнения утратили общую способность сознательно и самостоятельно планировать персональную деятельность, их цели редко бывают достигнуты, зачастую они приобретают нереалистичный, гротескный характер. Общий уровень саморегуляции своим поведением у больных оказывается не развитым, они более зависимы от мнения окружающих людей; в силу внутренней нестабильности компенсировать «неблагоприятные» особенности личности для достижения поставленных задач им также не удается. У пациентов с невротическими и психотическими личностными нарушениями потребность в осознанном планировании и моделировании своих действий не сформирована вследствие их подчиненности авторитетам, конформизму, реверсии к чувству стыда и неуверенности.

Список литературы:

1. Личностный потенциал: структура и диагностика. Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл; 2011. 680.

2. Мельниченко В.В. Дисфункциональность когнитивных моделей как фактор нарушения саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. Донецк, 2019. 1(45). С.71-76.

3. Мельниченко В.В. Расстройство личности и дезорганизация личности – синонимы или противоположности? Журнал психиатрии и медицинской психологии. Донецк, 2019. 4(48). С.68-75.

УДК: 616.895

^{1*}Муслимова Л.М., ¹Становая В.В., ¹Иванов М.В., ¹Тумова М.А., ²Шошина И.И.
Нарушения процессов обработки зрительной информации при шизофрении

¹Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург, РФ.

²Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН, г. Санкт-Петербург, РФ.

³Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, г. Санкт-Петербург, РФ.

e-mail: muslimova.lil@yandex.ru.

Актуальность. Симптомы шизофрении делятся на три основные группы: позитивные, негативные и когнитивные. В частности, негативные и когнитивные симптомы плохо реагируют на современные подходы к лечению и являются основными предикторами плохого функционального и терапевтического результата при шизофрении. Когнитивные функции тесно связаны с процессами зрительного восприятия, которые обеспечивают построение внутренней картины внешнего мира. Неоднократно было показано, что искажение восприятия и интегративных процессов у пациентов с шизофренией связано с изменением восприятия пространственных и временных характеристик зрительных стимулов [1, 2, 3, 4, 5]. С позиций теории пространственно-частотной фильтрации изображений [6] зрительная система представлена магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной подсистемами, которые формируют дорсальный и вентральный потоки информации из каудальных во фронтальные отделы головного мозга. Магноцеллюлярные каналы играют ведущую роль в обработке информации о глобальной организации стимула, в процессах «предвнимания» и анализе движения. А парвоцеллюлярные каналы участвуют в процессах выделения отдельных объектов и деталей объектов, то есть локального анализа зрительного поля [7]. Взаимодействие между магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной системами, которая формирует дорсальный и вентральный потоки информации к лобной коре, обеспечивает процессы идентификации объектов и принятия решений, а значит и поведения. Неоднократно было показано, что при шизофрении существует несоответствие между работой магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной систем. Большинство исследователей сходятся во мнении, что при шизофрении функционирование магноканалов нарушается и сохраняет функции парвоцеллюлярных каналов [8]. В то же время имеются некоторые сведения дисфункции парвоцеллюлярной системы [9] или

обеих систем при шизофрении [1, 10]. Предполагается, что когнитивные нарушения, наблюдаемые у пациентов с шизофренией, могут быть связаны с дефицитом в работе магноцеллюлярной и парвоцеллюлярной нейронных сетей. Исследование зрительных дисфункций при шизофрении представляется актуальным в связи с неразрывной связью с процессами мышления, потенциальной ролью зрительных функций в диагностике и прогнозировании заболевания, возможностью использования зрительной дисфункции в качестве биомаркера шизофрении.

Цель. Целью данного исследования являлось выявление нарушений процессов обработки зрительной информации и определение их связи когнитивными, продуктивными и позитивными симптомами шизофрении.

Материалы и методы. В исследование было включено 62 стационарных больных с параноидной формой шизофрении, на стадии становления ремиссии, отсутствием сопутствующих заболеваний и черепно-мозговой травмы в анамнезе. Средний возраст больных составил $28,1 \pm 7,8$ лет. Соотношение мужчин и женщин соответствовало 1:1,1. Все пациенты получали антипсихотическую терапию в разных дозах.

Условия проведения исследования соответствовали Хельсинской декларации всемирной медицинской ассоциации. Все испытуемые были ознакомлены с целями и методами исследования и до включения в исследование подписали информированное согласие. Нейропсихологическое исследование проводили с использованием методов теста вербальной ассоциации, комплексной фигуры, теста внимания, теста слуховой памяти, шкалой ВАСС. Оценку клинических симптомов проводили с использованием шкалы PANSS во время психиатрического интервью. Средний балл по шкале PANSS был равен $84,3 \pm 18,4$.

С помощью компьютерной визоконтрастометрии определяли пространственно-частотную характеристику зрительной системы в двух задачах – обнаружения и сравнения. В задаче обнаружения контраста решеток Габора с пространственными частотами 0.4, 3.6 и 17.8 циклов/градус. Изображения выводили на экран монитора 17' SamsungSamtron 76E (яркость – 80cd/m^2 , разрешение – 640/480 пикселей, кадровая частота – 85 Гц) после его гаммакоррекции. Задача испытуемого состояла в том, чтобы реагировать на момент появления и исчезновения решетки. В задаче сравнения на экран выводили по два изображения решеток Габора с пространственной частотой 0.4; 3.6 и 18.2 цикл/град на сером фоне в двух окнах 317×317 мм, расстояние между окнами – 10 мм. Пространственная частота каждой пары сравниваемых изображений решеток Габора была одинаковой. Решетка, расположенная справа, всегда была референтной (эталонной), вторая решетка, расположенная на экране слева, была тестовой. Контраст референтной решетки был постоянным и составлял 0.5. Контраст тестовой решетки был разным в диапазоне от 0 до 1. Задача испытуемого состояла в том, чтобы уравнивать контраст тестовой решетки с контрастом референтной решетки. Количество предъявлений элементов Габора каждой частоты равнялось 8. Расстояние от испытуемого до монитора составляло 4 м. Измерения проводили в затемненном помещении, где источником освещения был только экран монитора.

Наблюдение осуществляли бинокулярно. Для фиксации положения головы испытуемого использовали стандартную лобно-подбородную подставку.

Для обработки полученных данных использовали методы статистического анализа: критерий Стьюдента, критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение. Результаты показывают, что обработка информации при шизофрении нарушается на раннем сенсорном уровне. Пациенты с терапевтической резистентностью демонстрировали гиперактивность магноцеллюлярной системы по сравнению с активностью парвоклеточной системы. Это связано с особенностями когнитивного контроля и внимания. Установлена существенная корреляция выявленных нарушений с активностью магноцеллюлярной системы, ответственной за глобальный анализ информации. Обратная корреляция с контрастной чувствительностью на низких пространственных частотах указывает на то, что чем выше активность магноклеточной системы, тем более выражены нарушения когнитивного контроля и избирательности внимания.

Так же в ходе исследования было установлено, что объем кратковременной памяти и моторные навыки находятся в прямой корреляции с контрастной чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот, к которым специфична магноцеллюлярная система. Устойчивость запоминания и концентрация внимания связана с функциональным состоянием парвоцеллюлярной системы, восприимчивой к высоким пространственным частотам. Недостаточность когнитивного контроля коррелировала с чувствительностью в диапазоне низких пространственных частот, которые обрабатываются магноцеллюлярной системой, обеспечивающей периферическое зрение и распределение внимания. Выявлено, что чем больше активность магноцеллюлярной системы, тем более выраженным являются нарушения когнитивного контроля и избирательности внимания.

Обнаружена тенденция к снижению контрастной чувствительности в диапазоне низких частот по мере увеличения баллов по шкале негативных синдромов PANSS, что также коррелирует с недостаточностью когнитивных функций.

Выводы. Полученные результаты подчеркивают важность изучения дефицита сенсорной обработки, в дополнение к исследованию особенностей когнитивных дисфункций при шизофрении. Понимание природы дефицита сенсорной обработки может дать представление о патогенетических механизмах шизофрении, привести к новым путям лечения, включая сенсорную реабилитацию.

Список литературы:

1. Kantowitz J.T., Butler P.D., Schecter I., Silipo G., Javitt D.C. Seeing the World Dimly: The Impact of Early Visual Deficits on Visual Experience in Schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. – 2009 – Vol. 35 – P. 1085–1094.
2. Kiss I., Fabian A., Benedek G., Keri S. When Doors of Perception Open: Visual Contrast Sensitivity in Never-Medicated, First-Episode Schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2010 – Vol. 119 – P. 586–593.
3. Butler P.D., Chen Y., Ford J.M., Geyer M.A., Silverstein S.M., Green M.F. Perceptual Measurement in Schizophrenia: Promising Electrophysiology

and Neuroimaging Paradigms From CNTRICS // Schizophrenia Bulletin. – 2012 – Vol. 38 – P. 81–91.

4. Calderone D.J., Hoptman M.J., Martinez A. et al. Contributions of low and high spatial frequency processing to impaired object recognition circuitry in schizophrenia // Cereb. Cortex. 2013 V. 23 P. 1849–1858.

5. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., Новикова К.О. Исследование остроты зрения в условиях помехи у психически здоровых и больных шизофренией // Офтальмологический журнал (Украина). – 2014б. – № 4. – С. 71–79.

6. Глезер В.Д., Иванова В.А., Щербач Т.А. Исследование рецептивных полей нейронов зрительной коры кошки как фильтров пространственных частот // Физиол. журн. СССР. – 1973. – Т. 59. – № 2. – С. 206–214.

7. Corner L.J., Kaplan E. Receptive fields of P and M ganglion cells across the primate retina // Vision Res. – 1995. – Vol. 11. – P. 397–408.

8. Martinez A., Hillyard S.A., Bickel S. et al. Consequences of magnocellular dysfunction on processing attended information in schizophrenia // Cereb. Cortex. 2012 Vol. 22, N 6 P. 1282–1293.

9. Chen Y. Abnormal visual motion processing in schizophrenia: a review of research progress // Schizophr Bull. – 2011 – Vol. 37 – P. 709–715.

10. Doniger G.M., Foxe J.J., Murray M.M., Higgins B.A., Javitt D.C. Impaired visual object recognition and dorsal/ventral stream interaction in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. – 2002 – Vol. 59 – P. 1011–1020.

УДК 616.895.8-072.8

Потанин С.С.

Выбор оптимальной психометрической методики для проведения исследований, касающихся негативных симптомов шизофрении

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
г. Москва, Россия*

Email: potanin_ss@mail.ru

Актуальность темы. В настоящее время проблеме негативных симптомов шизофрении уделяется много внимания. Отчасти это связано с тем, что имеющиеся в распоряжении психиатров психофармакологические средства достаточно успешно справляются с позитивной симптоматикой, практически никак не влияя на негативную. В то же время, многие исследования показывают, что инвалидизация пациентов в значительно большей степени обусловлена именно негативными симптомами, чем позитивными [1]. Все это привлекает внимание исследователей к изучению этиологии, патогенеза, новых подходов к лечению, что, в свою очередь, требует релевантных методов клинической оценки негативных симптомов, в том числе и психометрических [2]. Важно отметить, что за последнее время понимание негативных симптомов и их классификация достаточно существенно изменились. Был достигнут широкий консенсус относительно выделения пяти основных негативных симптомов: приглушенный аффект, алогия,

ангедония, асоциальность и абулия [3], что потребовало создания новых психометрических инструментов. Таким образом, выбор соответствующего современным тенденциям психометрического инструмента для проведения исследований, касающихся негативных симптомов шизофрении, представляется актуальным.

Цель исследования: подбор оптимальных психометрических методик для проведения исследований, касающихся негативных симптомов шизофрении.

Материалы и методы: Данная работа представляет собой анализ имеющихся психометрических инструментов для оценки негативных симптомов шизофрении с точки зрения их использования в современных клинических исследованиях. Для подбора литературных источников был использован поиск по базам данных PubMed, Scopus, Google Scholar, по ключевым словам, «negative symptoms schizophreniascales» начиная с 2015 года.

Результаты и их обсуждение: Поиск по базам данных показал, что для оценки негативных симптомов в настоящее время чаще всего применяются следующие шкалы[4]: BPRS (TheBriefPsychiatricRatingScale) – короткая психиатрическая оценочная шкала, PANSS (Positive and Negative SyndromeScale) шкала позитивных и негативных симптомов, SANS (TheScaleforthe Assessment of Negative Symptoms) – шкала для оценки негативных симптомов, SENS (Subjective Experience of Negative Symptoms) – шкала субъективного переживания негативных симптомов, NSA (Negative Symptom Assessment) – шкала негативных симптомов, BNSS (TheBriefNegativeSymptomScale) – короткая шкала негативных симптомов, CAINS(Clinical AssessmentInterviewfor Negative Symptoms) – клиническое интервью для оценки негативных симптомов, TheMotivationandPleasureScale: Self-Report (MAP-SR)- шкала мотивации и удовольствия (самоопросник).

Условно их можно подразделить на 2 поколения[5]. Первое поколение — это шкалы, созданные в 1980-90-х годах. К ним относится BPRS, PANSS, SANS SENS. Проблема этого поколения шкал заключается в первую очередь в том, что они не соответствуют современному пониманию негативных симптомов. Ни одна из них не включает в себя все негативные симптомы, расцениваемые как компоненты негативного синдрома на данный момент(асоциальность, абулия и ангедония, притупленный аффект и алогия). С другой стороны, они нередко включают симптомы из других дименсий, например, когнитивные расстройства. Кроме того, они в значительно большей степени опираются в оценке на наблюдаемое поведение, чем на субъективные переживания пациентов, что может приводить к путанице между уровнем социального функционирования и выраженностью непосредственно негативных симптомов.

К шкалам второго поколения можно отнести BNSS, CAINS и MAP-SR. Принципиальным отличием этих шкал является то, что их изначально создавали опираясь на опубликованный в 2006 году консенсус ведущих исследователей относительно современного понимания негативных симптомов [3]. Поэтому в них изначально было заложено четкое отделение негативных расстройств от других групп симптомов, и направленность на оценку не только поведения, но и субъективных переживаний пациента. BNS рассчитана на достаточно быструю и удобную для кли-

нических испытаний оценку негативных симптомов, а CAINS представляет собой более комплексный инструмент, включающий клиническое интервью и 13 пунктов для рейтингования. MAP-SR, в свою очередь, является вариантом подшкалы удовольствия/мотивации шкалы CHAINS в виде самопросника для пациентов. Несколько отдельно стоит шкала NSA, которую можно обозначить как переходную. В ней достаточно много внимания уделяется не только поведению, но и субъективным описаниям негативной симптоматики, но все же концептуально она не во всем соответствует современному пониманию негативных расстройств.

Переходя к рассмотрению вопроса о том, какие именно методики оптимальны для использования в исследованиях негативных симптомов шизофрении на данный момент, следует начать с обозначения возникающей дилеммы. С одной стороны, существуют психометрические инструменты, четко соответствующие современному пониманию негативных симптомов, такие как BNSS, CAINS и MAP-SR. Все эти шкалы направлены на выявление пяти основных негативных симптомов, уделяют много внимания субъективным переживаниям пациентов, дифференцированно подходят к оценке ангедонии, разделяя переживаемое и ожидаемое удовольствие, и в целом отвечают современным стандартам. Но, даже несмотря на в принципе имеющиеся переводы на русский язык, валидации данных шкал на русскоязычной популяции не проводилось. При этом языковые и культурные различия при оценке негативных симптомов представляются критически важными, что, безусловно, позволяет поставить под сомнение валидность исследований, проведенных с использованием данных шкал на русскоязычной популяции.

Из всех перечисленных ранее шкал валидированной для русскоязычной популяции по современным стандартам является только шкала PANSS[6]. Данная шкала состоит из 30 пунктов, разделенных на 3 подшкалы: позитивных симптомов (7 пунктов), негативных симптомов (7 пунктов) и подшкалы общей психопатологии (16 пунктов). Проблемой PANSS является устаревший на данный момент подход к оценке негативных симптомов негативной по шкале, а именно опора на поведение при намного меньшем внимании к субъективным переживаниям пациентов, а также нечеткое разделение между различными группами симптомов. Часть из этих проблем могут быть нивелированы использованием других вариантов оценки негативных симптомов, так называемых факторных моделей (например, Мардера[7] или Кхана[8]). В этом случае используется не сама негативная подшкала, а альтернативный набор пунктов шкалы PANSS, более четко отражающий современное понимание этой группы симптомов. Так, в негативный фактор Мардера входят следующие пункты: уплощенный аффект, эмоциональная отгороженность, плохой раппорт, пассивно-апатическая социальная отгороженность, недостаток спонтанности в беседе, моторная заторможенность и активное социальное избегание. Таким образом, в эти семь пунктов не включены 2 пункта из негативной подшкалы, а именно нарушение абстрактного мышления (как компонент когнитивной дисфункции) и стереотипное мышление (как в большей степени связанный с позитивной симптоматикой симптом), и в то же время включены два пункта из подшкалы общей психопатологии (мотор-

ная заторможенность и активное социальное избегание), как отражающие именно негативные симптомы. В факторах Хана использован другой подход – ко всем пунктам негативной подшкалы PANSS добавлены еще два пункта из подшкалы общей психопатологии – волевые нарушения и стереотипное мышление. Оба варианта выделения имеют как свои плюсы, так и свои минусы и в целом такой подход представляет собой компромисс, так как все же данные факторы не в полной мере отражают пятифакторную модель негативных симптомов, и все равно практически не фокусируются на субъективных переживаниях пациентов. Но, при условии отсутствия других валидированных инструментов для русскоязычной популяции, все же использование именно этого метода для психометрической оценки негативных симптомов представляется оптимальным.

В то же время нельзя не отметить, что отсутствие валидации более современных шкал является существенной проблемой, и проведение подобных валидаций является весьма востребованной задачей, стоящей перед российскими исследователями в области психиатрии. В принципе при планировании исследований, касающихся негативных симптомов шизофрении, при наличии возможности, наряду с оценкой по PANSS, как валидированным инструментом, следует включать и хотя бы одну из шкал второго поколения, что позволит, с одной стороны, все же более дифференцированно оценить негативные симптомы, а с другой подобный материал может быть частью работы по валидации перевода данных шкал для русскоязычной популяции. **Выводы.** Таким образом, на текущий момент наиболее оптимальным вариантом для проведения исследований негативных симптомов шизофрении на русскоязычной популяции пациентов представляется использование шкалы PANSS при условии оценки негативных симптомов не по негативной подшкале, а по факторным моделям Мардера или Хана. Валидация шкал BNSS, CAINS и MAP-SR для русскоязычной популяции представляется актуальной задачей для дальнейших исследований.

Список литературы:

1. Harvey P.D., Strassing M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status // *World Psychiatry*. 2012. Vol. 11, № 2. P. 73–79.
2. Асанович М.В. Клинические шкалы оценки негативного синдрома при шизофрении // *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2017. № 1.
3. Kirkpatrick B. et al. The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms // *Schizophr Bull*. 2006. Vol. 32, № 2. P. 214–219.
4. Lincoln T.M., Dollfus S., Lyne J. Current developments and challenges in the assessment of negative symptoms // *Schizophrenia Research*. 2017. Vol. 186. P. 8–18.
5. Garcia-Portilla M.P. et al. Psychometric evaluation of the negative syndrome of schizophrenia // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2015. Vol. 265, № 7. P. 559–566.
6. Ivanova E. et al. Validation of the Russian Version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-Ru) and Normative Data // *Innov Clin Neurosci*. 2018. Vol. 15, № 9–10. P. 32–48.

7. Marder S.R., Davis J.M., Chouinard G. The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: combined results of the North American trials // J Clin Psychiatry. 1997. Vol. 58, № 12. P. 538–546.

8. Khan A. et al. A new Integrated Negative Symptom structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia using item response analysis // Schizophr. Res. 2013. Vol. 150, № 1. P. 185–196.

УДК 616.89

Серегин Д.А., Маркин К.В.

Биопсихосоциальный подход в изучении факторов суицидального риска у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами

*Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: doctor.seregin.rf@gmail.com*

Актуальность темы исследования. Профилактика пограничных психических расстройств (ППР) у военнослужащих представляет собой одно из основных направлений военной психиатрии, особенно с учетом частого сочетания данной патологии с суицидальным поведением. Анализ суицидальных происшествий за период (2007-2017 гг.) свидетельствует об изменении процентного соотношения различных категорий военнослужащих, совершивших самоубийства, с неуклонным нарастанием доли рядовых и сержантов, проходящих военную службу по контракту. Применяемые в настоящее время скрининговые диагностические методики имеют существенные недостатки, не позволяющие эффективно оценивать риск суицидального, аддиктивного, делинквентного поведения. В качестве перспективных направлений при этом, рассматривается поиск клинических и биологических предикторов пограничных психических расстройств, а также дальнейшее изучение факторов риска суицидального поведения военнослужащих в условиях прохождения военной службы по контракту.

Цель исследования: изучить факторы суицидального риска у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами для повышения эффективности раннего выявления суицидоопасных лиц в условиях военной службы.

Материалы и методы исследования. Работа выполнялась в два этапа. На первом этапе осуществлялся отбор испытуемых в клинике психиатрии и консультативно-диагностической поликлинике многопрофильной клиники Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова. Обследовано (n=154) военнослужащих мужского пола с ППР и суицидальным поведением проходивших военную службу по призыву - группа 1 (n=104) и сержанты (старшины), солдаты (матросы) проходивших военную службу контракту – группа 2 (n=50) в возрасте $19,3 \pm 2,5$ лет. В качестве контрольной группы были исследованы военнослужащие мужского пола с ППР без суицидального поведения (n=76) в возрасте $20,2 \pm 0,7$ лет. Военнослужащие с ППР в последующем разделены на три опытных группы: совершившие суицидальные попытки (n=76), с суицидальными мысля-

ми (n=78), без суицидального поведения (n=76). Диагностические заключения выносились в соответствии с критериями МКБ-10.

При обследовании испытуемых использовались: клинико-психопатологический метод, социально-психологические, экспериментально-психологические, психофизиологические и антропометрические обследования военнослужащих проходящих военную службу по призыву и контракту. Результаты, полученные при использовании данных методов, сопоставлялись друг с другом и распределялись по группам факторов суицидального риска (конституционально-биологическим, социально-анамнестическим, индивидуально-психологическим), которые в последующем анализировались с позиции биопсихосоциального подхода формирования суицидального поведения у психически больных.

Анализ конституционально-биологических факторов суицидального риска осуществлялся по результатам уровня напряжения физиологических систем определяли путем полифункционального психофизиологического тестирования (стресс-тестирования) с применением модуля «Экспресс-Здоровье». Оценивали следующие показатели: индекс напряжения (ИН) регуляторных систем, спектральные составляющие вариабельности ритма сердца (ВРС).

Социально-анамнестические факторы выявлялись с помощью анкеты факторов суицидального риска.

На втором этапе проводилась статистическая обработка полученных результатов и их последующая интерпретация. Статистический анализ полученных данных выполнен на компьютерной системе при использовании пакета программ STATISTICA 10.0. Сравнение совокупностей с нормальным распределением проводили с помощью t-критерия Стьюдента для двух независимых выборок, для независимых стандартных нормальных случайных величин – распределение χ^2 (хи-квадрат) с поправкой Йейтса. Критический уровень значимости при проверке гипотез составил $p < 0,05$.

Результаты. В структуре пограничных психических расстройств у военнослужащих проходящих военную службу по призыву (n=50) и контракту (n=26) совершивших суицидальную попытку, преобладали следующие нозологические формы: расстройства приспособительных реакций F43.2-78,0%, которые диагностировались военно-врачебной комиссией достоверно чаще ($p < 0,05$) чем, у военнослужащих по контракту F43.2-53,8%; диагнозы из рубрики расстройства личности и поведения в зрелом возрасте F60-F69 устанавливались у военнослужащих по призыву - 22,0%, по контракту - 23,1%; другие пограничные психические расстройства выявлялись у военнослужащих по контракту - 23,1% достоверно чаще ($p < 0,01$) чем, у военнослужащих по призыву - 0,0%. Военнослужащим, которые во время прохождения военной службы по призыву (n=54) высказывали суицидальные мысли, были установлены диагнозы F43.2 - 79,6%, F60-F69 - 18,5%, другие ППР - 1,9%; группа 2 (n=24) F43.2 - 62,5%, F60-F69 - 33,3%, другие ППР - 4,2%. Достоверных различий нет. Среди военнослужащих по контракту, у которых не было выявлено признаков суицидального поведения другие ППР - 20,0% выявлялись достоверно чаще ($p < 0,05$) чем, у военнослужащих по призыву

- 3,6%, по другим нозологическим формам достоверных различий нет. Следует отметить, что частота встречаемости расстройств приспособительных реакций (F43.2) статистически значимо ($p < 0,05$) выше, чем расстройств личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69) и других ППР в пределах выделенных групп.

Оценка степени серьезности попытки самоубийства у военнослужащих с ППР ($n=76$) оценивалась с использованием шкалы степени серьезности суицидальной попытки А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко (1980). Необходимо отметить, что у военнослужащих по контракту ($n=26$) 66,7% суицидальные попытки высокой степени серьезности (больше 14 баллов по суммарному баллу) определялись достоверно чаще ($p < 0,05$) чем, у военнослужащих по призыву ($n=50$) 28,0%. Использование Колумбийской шкалы серьезности суицидальных намерений (C-SSRS) показало, что среди военнослужащих по призыву ($n=54$) с ППР высказывающих суицидальные мысли, по модулю «Интенсивность суицидального мышления» обнаруживается интенсивность суицидального мышления выше среднего (больше 15 баллов по суммарному баллу) – 90,7% достоверно чаще ($p < 0,01$) чем, у военнослужащих по контракту ($n=24$) – 29,2%.

Сравнительный анализ способов совершения суицидальных попыток военнослужащими с ППР показал, различие способов совершения суицида у военнослужащих по призыву и контракту: военнослужащие по призыву ($n=50$) 76,0% достоверно чаще ($p < 0,01$), чем военнослужащие по контракту ($n=26$) 34,6%, совершали суицидальные попытки путем самопорезов. Военнослужащие по контракту достоверно чаще ($p < 0,05$), чем военнослужащие по призыву совершали суицидальные попытки путем самоповешения - 23,1% и падения с высоты 15,4%.

Распределение мотивов суицидального поведения у военнослужащих с ППР, проводилось согласно классификации суицидально-поведенческих мотивов С. В. Бородина, А. С. Михлина (1978, 1980). Следует отметить, что анализ мотивов суицидальных действий не всегда позволял выявить ведущий из них, поскольку в большинстве случаев отмечалось их сочетание между собой. Достоверные различия ($p < 0,01$) между 1-ой и 2-ой группами военнослужащих совершивших суицидальные попытки наблюдались относительно следующих мотивов: личностно-семейные конфликты (одиночество – 50,0% к 15,4%, неудачная любовь – 44,0% к 11,5%, оскорбление со стороны окружающих 60,0% к 7,7%); конфликты на службе – 52,0% к 11,5%; статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлены - боязнь иного наказания – 32,0% к 7,7%, неуспехи в учебе 34,0% к 7,7%. При этом у военнослужащих с ППР, которые высказывали суицидальные мысли, среди мотивов суицидального поведения выявлены достоверные различия ($p < 0,01$) между 1-ой и 2-ой группами: личностно-семейные конфликты (одиночество – 42,6% к 12,5%), соматические заболевания – 44,5% к 8,3%; конфликты на службе – 51,9% к 4,2%; статистически значимо ($p < 0,05$) чаще выявлены - неудачная любовь – 33,4% к 8,3%, оскорбление со стороны окружающих – 27,8% к 20,8%); боязнь иного наказания – 25,9% к 4,2%; неуспехи в учебе 16,7% к 0,0%.

При анализе социально-анамнестических факторов наблюдение у психиатра/психолога было выявлено достоверно чаще ($p < 0,01$) у группы военнослужащих,

совершивших СП – 15,8%, чем у военнослужащих с ППР без СП – 1,3%, как и наличие суицидальной попытки в анамнезе. Наличие родственников с психическими расстройствами (1 – 39,5%; 2 – 22,4%), получение информации, связанной с суицидами из интернета (1 – 18,4%; 2 – 6,5%) также достоверно отличались ($p < 0,05$) между этими группами военнослужащих. При сравнении военнослужащих с суицидальными мыслями и военнослужащих с ППР без СП достоверно чаще ($p < 0,01$) встречалось наблюдение у психиатра/психолога у военнослужащих с суицидальными мыслями – 16,7% к 1,3% в группе сравнения. Достоверных отличий в кластере социально-анамнестических факторов между группами военнослужащих с суицидальным поведением выявлено не было.

Анализ девиантного поведения у военнослужащих с ППР позволил установить соотношение различных форм отклоняющегося поведения, в том числе и суицидального. При обследовании военнослужащих совершивших суицидальную попытку, была установлена склонность к аддиктивному поведению - 39,5%: эпизодически употребляли наркотические средства - 14,5%, достоверно чаще ($p < 0,01$) чем военнослужащие без суицидального поведения – 2,6%. Злоупотребляли алкоголем - 25,0% испытуемых, что выявляется достоверно чаще ($p < 0,01$) чем у военнослужащих без суицидального поведения – 6,6%. Компьютерная аддикция была выявлена у 14,5%, достоверных различий с группой без суицидального поведения нет. На основании статистического анализа результатов делинквентного поведения - 9,2% у военнослужащих с ППР и суицидальными попытками ($n=76$) выявлены: уходы из дома (включая склонность к бродяжничеству), промискуитет, воровство, склонность к рисковому поведению и физическому насилию, достоверно чаще ($p < 0,05$) чем у военнослужащих без суицидального поведения – 1,3%.

Резюмируя результаты анализа факторов суицидального риска у военнослужащих с пограничными психическими расстройствами с позиции биопсихосоциальной модели, необходимо отметить один из параметров кардиоинтервалографии по Баевскому стресс-индекс (SI), отражающий степень напряжения регуляторных систем (степень преобладания активности центральных механизмов регуляции над автономными, периферическими). У военнослужащих с ППР и суицидальным поведением выявлен высокий уровень стресс-индекса $SI = 232,1 \pm 94,6$ и другие параметры АПК «Экспресс Здоровье» отличались от референтных значений. Принято считать, что в состоянии покоя ИН не должен превышать 100 у.е. Значительное увеличение ИН в покое может рассматриваться как проявление усиления роли симпатических и гуморальных механизмов регуляции ритмом сердца и свидетельствовать о неоптимальных адаптационных возможностях.

Выводы. Наиболее значимыми социально-анамнестическими факторами, на которые стоит обратить внимание при выявлении суицидального поведения, являются: наличие консультаций у психиатра/психолога и наличие суицидальной попытки в анамнезе. Кроме того необходимо уточнять, наличие родственников с психическими расстройствами у потенциального суицидента. Выявление повышенного интереса к темам суицида в Интернет-ресурсах у военнослужащие-

го может служить, достоверным прогностическим критерием. Учитывая повышенную значимость лично-семейных конфликтов и конфликтов на службе в структуре мотивов суицидального поведения, необходимо обратить внимание на раннее выявление таковых непосредственными командирами и начальниками для последующего оказания должной психологической помощи. При поступлении на военную службу следует расширить комплекс мер по выявлению лиц склонных к аддиктивному и делинквентному поведению. Данные исследования конституционально-биологических факторов подтверждают наличие сниженных адаптационных резервов у военнослужащих в составе опытных групп, что коррелирует с данными психологических тестирований.

УДК: 616.89—08: 159.9

Сорокин М.Ю.

Биопсихосоциальный подход к медикаментозной терапии – новый фактор формирования приверженности психиатрическому лечению

*ФГБУ ННМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: m.sorokin@list.ru*

Актуальность: Общеизвестна распространенность медикаментозной инкомплаентности среди пациентов с психическими расстройствами. Его факторами являются низкая критика к болезни, стигма, прогрессирующие нарушения психических функций в виде ухудшения мотивационно-волевой регуляции, нарастание социальной дезадаптации на фоне интенсивной психопродуктивной или негативной симптоматики [4]. Ожидаемые в клинической практике эффекты психофармакотерапии зачастую опосредуются изменениями дофаминовой и серотониновой нейротрансмиссии. За счет первых достигаются улучшения регуляции поведения человека, мотивационных процессов и обучения [1,3]. Вторые связаны с реализацией исполнительских функций и, также, мотивации к ним [3]. Таким образом, регуляция поведения пациента в процессе лечения оказывается в перекрёстной зависимости от назначаемой терапии, способной, в частности, видоизменять мотивацию целенаправленной деятельности пациента. Гипотеза исследования состояла в предположении, что приверженность психиатрических пациентов лечению является биопсихосоциальным феноменом, компоненты которого доступны для объективной оценки.

Цель. Изучить взаимосвязь получаемой пациентами психотропной терапии с предполагаемыми биологическими, психологическими и социальными факторами приверженности лечению при их обращении за стационарной помощью. **Задачи:** 1) исследование роли клинических факторов в назначаемой психотропной терапии, 2) оценка социальных факторов в формировании приверженности психофармакотерапии, 3) исследование связи психофармакотерапии с инструментальной оценкой мотивации к лечению, инсайтом на заболевание и поведением пациентов в ходе терапии.

Материал и методы. Тип исследования – описательное. Обследованы 83 пациента, добровольно госпитализированные в отделение интегративной фармакопсихотерапии больных психическими расстройствами (мужчин 39%). Средние: возраст 36 ± 12.9 лет, длительность заболевания 12 ± 10.9 лет, количество госпитализаций 5 ± 3.6 . Состоящих в браке – 39%, имеющих детей – 35%. Нозологически Выборка включала (МКБ-10): заболевания группы шизофрении (F2) – 67%, аффективные расстройства (F3) – 15%, невротические и личностные (F4+F6) – 9%, органические заболевания (F0) – 9%. Социо-демографические, анамнестические данные пациентов и проводившаяся ранее психофармакотерапия регистрировались по данным медицинской документации. Оценка мотивации к лечению была проведена с помощью оригинального самоопросник для пациентов (АцМЛ), обладающего высокой надежностью (α Кронбаха 0.842) и продемонстрировавшего свою валидность [2, 5]. Врачами заполнялась Шкала медикаментозного комплаенса [4], позволяющая, в частности, оценить особенности поведения пациентов в процессе психофармакотерапии (п. 1.5), их инсайт на заболевание (п. 2.1), а также выраженность продуктивной и негативной симптоматики, (пп. 2.2, 2.3), уровень социальной дезадаптации (п. 2.7) по шкалам BPRS, SANS, GAF.

Группы С параметрическими данными сравнивались по ANOVA и t-критерию Стьюдента; с непараметрическими по H-критерию Краскела-Уоллеса и U-критерию Манна-Уитни; с номинальными шкалами – χ^2 Пирсона. Распределение оценивалось по z-критерию Колмогорова-Смирнова. Результаты представлены с указанием средних и стандартных отклонений ($M \pm S.D.$). Протокол исследования прошел экспертизу соответствия Хельсинкской декларации и одобрен к проведению Независимым этическим комитетом при НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева.

Результаты и их обсуждение. Получали нейролептическую терапию 77% выборки, причем 13% – сочетанную из препаратов 1-го и 2-го поколений. Арипипразол Принимали 8 человек, кветиапин – 13, клозапин – 4, оланзапин – 6, рисперидон или палиперидон – 8, сульпирид – 5, галоперидол – 7, зуклопентиксол – 2, трифлуоперазин – 4, флупентиксол – 3, “малые нейролептики” (хлорпротиксен, тиоридазин) – 4. Антидепрессанты принимали 29% пациентов, в том числе 23% в комбинации с нейролептиками, 8% – с тимостабилизаторами. Антидепрессивная терапия включала трициклические антидепрессанты (10% выборки), группу СИОЗС (13%), препараты с двойным механизмом действия (6%). При этом 27% пациентов, включенным в исследование, ранее не назначалась психотропная терапия, либо они прекратили ее прием по собственному решению до госпитализации.

Клинические факторы и фармакотерапия. Пациенты, получавшие один или два антипсихотика, в отличие от не принимавших нейролептики перед госпитализацией, имели различия в течении заболевания. Первые дольше болели (12.7 ± 9.7 ; 15.4 ± 14.4 ; 5.7 ± 11.0 лет при $p \leq 0.05$), и ранее большее количество раз госпитализировали (4.9 ± 3.3 ; 7.4 ± 4.4 ; 2.4 ± 2.3 при $p \leq 0.05$). Различия в лечении больными типичных и атипичных нейролептиков на амбулаторном эта-

пе также было связано с достоверными различиями в длительности заболевания (17.9 ± 11.1 ; 11.1 ± 8.8 лет $p \leq 0.05$) и количестве госпитализаций у них (6.1 ± 3.6 ; 4.5 ± 3.2 при $p \leq 0.05$). Важно, что зависимости между выраженностью психопатологии (продуктивной и негативной симптоматики, а также социальной дезадаптации) и получаемой пациентами на амбулаторном этапе лечения психотропной терапией, а также количеством одновременно принимавшихся препаратов выявлено не было.

Социальные факторы психофармакотерапия. В равной степени среди имеющих детей пациентов встречались не получавшие и получавшие нейролептики (соответственно 47% и 53%), аналогично – у не имеющих детей (39% получали антипсихотики, 61% не получали). Однако, сочетанную антипсихотическую терапию двумя нейролептиками получали только пациенты, не имеющие детей (100% при $\chi^2=7.4$; $p=0.025$). Схожие пропорциональные соотношения выявлены в отношении семейного статуса: 100% пациентов, получавших 2 нейролептика, были одиноки ($\chi^2=8.3$; $p=0.016$), в то время как среди женатых/замужних 47% не принимали антипсихотическую терапию и 53% - принимали 1 препарат, соответственно у не состоящих в браке в 45% случаев не назначались нейролептики и 55% – назначалась монотерапия. Кроме того, антипсихотики 1-го поколения чаще получали пациенты, не вступившие в брак (73% против 27% у замужних/женатых); однако, вероятность приёма препаратов 2-го поколения была практически равной у пациентов с разным семейным статусом (46% и 54% при $\chi^2=4.4$; $p=0.037$). Прием антидепрессантов среди пациентов, встречавших адекватное отношение к медикации со стороны своего окружения, был распространен чаще, чем его отсутствие (75% и 25%); при отрицательном отношении друзей или семьи пациента в выборке встречались лишь не принимавшие антидепрессанты больные (100% $\chi^2=9.8$; $p=0.05$).

Мотивационно-поведенческие характеристики больных и их терапия. Анамнестические нарушения комплаенса по-разному были представлены в подгруппах пациентов, получавших типичные и атипичные нейролептики ($\chi^2=10.9$; $p=0.028$). У первых встречались прием не рекомендованных врачом лекарств и самовольное снижение дозировок (67% и 33% соответственно). У вторых практически в равной степени были представлены как самостоятельные прекращения терапии, так и отсутствие нарушений комплаенса (44% и 35% соответственно).

Среди больных, демонстрирующих критику к симптомам заболевания по данным Шкалы медикаментозного комплаенса, преобладали принимавших антидепрессанты (62.5%), реже встречались пациенты, не получающие психотропной терапии или получающие только тимостабилизаторы (25% и 12.5% соответственно). Аналогично, в пропорции 10%-40%-50%, фрагментарная критика определялась чаще среди пациентов без антидепрессивной терапии. Полное отсутствие инсайта встречалось только у пациентов, не получавших психотропной терапии ($\chi^2=9.8$; $p=0.045$).

Наиболее существенным из полученных результатов была объективация взаимосвязи между структурой мотивации пациентов к лечению, сформированной

на фоне получаемой ими психофармакотерапией. Больные, принимавшие амбулаторно антипсихотики 1-го поколения по сравнению с получавшими препараты 2-го поколения имели искажения мотивационных установок: меньше опирались на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания при принятии решения о лечении (фактор 1 ОцМЛ -0.2 ± 0.58 и 0.2 ± 0.67 балла; $p \leq 0.05$). Это приводило к достоверному снижению у них суммарной интенсивности мотивации (стандартизированный балл ОцМЛ -0.6 ± 0.77 и -0.1 ± 0.89 ; $p \leq 0.05$). При этом существенно более высокие показатели мотивации к лечению демонстрировали также пациенты, получавшие сочетанную антидепрессивную и нормотимическую терапию по сравнению с принимавшими антидепрессанты без тимостабилизаторов (стандартизированный балл ОцМЛ 0.2 ± 0.77 и -0.4 ± 0.91 ; $p \leq 0.05$).

Проведенное исследование подтвердило исследовательскую гипотезу. Специфика нейрохимического профиля препаратов, а также особенности режима терапии являются параметрами, взаимообуславливающими поведение, направленное на следование пациентов лечебной программе наряду с их социальными и клиническими характеристиками. В то же время, полученные результаты свидетельствуют, что характер психопатологической симптоматики в случае развития обострения, вероятно, не определяется принимавшейся больными психофармакотерапией.

Виды нарушений медикаментозного комплаенса, выявленные у больных, принимающих антипсихотики 1-го поколения, связаны с их меньшей склонностью опираться на собственные знания и навыки способов преодоления заболевания. Эти мотивационные предиспозиции сочетаются у них не столько с приёмом не рекомендованных препаратов и снижением доз вопреки полученным от врача инструкциям, но и с общим снижением интенсивности терапевтической мотивации. Здесь важно учитывать, что длительное следование рекомендованному приёму препаратов 1-го поколения, а также комбинаций типичных и атипичных нейролептиков, вероятно, в значительной степени поддерживается клиническими и социальными факторами пациентов: их семейным положением и более тяжёлым течением заболевания.

Особым типом взаимосвязи обладает также мотивация к лечению у больных психическими расстройствами и получаемая ими антидепрессивная терапия. Вне зависимости от класса, прием антидепрессантов был связан с улучшением инсайта пациентов на заболевание, однако в отношении мотивации к лечению, её неспецифическая интенсификация происходила лишь на фоне получения антидепрессивной терапии в сочетании с тимостабилизаторами. В свою очередь, длительная приверженность тимоаналептической терапии также опосредовалась социальными факторами, а именно адекватным отношением окружения пациентов к психофармакотерапии.

Выводы. Приверженность пациентов психофармакотерапии является биопсихосоциальным феноменом, поскольку в его реализации участвуют не только факторы течения заболевания, социальной поддержки больных, их психологических установок и поведенческих стереотипов, но и биохимическая природа назначаемой терапии.

Список литературы:

1. Berke J.D. What does dopamine mean? // Nat. Neurosci. – 2018. – Vol. 21(6). P. 787–793. doi:10.1038/s41593-018-0152-y
2. Sorokin M. Yu., Lutova N. B., Wied V. D. The Role of Treatment Motivation Subsystems in the Overall Structure of Compliance in Patients Undergoing Psychopharmacotherapy // Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2017. – Vol. 47, Issue 8. – P. 890–894. doi: 10.1007/s11055-017-0486-z
3. Sumiyoshi T., Kunugi H., Nakagome K. Serotonin and dopamine receptors in motivational and cognitive disturbances of schizophrenia. // Frontiers in neuroscience. – 2014. – Vol. 8. – P. 395.
4. Лутова Н.Б. Структура комплайенса у больных с эндогенными психическими расстройствами: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Лутова Наталья Борисовна; НИПНИ им. В. М. Бехтерева. – СПб., 2013. – 49 с.
5. Сорокин М. Ю. Распространённость внешней стигматизации у психически больных и её взаимосвязь с мотивацией к лечению // Неврологический вестник. – 2016. – Т. XLVIII, № 2. – С. 73–77.

УДК 616.89-008.42

'Тумова М.А., 'Муслимова Л.М., 'Иванов М.В., 'Бигдай Е.В., 'Безгачева Е.А.

Оценка обонятельной функции у пациентов с шизофренией

*'ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
²ФГБНУ Институт физиологии им. И.П. Павлова РАН
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: Marianna_tumova@mail.ru*

Актуальность. Обоняние - единственная сенсорная система, которая не использует таламус в качестве центральной “ретрансляционной станции”. Обонятельная система поддерживает пластичность и остается способной к развитию в течение всей жизни, регенерируя приблизительно каждые 2–3 месяца, это позволяет наблюдать процессы нейрогенеза и образования синапсов в мозге взрослого человека [1]. По данным МРТ у молодых людей, подверженных риску психоза, наблюдается ряд морфологических аномалий в обонятельной системе (двустороннее снижение объема обонятельной луковицы, уменьшенный объем левого коркового серого вещества) [2]. Ввиду анатомической близости префронтальной коры с обонятельной системой связь между когнитивным дефицитом и обонятельной дисфункцией может отражать общность патофизиологических механизмов. У пациентов с шизофренией часто выявляются снижение порогов чувствительности, дефицит идентификации запахов, который коррелирует с длительностью заболевания, ухудшение обонятельной памяти [3]. В работе Steven E. Arnold et al., 2001 было продемонстрировано, что у больных шизофренией нарушается нейрогенез в обонятельном эпителии, что ведет к увеличению числа незрелых обонятельных нейронов, более выраженное у больных не получавших лечения [4]. Предполагается, что в основе нарушений обоняния при шизофрении

могут лежать изменения в системе вторичных мессенджеров. Поскольку цАМФ обеспечивает передачу сигнала в обонятельных рецепторных нейронах, это может способствовать этиологии наблюдаемых обонятельных нарушений. Известно, что DISC1, ген восприимчивости к шизофрении, изолирует фосфодиэстеразу 4В (PDE4B), фермент, который инактивирует цАМФ, в неактивном состоянии и высвобождает его при повышении уровня цАМФ [5].

Цель: Учитывая многие известные клеточные и молекулярные сходства в нейрогенезе, дифференцировке и созревании между обонятельными нейронами и другими областями центральной нервной системы, мы предполагаем, что изучение обонятельных нарушений и его связи с психопатологической симптоматикой и когнитивным дефицитом является полезным для понимания патофизиологических механизмов при шизофрении.

Материал и методы. Исследование, на данный момент, является кросс-секционным. Объектом исследования были больные параноидной формой шизофрении, находящиеся на стационарном лечении в НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева в подостром состоянии и на стадии формирования ремиссии и группы здорового контроля.

Для оценки психической симптоматики и когнитивных функций у больных шизофренией использовались шкалы PANSS и BACS соответственно.

Исследование заключалось в оценке способности обнаруживать минимальную концентрацию пахучего вещества, вызывающую обонятельное ощущение. При этом определение качества этого запаха (идентификации) не требовалось, а значит данная характеристика отражает состояние периферического отдела обонятельного анализатора. В нашем исследовании участвовали пациенты с шизофренией, в возрасте 18 – 35 лет. Все участники находились в комфортном, хорошо проветриваемом помещении. К исследованию допускались испытуемые, не имеющие острых или хронических заболеваний ЛОР органов. Кроме того, всем подходящим по условиям исследования добровольцам предлагалось подписать информированное согласие на участие. Всем участникам испытания, а также экспериментатору, запрещалось использовать парфюмерные средства, за 45 минут до начала эксперимента принимать пищу, курить и пить любую жидкость, кроме воды. В качестве одоранта был выбран н-бутанол. Его разбавляли в дистиллированной воде, начиная с концентрации 1М (пробирка №1) с каждым последующим трехкратным разбавлением (пробирки №№ 2 – 13). В таблице №1 представлено соответствие номера пробирки и концентрации раствора н-бутанола в ней. Номера пробирок с одорантом при проведении исследования были закрыты от испытуемого. Вначале пациенту предлагалось почувствовать запах в пробирке с самой высокой концентрацией н-бутанола. Если ответ был положительным, то испытуемому предъявляли пробирки в порядке возрастания концентрации н-бутанола, начиная с самой низкой. Для этого открытую пробирку подносили участнику исследования на 3 – 5 секунд на расстояние 1 см от носа. Задача испытуемого заключалась в том, чтобы сообщить, в какой из предъявляемых пробирок он почувствовал запах. Далее, для подтверждения установленных порогов,

исследование повторялось. Пороговой концентрацией считалась минимальная концентрация одоранта, которую испытуемый определил в трех предъявлениях, а номер соответствующей пробирки считался результатом данного исследования.

Для оценки способности различать (отличать) одно пахучее вещество от другого без идентификации запахов (оценка центрального отдела обонятельного анализатора) пациенту предлагалось определить, какая из трёх предъявляемых пробирок содержит аромат, отличный от двух других. При этом концентрация всех одорантов, используемых в тестировании, была надпороговой. Каждая пробирка подносилась к носу испытуемого один раз, при этом озвучивался порядковый номер пробирки в данной тройке. После предъявления все трех пробирок пациенту предлагалось назвать номер пробирки, соответствующий отличному от аромата в двух других. Тестирование включало в себя 16 троек из внешне одинаковых пробирок. Положительным являлся ответ, при котором правильно назван номер пробирки с отличным запахом. Сумма положительных ответов является количественным результатом исследования. Нормальные значения чувствительности к *n*-бутанолу - 6-7 разведения, а нормальные значения дискриминации - 15-16 верно названных ответов.

Результаты. Было выявлено, что больные по значениям чувствительности к *n*-бутанолу не однородны. У 20% пациентов определялось повышение чувствительности к *n*-бутанолу, 36% пациентов имели нормальные значения чувствительности, а 44% чувствительность была снижена. У 80% исследованных пациентов отмечалось снижение способности к дискриминации запахов по сравнению со здоровыми. Пациенты с высокими баллами по шкале PANSS демонстрировали ухудшение способности к дискриминации запахов ($r=-0,51$), чем больше пациент совершал ошибок при различении запахов, тем выраженнее была продуктивная симптоматика ($r=-0,58$), особенно при наличии галлюцинаций ($r=-0,72$, $p<0,05$). Чем интенсивнее была галлюцинозная симптоматика, тем больше ошибок совершал пациент в задании на различение запахов. При этом связь когнитивных функций со способностью к дискриминации запахов была менее выражена ($r=0,54$), чем с чувствительностью ($r=0,62$). Пациенты, которые плохо справлялись с заданиями порядок чисел и речевая беглость, демонстрировали снижение обонятельной чувствительности ($r=0,62$) и способности к дискриминации запахов ($r=0,58$).

Выводы: Повышение чувствительности, обнаруживаемая у части пациентов, возможно, связана с нарушением генеза и увеличением числа незрелых клеток. Как известно, на незрелых клетках могут располагаться несколько разных рецепторов, что может приводить к гиперчувствительности. Этот же механизм может приводить к ухудшению способности к дискриминации.

Ввиду анатомической близости префронтальной коры с обонятельной системой связь между когнитивным дефицитом и обонятельной дисфункцией может отражать общность патофизиологических механизмов.

Важно отметить, что пациенты в состоянии лекарственной ремиссии, низкими баллами по шкале PANSS, обнаруживали нормальные значения порогов

обонятельной чувствительности. Этот факт подчеркивает роль дофаминергической системы в регуляции обоняния. Таким образом, обонятельные нарушения являются достаточно частым симптомом шизофрении, своевременное выявление таких расстройств может быть важным потенциальным диагностическим и клиническим биомаркером для ранней и дифференциальной диагностики при психоневрологических расстройствах и объективного контроля лечения.

Список литературы:

1. Bruce I. Turetsky M.D., Paul J. Moberg, Ph.D. An Odor-Specific Threshold Deficit Implicates Abnormal Intracellular Cyclic AMP Signaling in Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2009 February ; 166(2): 226–233
2. Bruce I. Turetsky M.D., Paul J. Moberg, Megan Quarmley, Erich Dress, Monica E. Calkins, Kosha Ruparel, Karthik Prabhakaran, Raquel E. Gur, David R. Roalf. Structural anomalies of the peripheral olfactory system in psychosis high-risk subjects. *Schizophrenia Research* 195 (2018) 197–205.
3. Yasin Yılmaz, Ezgi İnce, Halim Uğurlu, Alper Baş, Burak Tatlı, İbrahim Balcıoğlu. Clinical assessment and implication of olfactory dysfunction in neuropsychiatric disorders of childhood and adulthood: a review of literature.
4. Arnold S.E., Han L.Y., Moberg P.J., Turetsky B.I., Gur R.E., Trojanowski J.Q., Hahn C.G. Dysregulation of olfactory receptor neuron lineage in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001 Sep; 58(9): 829-35.
5. Bruce I. Turetsky M.D., Chang-Gyu Hahn, Karin Borgmann-Winter and Paul J. Moberg. Scents and Nonsense: Olfactory Dysfunction in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* Vol. 35 no. 6 pp. 1117–1131, 2009.

УДК 616.89-02-07

Хобта Е.Б., Сулопарова Д.А., Тарасов В.М.

Липомы головного мозга у пациентов с психическими расстройствами.

Исследование серии клинических случаев

*ГБУЗ “Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ”
г. Москва, Россия
e-mail: dr.khobta@gmail.com*

Актуальность. Внутречерпные липомы (ВЛ) описаны в литературе как редкие доброкачественные образования, на которые приходится <0,1% всех первичных новообразований головного мозга (ГМ). Сложность клинической оценки патогенности данных случаев связана с тем, что они не являются опухолями как таковыми, а являются результатом аномальной дифференцировки первичной мозговой оболочки (*meninx primitiva*). Липомы ГМ обычно обнаруживаются в виде случайных находок во время нейровизуализационных исследований ГМ или в результате патологоанатомического исследования при аутопсии. Они могут быть обнаружены в любом отделе мозга, однако для них более характерны определенные регионы: до 50% – перикалозальные липомы (45% которых ассоциированы с агенезией мозолистого тела) и 25% - липомы четверохолмной цистерны [2].

В настоящее время связь ВЛ с неврологическим и психическими нарушениями обсуждается в литературе. Так, ВЛ связывают с судорогами, головной болью и эпилепсией [1]. Липомы редко смещают соседнюю нервную ткань, тем самым не давая выраженной неврологической симптоматики. Ряд авторов сообщает о психических расстройствах, которые обнаруживаются на фоне ВЛ в области мозолистого тела, при этом не описывая очаговой неврологической симптоматики. Представлены случаи психотических расстройств у пациентов с ВЛ большого размера различной локализации, в том числе в области мозолистого тела и четверохолмной цистерны [4-6], т.е. их локализация находится на путях меж- или внутриполушарных взаимодействий. В этой связи представляет интерес гипотеза о роли дефектной межполушарной связи для манифестации шизофрении, опосредованной патологией мозолистого тела

Таким образом, вопрос роли ВЛ в отношении психической патологии остается дискуссионным. Не до конца остается ясным механизм возникновения липом в ГМ и их клиническая значимость, какое значение имеет локализация и размер данных образований. Не ясно, следует ли их считать «аномальной почвой» и фактором риска психических расстройств, или расценивать как «объемные образования» с соответствующими закономерностями развития. Недостаточно результатов эффективности психофармакотерапии или нейрохирургического вмешательства при ВЛ. Хотя описаны случаи нейрохирургического вмешательства при ВЛ большого размера, но их результаты противоречивы. Нет рекомендаций для алгоритма ведения данной категории пациентов с психическими расстройствами.

Цели. Изучение серии клинических случаев пациентов с психическими расстройствами эндогенного спектра, у которых при проведении нейровизуализационного исследования ГМ случайным образом обнаружена липома, для проверки гипотезы о взаимосвязи между психопатологией и ВЛ.

Материалы и методы. Исследование серии случаев способствует накоплению ценной информации о клинических признаках и течении патологии, факторах риска, этиологии.

В течение 3-х месяцев (сентябрь-ноябрь 2019г.) психиатрами и радиологами проводился скрининг результатов нейровизуализации госпитализированных пациентов, проведенной при рутинном обследовании в стационаре (КТ, МРТ), с помощью анализа электронной системы медицинской документации ГБУЗ «ПКБ1 ДЗМ» (МИС). Всего выделено 13 пациентов с ВЛ, в анализ включены 3 случая с размером ВЛ более 2см (2 мужчин и 1 женщина, 20, 48 и 73 лет соответственно). У пациента 20 лет обнаружено образование в области четверохолмия, у двух других - мозолистого тела. При неврологическом обследовании во всех случаях не было выявлено клинических нарушений ЦНС, но при нейровизуализации и исследовании биоэлектрической активности была выявлена патология. С целью качественного описания случаев была разработана исследовательская карта, подходящая для сбора информации с медицинской документации, электронных регистров больницы, а также при осмотре пациента. В числе качественных и ко-

личественных показателей использованы социо-демографические данные (образование, профессия, работа в течение жизни) и результаты клинического обследования (приложение 1). Исследуемым была проведена психометрическая оценка: Шкалы личностного и социального функционирования (PSP), Клинического Интервью Оценки Негативных Симптомов (CAINS), Самоопросника негативных симптомов (SNS). Пациент 20 лет и пациентка 73 лет были госпитализированы впервые через 8 и 5 лет соответственно с момента клинического проявления психического заболевания. Пациент 20 лет не посещал старшие классы школы, признан непригодным к службе в армии, оформляет инвалидность по психическому заболеванию. Пациентка 73 лет, имеет высшее образование, в течение жизни работала по профессии. Пациент 48 лет по данным документации попал в поле зрения психиатров через 25 лет после манифестации психических расстройств, работал не по специальности - барменом, 2 года на инвалидности по психическому заболеванию.

Результаты и обсуждение. В таблице 1 представлены результаты клинико-психологического и инструментального обследования пациентов.

Таблица 1. Клинический и нейровизуализационный профиль пациентов серии случаев

	ЖКО, ♂, 20 лет	ЛАЛ, ♂, 48 лет	РАМ, ♀, 73 года
Диагноз, шифр по МКБ-10	Шизотипическое расстройство на органически неполноценной почве. Декомпенсация. Становление терапевтической ремиссии. F21.8	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения. F20.014	Деменция сосудисто-атрофического генеза с бредовыми симптомами. F02.818. Хроническая ишемия головного мозга с признаками деменции.
Предполагаемая длительность заболевания/ психиатрического лечения	8 лет/3года психофармакотерапия, психотерапия, психообразование	28 лет/3года психофармакотерапия	5 лет/0,5года психофармакотерапия
Позитивные симптомы	Сверхценный (кататимный) бред, бредовое настроение идеи отношения	Галлюцинаторно-параноидный синдром: персекutoryный бред, слуховые галлюцинации, спутанность сознания	Галлюцинаторно-параноидный синдром: полиморфный бред: персекutoryный бред ущерба, слуховые галлюцинации, спутанность сознания
Аффективные симптомы	Депрессия, тревога, ангедония	—	Дистимия, ангедония

Негативные симптомы	РЭП, гипобулия, алогия, аффективное уплощение, снижение социальных контактов	Аффективное уплощение, гипобулия, алогия, снижение социальных контактов	Гипобулия, снижение социальных контактов и интересов
Когнитивные нарушения	Снижение концентрации внимания, инертность мышления	Выраженное снижение когнитивных функций	Деменция: снижение памяти, интеллекта
Поведенческие нарушения	Избегающее поведение, аутизация	Ригидность, социальная отгороженность, эпизоды агрессии	Агрессивное поведение

Результаты КТ/МРТ	ВЛ в проекции четверохолмной цистерны и межполушарном пространстве мозжечка 32x14x17мм; субарахноидальное ликворное пространство неравномерно расширено; обызвествления в хореоидальных сплетениях и шишковидной железе.	ВЛ в проекции мозолистого тела 43x16x9мм, киста прозрачной перегородки, признаки дисциркуляторной энцефалопатии	В проекции тела правого желудочка над мозолистым телом слева отмечается гиподенсивная плотность КА: -39 -65 ед.Х, жировая плотность. Умеренно равномерно-атрофические изменения. КТ-признаки энцефалопатии Дифференцировка белого и серого вещества снижена. Денситометрические показатели обоих полушарий мозга и в подкорковых структурах неравномерно снижены. В подкорковых структурах обоих полушарий определяется мелкие периваскулярные просветления, лакунарные маляционные очаги различной давности. Желудочки расширены: ширина третьего желудочка – 11мм, поперечник боковых желудочков мозга на уровне центральных отделов достигает 14мм. Подпаутинное субарахноидальное пространство на уровне лобных и теменных долей мозга неравномерно расширено.
--------------------------	--	---	--

В таб. 2 представлены результаты психометрических исследований по шкале CAINS и PSP. Результаты по CAINS показали имеющийся у всех пациентов дефицит как в сфере «Мотивации и удовольствия» (MAP), так и экспрессивности

(EXP). Показатели, представленные в таблице, наглядно демонстрируют глубину негативных расстройств, которые коррелируют с нарушениями, выявленными при объективном осмотре. Согласно шкале PSP, баллы, набранные пациентами, соответствуют выраженным нарушениям в различных сферах жизни, что коррелирует с данными, полученными при психопатологическом обследовании.

Таблица 2. Психометрическая оценка пациентов, включенных в серию случаев

	CAINS, MAP	CAINS, EXP	PSP
20, ♂	26	10	30
48, ♂	32	12	46
72, ♀	23	7	50

Клинические разборы и психометрическая оценка изученных случаев показали выраженный негативных симптомов и когнитивных расстройств, неразвернутый характер истинных галлюцинаций (преимущественно слуховых) и бредовых расстройств. У пациентов 20 и 73 лет психозы развились на фоне тяжелых депрессий.

При анализе случаев изучены факторы риска расстройств шизофренического спектра (РШС) (табл. 3).

Таблица 3. Анализ факторов риска РШС и влияния медикаментозной терапии

Факторы риска РШС	м, 20 лет	м, 48 лет	ж, 73 года
Наследственная отягощенность	Да	Нет	Нет
Алкоголизм родителей	Да	Нет	Нет
Аномалии перинатального периода	Да	Нет	Нет
Травмы, дисфункция речи, контроля внимания, нарушения поведения в детском возрасте	Да	Нет	Нет
Школьная дезадаптация, трудности обучения	Да	Нет	Нет
Резидуально-органические нарушения/минимальная мозговая дисфункция, соматически «неполноценная почва» в анамнезе	Да	Нет	Нет
Дисфункция биоэлектрической активности мозга	Да	Да	Да
Психопатологический диатез, уязвимость к стрессу, психическая патология до 25 лет	Да	Нет	Нет
Патопсихологические особенности	Да	Да	Да
Полиморфизм психопатологии на протяжении жизни	Да	Да	Да
Тяжелая соматическая патология	Нет	Да	Да

Локализация ВЛ	Да, четверохолмие	Да, мозолистое тело	Да, мозолистое тело
Диффузное поражение ГМ	Нет	Да	Да
Тяжелый/хронический стресс	Да	Да	Да
Зависимость от ПАВ	Да	Да	Нет
Выраженная когнитивная дисфункция, деменция	Нет	Да	Да
Эффективность психофармакотерапии	Значительная	Незначительная	Незначительная

Отмечается большое число факторов при раннем начале психических расстройств (случай 1), в то время как в 2-х других случаях, при которых манифестация заболевания происходила в более позднем возрасте, таких факторов было меньше. В первом случае нельзя однозначно объяснить нарастание негативных и когнитивных процессов наличием ВЛ, так как возможно, что ее вклад важен только с учетом многих других факторов.

Интересно, что в более благоприятных случаях – с развитием психозов/позитивных нарушений в зрелом и позднем возрасте, ВЛ располагалась в области мозолистого тела, что не совпадает с представлениями о врожденном характере патологии и сильной связи липом данной локализации с шизофреноформными расстройствами. В этих 2-х случаях имелись значительные негативные и когнитивные нарушения (вплоть до деменции) - существенно более выраженные, чем в случае больного 20, ♂ с ранней манифестацией заболевания.

Выводы. На основании изученных случаев сложно подтвердить наличие явной связи между психотической/ шизофреноформной симптоматикой, а также другими психическими нарушениями и ВЛ. Однако полностью исключать ее нельзя, особенно в отношении негативных симптомов. Нельзя также исключить, что развивающиеся процессы шизофрении и деменции сами становятся причиной пластических, метаболических и структурных нарушений ГМ.

Изучение серии случаев позволяет предположить, что в одних случаях роль ВЛ более значимая: способствует манифестации достаточно рано и возможно связана с ранним проявлением негативных нарушений. В других случаях психопатология может появляться позднее, чем в типичных случаях, в частности, при реализации экзогенных, соматогенных и других факторов риска, однако будет связана с выраженными негативными и когнитивными нарушениями.

Можно предположить повышение риска возникновения психических нарушений с местом локализации образования в веществе ГМ, в частности, в области четверохолмия и мозолистого тела, что позволяет говорить о необходимости дальнейшего исследования гипотезы о роли ВЛ, нарушающих кортикальную межполушарную связь, а также связь среднего мозга и мозжечка, в развитии РШС.

Таким образом, изучение ВЛ выходит за рамки изучения патологической почвы, резидуально-органических нарушений, обусловленных перинатальными и ранними постнатальными поражениями мозга, требует дальнейшего уточнения

эффективности медикаментозной терапии и целесообразности нейрохирургического лечения.

Список литературы:

1. Das, Sourav et al. "Quadrigeminal plate lipoma presenting with Psychosis: A case report with review of literature." *Iranian journal of psychiatry* vol. 10,4 (2015): 288-92.
2. Truwit C.L., Barkovich A.J. Pathogenesis of intracranial lipoma: an MR study in 42 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1990;155(4):855–865.
3. Chaim T.M., Schaufelberger M.S., Ferreira L.K. et al. Volume reduction of the corpus callosum and its relationship with deficits in interhemispheric transfer of information in recent-onset psychosis. *Psychiatry Res.* 2010;184(1):1–9.
4. Sala F., Talacchi A., Scarpa P., Bricolo A. (1998). Surgical treatment of quadrigeminal plate lipoma presenting with seizures and behavioural disorders. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*, 64(6), 818–819.
5. Das S., Saini M., Dhyani M., Gupta R. Quadrigeminal plate lipoma presenting with Psychosis: A case report with review of literature. *Iran J Psychiatry.* 2015;10(4):288–292.
6. Baumann CR, Regard M, Trier S, Schuknecht B, Siegel AM. Lipoma on the corpus callosum in a patient with schizophrenia-like episode: is there a causal relationship?. *Cogn Behav Neurol.* 2006;19(2):109–111.

УДК 616.89-008.441.4

Чижиков В.С., Зыкова О.В.

Анализ клинико-статистических показателей суицидального поведения среди пациентов с эндогенными заболеваниями на базе клиники первого психотического эпизода

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»
г. Москва, Россия
e-mail: v.chigman@yandex.ru; a.augenblik@gmail.com*

Актуальность. Самоубийства являются комплексной социальной и медицинской проблемой. Ежегодно в мире совершается около 1 млн. самоубийств и примерно в 10 раз больше суицидальных попыток [1]. По данным ВОЗ, в 2012 г. число смертей по причине самоубийства в среднем составило до 11,4 на 100 тыс. населения [2]. Уровень суицидов в Российской Федерации составляет от 16,7 на 100 тыс. в городах до 33,7 в сельской местности [3], поэтому проблема изучения суицидальных тенденций в нашей стране стоит особенно остро. Существующая статистика только подчеркивает важность профилактики и своевременной диагностики суицидального поведения.

Целью исследования является изучение особенностей проявления суицидального поведения среди пациентов клиники первого психотического эпизода города Москвы. Интересы коллектива авторов сосредоточены на анализе уровня риска суицидального поведения, его распространенности, а также на выявлении основных диагнозов, при которых данное поведение встречается чаще всего.

Материал и методы исследования. Изучение распространенности суици-

дальнего поведения среди пациентов с эндогенными заболеваниями проводилось на базе Клиники первого психотического эпизода (КПЭ). Работа КПЭ направлена на оказание специализированной медицинской помощи пациентам с начальными проявлениями эндогенных психотических расстройств и высоким потенциалом сохранения социального функционирования, в целях раннего начала психофармако- и психосоциальной терапии. Критериями госпитализации в КПЭ являются:

- 1) коды заболевания по МКБ 10: F2X.XXX и F3X.XXX;
- 2) длительность заболевания не более 5-ти лет;
- 3) число предшествующих госпитализаций в психиатрический стационар (не более 3-х по анамнестическим сведениям);
- 4) отсутствие инвалидности по психическому заболеванию на момент госпитализации, сохранения трудовой и/или учебной функции.

Для изучения структуры суицидального поведения среди пациентов Клиники первого психотического эпизода был проведен анализ одного дня работы отделения (срез) с исследованием историй болезни всех пациентов, находящихся на лечении.

Особенностью работы клиники первого психотического эпизода является проведение интервью с использованием “Опросника риска суицидального поведения”, разработанного специалистами ГБУЗ ПКБ №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ, всем пациентам, поступающим на лечение в связи с суицидальным поведением.

Опросник представляет собой интервью, в ходе которого определяется наличие у пациента антивитальных переживаний, пассивных суицидальных мыслей, суицидальных замыслов, намерений или незавершенных намерений с сохраняющими свое значение антисуицидальными факторами. Также оцениваются анамнестические сведения пациента, а именно случаи нанесения пациентом самому себе любых физических травм и повреждений, суицидальных попыток любого типа, наличие недавних (или текущих) активных суицидальных высказываний, заявлений или угроз; недавних или только что совершенных суицидальных попыток любого типа; явной подготовки к суициду.

После прохождения опросника пациенты распределялись в пять групп по уровням риска суицидального поведения: низкий, незначительный, умеренный, умеренно высокий и очень высокий риск.

Срез был выполнен 20 февраля 2020 года (20.02.2020), на тот момент в отделении находилось 35 пациентов, среди них 20 женщин и 15 мужчин. Средний возраст пациентов отделения - 23,571 лет, при этом средний возраст пациентов женского пола - 23,55 лет, мужского - 23,6 лет.

Из 35 пациентов, находящихся на лечении, 18 (51,42%) поступили в связи с суицидальным поведением, из них 13 - самостоятельно (или по инициативе близких) обратились за медицинской помощью и подписали информированное добровольное согласие (ИДС) на медицинское вмешательство.

Средний возраст пациентов, прошедших опросник в связи с наличием суицидального поведения в анамнезе составил 21,444 лет, при этом средний возраст лиц женского пола (12 человек) - 21,167 лет, лиц мужского пола (6 человек) - 22 года. Статистическая обработка данных проводилась дескриптивным методом.

Результаты и их обсуждение. При поступлении пациенты распределялись в пять групп по уровням риска суицидального поведения согласно результатам опросника «Оценка суицидального риска: клинические признаки». Опросник показал, что из 18 опрошенных пациентов у 8 уровень суицидального риска определялся как умеренный, у 3 - умеренно-высокий, и у 7 очень высокий соответственно. Кроме того, анализ показал, что пациентам с суицидальным поведением при поступлении чаще выставлялся первичный диагноз из блока F2 (10 пациентов), тогда как диагноз из блока F3 был выставлен лишь в 6 случаях, F6 - в 2 случаях. Характеристика суицидального поведения по уровню риска представлена в сводной таблице:

	F2	F3	F6
Низкий риск суицидального поведения	-	-	-
Незначительный риск суицидального поведения	-	-	-
Умеренный риск суицидального поведения	5	3	-
Умеренно высокий риск суицидального поведения	2	1	-
Очень высокий риск суицидального поведения	3	2	2
Итого:	10	6	2

Превалирование диагнозов блока F2 над блоком F3 может быть следствием нескольких причин, среди которых гиподиагностика аффективных расстройств, особенности критериев госпитализации в КПЭ, коморбидность аффективных расстройств и расстройств шизофренического спектра.

В структуре суицидального поведения у 14 пациентов выявлялись антивитальные переживания (и/или пассивные суицидальные мысли); у 9 пациентов - суицидальные замыслы (или незавершенное намерение с сохраняющими свое значение антисуицидальными факторами); суицидальные намерения отмечались у 3 обратившихся. При этом в анамнезе случаи нанесения пациентом самому себе любых физических травм и повреждений обнаруживались у 11 человек; у 7 пациентов в анамнезе присутствовала хотя бы одна суицидальная попытка любого типа. У 12 пациентов отмечались недавние или текущие активные суицидальные высказывания, заявления или угрозы, при этом 3 человека имели в анамнезе недавнюю или только что совершенную суицидальную попытку любого типа (или осуществляли явную подготовку к суициду). Обращает на себя внимание тот факт, что риску суицидального поведения подвержены не только пациенты, имеющие в анамнезе совершенные попытки (или активно высказывающие суицидальные намерение), но и пациенты, упоминающие о наличии суицидальных мыслей только при детальном расспросе. Также детальному расспросу и активному наблюдению целесообразно подвергать пациентов, в анамнезе которых имеются сведения о самоповреждениях в любых проявлениях.

Выводы. Учитывая высокий процент пациентов с суицидальным поведением целесообразным является попытка модернизации системы ведения пациентов, поступающих на лечение в психиатрические клиники. Проведение более ка-

чественных и глубоких интервью с использованием современных инструментов может повысить выявляемость суицидального поведения среди всех пациентов и тем самым способствовать предупреждению завершенных суицидов. Однако данные предположения необходимо подтвердить путем проведения более масштабных исследований.

Список литературы:

1. Ласый Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (инструкция по применению для среднего медицинского персонала). Белорусская медицинская академия последипломного образования. //Минск: БелМАПО. – 2009.– 15 с.
2. World Health Organization et al. Preventing suicide: a global imperative: World Health Organization. – 2014.
3. Морев М.В., Шматова Ю.Е. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект //Суицидология. – 2014. – Т. 5. – №. 1 (14). – С. 3-11.

УДК 616.89

Чурбакова О.Ю.

Уровень субъективного контроля больных страдающих расстройством личности, шизоидного и параноидного типа

*Областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения
«Тамбовская психиатрическая клиническая больница»
г. Тамбов, Россия
e-mail: churbakova-o@mail*

Введение. В последнее время увеличилось количество больных страдающих шизоинными и параноидными расстройствами личности. Это больные, как находящиеся на амбулаторном лечении, так и на стационарном. Расстройства личности ведут к ее последующей дезадаптации или ложной гиперкомпенсаторной социальной адаптации. Уровень самоконтроля, выражающийся в том числе в интернальности, как известно, у таких больных снижен. В то же время, с наступлением ремиссии, когда повышается адаптивность и больному требуется не стационарное лечение, а более легкая форма - амбулаторное лечение, повышается и интернальность. Снижение уровня самоконтроля у больных психопатией является фактором, приводящим к обострению с последующей госпитализацией. Поэтому целью нашего исследование стало: выявить специфику интернальности в различных сферах отношений у больных с шизоидными и параноидными расстройствами личности в условиях амбулаторного и стационарного лечения.

Объект исследования: самоконтроль у больных с параноидными и шизоидными расстройствами личности. **Предмет** исследования: уровень интернальности у больных с шизоидными и параноидными расстройствами личности в условиях амбулаторного и стационарного лечения. **Гипотеза:** интернальность лиц с расстройствами личности у больных, лечащихся в стационаре ниже, чем у больных, лечащихся амбулаторно. Мы также предположили, что больные с ши-

зоидными расстройствами личности показывают большую интернальность в области неудач и межличностных, семейных отношений, а параноидные больные обнаруживают ее в области достижений и экстернальность в области неудач.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие пациенты психиатрической больницы страдающие психопатическими расстройствами личности с шизоидными и параноидными чертами характера. Возраст испытуемых от 19 до 45 лет. Социальное положение разное: работающие и не работающие, обучающиеся или не обучающиеся. Изучив анамнез больных было выявлено, что большинство из них находятся в трудном социальном положении: трудное материальное положение, безработица, неблагоприятные отношения в семье и т.д. Количество испытуемых составило 35 человек из 1, 2, 4, 10, 20 отд., а также больные находящиеся на амбулаторном лечении. Которые были разделены на 2 группы: 1) лечатся в стационаре 2) находятся на амбулаторном лечении. Для выявления интернальности в разных сферах отношений была использована методика УСК Бажина, Эткинды, Голынкиной, также для выявления специфики интернальности относительно типа расстройства были использованы показатели по соответствующим шкалам методики ММРІ.

Описание оцененных шкал:

1. **Шкала общей интернальности (И о).** Высокий показатель по этой шкале соответствует высокому уровню субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в их жизни является результатом их собственных действий, что они могут ими управлять, и, таким образом, они чувствуют свою собственную ответственность за эти события и за то, как складывается их жизнь в целом. Низкий показатель по шкале **Ио** соответствует низкому уровню субъективного контроля. Такие люди не видят связи между своими действиями и значимыми для них событиями жизни, не считают себя способными контролировать эту связь и полагают, что большинство событий и поступков являются результатом случая или действий других людей. 2. **Шкала интернальности в области достижений (Ид).** Высокие показатели по этой шкале соответствуют высокому уровню субъективного контроля над эмоционально положительными событиями и ситуациями. Такие люди считают, что они сами добились всего того хорошего, что было и есть в их жизни, и, что они способны с успехом преследовать свои цели в будущем. Низкие показатели по шкале **Ид** свидетельствуют о том, что человек приписывает свои успехи, достижения и радости внешним обстоятельствам - везению, счастливой судьбе или помощи других людей. 3. **Шкала интернальности в области неудач (Ин).** Высокие показатели по этой шкале говорят о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям, что проявляется в склонности обвинять самого себя в разнообразных неприятностях и страданиях. Низкие показатели **Ин** свидетельствуют о том, что человек склонен приписывать ответственность за подобные события другим людям или считать эти события результатом невезения. 4. **Шкала интернальности в семейных отношениях (Ис).** Высокие показатели **Ис** означают, что человек считает себя ответственным за события,

происходящие в его семейной жизни. Низкий **Ис** указывает на то, что субъект считает не себя, а своих партнеров причиной значимых ситуаций, возникающих в его семье. 5. **Шкала интернальности в области производственных отношений (Ис)**. Высокий **Ис** свидетельствует о том, что человек считает свои действия важным фактором организации собственной производственной деятельности, в складывающихся отношениях в коллективе, в своем продвижении и т. д. Низкий **Ис** указывает на то, что человек склонен приписывать более важное значение внешним обстоятельствам - руководству, товарищам по работе, везению - невезению. 6. **Шкала интернальности в области межличностных отношений (Им)**. Высокий показатель **Им** свидетельствует о том, что человек считает себя в силах контролировать свои формальные и неформальные отношения с другими людьми, вызывать к себе уважение и симпатию. Низкий **Им** напротив, указывает на то, что человек не может активно формировать свой круг общения и склонен считать свои межличностные отношения результатом активности партнеров. 7. **Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из)**. Высокие показатели **Из** свидетельствуют о том, что человек считает себя во многом ответственным за свое здоровье: если он болен, то обвиняет в этом самого себя и полагает, что выздоровление во многом зависит от его действий. Человек с низким **Из** считает здоровье и болезнь результатом случая и надеется на то, что выздоровление придет в результате действий других людей, прежде всего врачей.

Результаты исследования. Исследование самооценок людей с разными типами субъективного контроля показало, что люди с низким **УСК** характеризуют себя как эгоистичных, зависимых, нерешительных, несправедливых, суевливых, враждебных, неуверенных, неискренних, несамостоятельных, раздражительных. Люди с высоким **УСК** считают себя добрыми, независимыми, решительными, справедливыми, способными, дружелюбными, честными, самостоятельными, невозмутимыми. Таким образом, **УСК** связан с ощущением человеком своей силы, достоинства, ответственности за происходящее, с самоуважением, социальной зрелостью и самостоятельностью личности. По результатам методики **УСК** оказалось, что у обеих групп больных находящихся на амбулаторном и стационарном лечении с параноидными и шизоидными расстройствами личности испытуемых по показателям интернальности низкая. Мы провели сравнительный анализ по показателям между 2-мя группами стационарной и амбулаторной испытуемых и обнаружил различие по шкалам: интернальность достижений и интернальность в отношении здоровья и болезни. При этом интернальность в области здоровья выше у амбулаторных больных, что говорит о том, что эти испытуемые считают себя более ответственными за состояние своего здоровья, и это служит некоторым подтверждением их статуса как более здоровых. Возможно, что это является отрицанием наличия у них психического заболевания с учетом специфики проявления диагноза. Госпитализацией больных по результатам исследований служит, снятие с себя ответственности за свое здоровье, прерывание поддерживающего лечения. Больные, получающие лечение амбулаторно, отличаются более высоким показателем по шкале интернальности в области достижений, что

соответствует склонности испытуемых считать достигнутые успехи результатом собственных качеств и проявлений активности. Это также может служить симптоматикой заболевания, ведь приписывание тяжелыми больными происходящих с ними событий внешним обстоятельствам говорит о полном или частичном снятии с себя ответственности, следствием чего может служить девиантное поведение с последующей принудительной госпитализацией. Таким образом, если эти проявления остаются в норме то больной может находиться на амбулаторном лечении, а если наблюдается их снижение, то это признак обострения, и может стать рекомендацией к стационарному лечению. По другим шкалам значимых различий не обнаружено. Однако качественный анализ показателей интернальности по уровням ее проявления (низком, среднем и высоком) позволил нам увидеть, что процент испытуемых с высоким уровнем интернальности в производственных отношениях значительно больше среди амбулаторных больных, что также подтверждает их большую социальную адаптированность. Чтобы выявить специфику самоконтроля в зависимости от типа расстройства испытуемые были разделены на 2-е группы (больные находящиеся на амбулаторной и стационарной форме лечения): 1) шизоиды и 2) параноиды. Сравнительный анализ этих групп показал, что они значительно различаются по показателю общая интернальность. При этом она выше у параноидных больных. В целом это соответствует специфической симптоматике лиц с параноидным расстройством личности, так как они отличаются подозрительностью, недоверчивостью, высоким контролем за поведением других. Кроме этого, качественный анализ показателей интернальности по уровням ее проявления (низком, среднем и высоком) позволил нам увидеть, что процент испытуемых с высоким уровнем интернальности в производственных отношениях значительно больше среди параноидных больных, а в межличностных и семейных отношениях значительно больше у шизоидных больных. Это также хорошо объясняется спецификой данных заболеваний, ведь параноиды особенно осторожны и недоверчивы чужим людям, что заставляет их быть наиболее бдительными, осторожными, проявлять контроль. В свою очередь шизоиды наибольшее напряжение и дискомфорт испытывают, если кто-то пытается вторгнуться в их личный мир, требуют от них эмпатии, что наиболее и характерно для ситуаций межличностного общения, в семье, поэтому здесь и приходится проявлять больше ответственности и контроля. Проведя исследование с помощью методики УСК и сравнив результаты, полученные по показателям 2-х групп больных находящихся на амбулаторном и стационарном лечении с шизоидными и параноидными расстройствами личности, было выявлено, что у обеих групп низкие показатели по шкале интернальности. Также мы провели сравнительный анализ по показателям между 2-мя группами стационарной и амбулаторной испытуемых и обнаружил различие по шкалам: интернальность достижений и интернальность в отношении здоровья и болезни. Чтобы выявить специфику самоконтроля в зависимости от типа расстройства испытуемые были разделены на 2-е группы (больные находящиеся на амбулаторной и стационарной форме лечения): 1) шизоиды и 2) параноиды. Сравнительный анализ этих

групп показал, что они значительно различаются по показателю общая интернальность, а также выявили, что процент испытуемых с высоким уровнем интернальности в производственных и семейных отношениях значительно больше среди параноидных, а в межличностных и семейных отношениях значительно больше у шизоидных больных, что соответствует специфики данного заболевания.

Выводы. В целом, полученные данные подтвердили наше первое предположение и позволили выявить особенности интернальности у шизоидных и параноидных больных. Результаты исследования могут быть использованы для разработки дополнительных критериев при постановке диагноза и назначения лечения лиц с расстройствами личности.

УДК 616.89-02-07: 616.895.4

Шишкова Т.И., Рязанская Г.В., Шляхова А.А., Худякова М.С.

Применение векторных моделей анализа текста для исследования нарушений речи при эндогенных психозах

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
НИУ «Высшая школа Экономики»
г. Москва, Россия*

Актуальность темы. Нарушения мышления, которые отражаются в речи пациентов – один из критериев диагностики расстройств шизофренического спектра в классификациях МКБ-10 и DSM-5 [1]. Несмотря на признание их значимости, расстройства мышления и речи не имеют четкого определения; В качестве попыток систематизации данных нарушений, можно привести двухфакторную модель, в которой формальные расстройства мышления (ФРМ) делятся на позитивные (куда включают речевой напор, неологизмы, соскальзывания, разноплановость, манерность) и негативные (бедность речи и замедленность мышления) [2]. В зарубежной литературе разработано несколько шкал для оценки ФРМ, но они до сих пор не переведены на русский язык [1]. В то же время, в отечественной клинической практике принято оценивать расстройства мышления с помощью патофизиологических методов [3]. Кроме того, делаются попытки оценить расстройства речи/мышления с помощью методов лингвистического анализа, в том числе автоматизированного, но в отечественной психиатрии эта тема мало разработана. Методы автоматизированного анализа были предложены лишь для некоторых показателей формальных расстройств мышления, таких как: разрыхление ассоциаций [4], тангенциальность, а также локальная и глобальная связность [5]. Обобщить эти данные трудно: все работы выполнены на несопоставимых выборках пациентов, владеющих разными языками, а полученные результаты крайне неоднозначны. В настоящей работе использовалось широко известное задание на вербальную беглость, в котором пациента просят назвать как можно больше животных за одну минуту. Этот метод, который часто используется при когнитивном тестировании, предположительно позволяет оценить как негативные, так и позитивные аспекты ФРМ [6]. Так, выраженность негативных расстройств мышления сказывается на общем количестве

произносимых слов, а выраженность позитивных (дезорганизации мышления) – на смысловой связи между последними. Во втором случае при оценке задания полученную последовательность слов разбивают на кластеры – слова, объединенные общей темой (например, домашние животные или лесные животные), при этом к какой группе отнести животное, исследователи определяют, по существу, произвольно [7]. При такой постановке эксперимента уже были описаны значимые различия в выполнении задания между пациентами, страдающими шизофренией и здоровыми добровольцами: пациенты используют меньше категорий слов и чаще приводят слова, которые не могут быть объединены в одну категорию с другими. Векторные модели анализа текста опираются на корпус текстов русского языка (литературных произведений, текстов из сети), который содержит массивные статистические данные о частоте применения слов в одном контексте, что позволяет отнести их к определенной смысловой группе на основании количественного показателя (так называемой косинусной близости векторов слов). Этот метод представляется более объективным, чем другие и, будучи примененным в зарубежных исследованиях, позволил получить значимые результаты [5].

Цель исследования - использовать векторные модели анализа текста, описанные в литературе в качестве применимых с целью изучения речи при шизофренических психозах, для исследования русскоязычной когорты.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 20 пациентов (15 женщин, 5 мужчин), находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ (отдел эндогенных психозов и аффективных состояний, главный научный сотрудник отдела – д.м.н., проф. И.В. Олейчик) с диагнозами шизофрения (F20.01, галлюцинаторно-параноидный синдром, 15 человек) и шизоаффективное расстройство (F25.1 депрессивно-параноидный синдром, 3 человека; и F25.2 маниакально-парафренный синдром, 2 человека). Пациенты осматривались в на этапе становления ремиссии. Критерии включения: возраст от 18 до 45 лет, отсутствие тяжелых соматических и неврологических заболеваний. В контрольную группу, сопоставимую по полу, возрасту и уровню образования с исследуемой, вошел 21 человек (из них 18 женщин), набранных путем онлайн-анкетирования с использованием опросника SCL-90-R - Symptom Checklist-90-Revised. Критерии включения: возраст от 18 до 45 лет, отсутствие тяжелых соматических и неврологических заболеваний, психических расстройств и фактов приема ПАВ в анамнезе, результат по SCL-90-R ниже порогового значения (общий индекс выраженности симптомов – 0,55) [8], в психиатрическом интервью — несоответствие критериям диагностики расстройств шизофренического спектра по МКБ-10. В группе контроля отмечены и проанализированы отдельно лица, у которых обнаружены единичные симптомы шизотипического расстройства, при общем несоответствии критериям данной нозологии (5 человек). Обе группы оценивались по PANSS (шкала позитивных, негативных, а также общих психопатологических симптомов; при этом, отдельно рассчитывался индекс расстройств мышления по формуле P2+P3+P5+G9, согласно [9]), кроме того, всем исследуемым предоставили материал задания на вербальную беглость (соглас-

по инструкциям The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS) для оценки методом векторного анализа. В рамках последнего подхода оценивались как традиционные показатели (количество необычных слов, количество повторов), так и параметры, основанные на методе векторной семантики: минимальный, максимальный и средний размер кластера (ряда слов, которые объединены в группу на основе данных о частотности встречаемости в общем контексте); минимальная, максимальная и средняя попарная косинусная близость векторов (насколько, в среднем, у данного испытуемого слова, которые произносятся друг за другом, относятся к общему контексту). Качественный анализ проводился методом главных компонент (principal component analysis, PCA). В этом методе главная компонента — это вектор, который наилучшим образом усредняет все изначальные векторы и объясняет дисперсию в их рамках. Все главные компоненты упорядочены в порядке убывания; таким образом, первая главная компонента объясняет большую часть дисперсии. Разница между группами дополнительно оценивалась с помощью t-теста с поправкой на множественные сравнения (поправка Бонферрони). Для выявления корреляции с результатами PANSS использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена (поскольку данные не подчинялись нормальному распределению, что не допускает использование параметрических тестов).

Результаты и обсуждение. На рис. 1 представлены результаты PCA. Исходя из результатов качественного анализа, можно ожидать, что наибольшей предсказательной силой в отношении диагноза будет обладать показатель «количество слов», он также будет иметь отчетливую обратную корреляцию с результатами PANSS. Следует отметить, что «максимальная длина кластера» и количество лет образования проецируются как практически один и тот же вектор. Кроме того, вектор средней косинусной близости имеет отрицательное направление по отношению ко второй главной компоненте, а показатель пола — положительное.

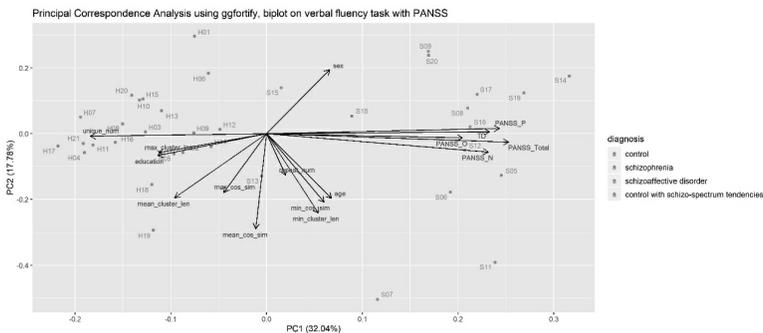


Рис. 1. График PCA по результатам задания на вербальную беглость. Контрольная группа отмечена красным, контроль с отдельными симптомами F21 (магическое мышление, переходящие параноидные идеи и необычные феномены восприятия) — фиолетовым, пациенты с F20 (шизофрения, галлюцинаторно-

параноидный синдром) — зеленым, пациенты с F25 (шизоаффективное расстройство, депрессивно-параноидный и маниакально-парафренный синдром) — голубым. PANSS_Total – общее значение PANSS, PANSS_O – значение по шкале общих психопатологических симптомов PANSS, PANSS_P – значение по шкале позитивных симптомов PANSS, PANSS_N – значение по шкале негативных симптомов PANSS, TD – индекс расстройств мышления по PANSS; unique_num — количество слов, repeat_num – количество повторов, mean_cluster_len – средняя длина кластера, min_cluster_len – минимальная длина кластера, max_cluster_len – максимальная длина кластера; mean_cos_sim – средняя попарная косинусная близость векторов, min_cos_sim – минимальная попарная косинусная близость векторов, max_cos_sim – максимальная попарная косинусная близость векторов. Стрелками обозначены проекции изначальных данных на векторы главных компонент.

В таблице 1 представлены результаты количественного анализа. По всем показателям, кроме средней косинусной близости, исследуемая и контрольная группы значимо отличаются.

группа показателей	название показателя	t	значение p
традиционные	количество слов	-16.62	p < 1e-16 ***
	количество повторов	-1.07	p > 0.05
кластеризации	средняя длина кластера	-14.32	p < 1e-20 ***
	минимальная длина кластера	-6.52	p < 1e-6 ***
	максимальная длина кластера	-16.58	p < 1e-18 ***
косинусные	средняя косинусная близость	-0.66	p > 0.05
	минимальная косинусная близость	3.1	p < 0.05 *
	максимальная косинусная близость	-4.36	p < 0.001 **

Таблица 1. Независимые результаты t-теста для групповых эффектов по результатам задания на вербальную близости. * – значимо при 0.05, ** – значимо при 0.01, *** – значимо при 0.001.

В соответствии с результатами PCA, значимая корреляция с результатами PANSS после применения поправки Бонферрони обнаружена только для показателя «количество слов». Коэффициент ранговой корреляции Спирмена (rho) приведен в таблице 2.

	PANSS, общий балл	PANSS, общие психопатологические симптомы	PANSS, позитивные симптомы	PANSS, негативные симптомы	PANSS, нарушения мышления
rho	-0.68	-0.6	- 0.65	- 0.66	-0.64
значение p	p < 0.0001***	p < 0.005**	p < 0.0005***	p < 0.0005***	p < 0.0005***

Таблица 2. Корреляция показателя «количество слов» в тесте на вербальную близость с баллами по PANSS * – значимо при 0.05, ** – значимо при 0.01, *** – значимо при 0.001.

Выводы. Векторные модели анализа текста опробованы на русскоязычной когорте пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра и здоровых лицах контрольной группы, при этом получены статистически значимые результаты. Данные о корреляции количества слов в тесте на вербальную беглость с показателями по шкале PANSS согласуются с результатами прежних исследований. Значимые различия между группами по показателям кластеризации при отсутствии корреляции с баллами по PANSS, позволяют предположить, что лингвистический анализ выявляет особенности речи и мышления, которые не регистрируются шкалой PANSS, и описанный метод является перспективным в качестве дополнения к ней. Исходя из результатов PCA, следует отметить, что более низкие результаты средней косинусной близости отмечались у испытуемых мужского пола при отсутствии корреляций как с PANSS, так и с фактом наличия/отсутствия диагноза расстройств шизофренического спектра, что может быть проявлением гендерных особенностей.

Список литературы

1. Смирнова Д. А., Слоева Е. А. Шизофрения как расстройство языка //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2015. – Т. 17. – №. 5-3.
2. Kircher T. et al. Formal thought disorders: from phenomenology to neurobiology //The Lancet Psychiatry. – 2018. – Т. 5. – №. 6. – С. 515-526.
3. Скугаревская М. М., Фролова Ю. Г. Формальные расстройства мышления в структуре психических расстройств //Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – №. 2. – С. 78-88.
4. Rosenstein M., Foltz P., Vaskinn A., Elvevåg B. (2015). Practical issues in developing semantic frameworks for the analysis of verbal fluency data: A Norwegian data case study. In *Proceedings of the 2nd Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: From linguistic signal to clinical reality* (pp. 124-133).
5. Elvevåg B., Foltz P. W., Weinberger D. R., Goldberg T. E. (2007). Quantifying incoherence in speech: An automated methodology and novel application to schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 93(1-3):304–316.
6. Holshausen K. et al. Latent semantic variables are associated with formal thought disorder and adaptive behavior in older inpatients with schizophrenia //Cortex. – 2014. – Т. 55. – С. 88-96.
7. Алфимова М. В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 3.
8. Kioseva O. V. (2016). Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов. *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств (diagnosis and treatment of psychological and narcological disorders)*, 1(86):1–4.
9. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. - М.: Новый цвет, 2001.

УДК: 159.9.07

Шуненков Д.А.¹, Воронцова В.С.^{2,3}, Иванова П.О.², Иванова Е.М.^{2,4}

Апробация русскоязычной версии рисуночного теста для оценки страха насмешки (гелотофобии)

¹ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, г. Иваново.

²ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г. Москва

³ФГБНУ ФНКЦ реаниматологии и реабилитологии, г. Москва.

⁴ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва.

Актуальность. Гелотофобией был назван патологический страх казаться смешным [5]. В. Рух и Р.Т. Пройер разработали модель оценки гелотофобии, основанную на типичных высказываниях пациентов. Ими был создан первый опросник для выявления гелотофобии – GELOPH<46>, а позже его сокращенная версия – GELOPH<15> [4]. В. Рух и согр. предложили несколько дополнительных методов для оценки гелотофобии, в том числе полупроективный рисованный тест гелотофобии Picture-GELOPH, сконструированный по аналогии с тестом Розенцвейга [3]. Достоинством методики является ее проективный потенциал, однако субъективность интерпретации является существенным недостатком. В дальнейшем с целью формализации оценки гелотофобии авторами был доработан этот вариант теста и создана его сокращенная версия, состоящая из 9 картинок – Picture-GELOPH<9>. При сокращении методики была также разработана система формализации оценки результатов [2]. Картинки рисуночного теста гелотофобии изображают ситуации неоднозначных социальных взаимодействий: людей, над которыми, возможно, насмеяются или ситуации, в которых люди могут выглядеть смешными. Все картинки были подобраны так, чтобы они провоцировали у людей, склонных к этому, проявления страха насмешки [2].

Как отмечают авторы теста [2], Picture-Geloph<9> может быть предпочтительнее GELOPH<15>, поскольку в данном случае респонденту не навязываются готовые характеристики гелотофобии, как в опроснике. Кроме того, при индивидуальной работе ответы индивидов на Picture-Geloph<9> могут быть впоследствии использованы в качестве отправной точки для диагностического интервью. Например, в терапевтической ситуации клиницист может сначала предоставить Picture-Geloph<9> и затем пройти по картинкам и исследовать, что заставило пациента предоставить соответствующие ответы. По их мнению, можно считать целесообразным совмещать Picture-Geloph<9> с последующим GELOPH<15> для более точной диагностики страха насмешки. Такой порядок использования может помочь не подготавливать лиц при ответе на вопросы анкеты в целях обеспечения принятия безопасных диагностических решений в противовес систематическим ошибкам выборочного метода (например, когда люди имеют тенденцию соглашаться со всеми вопросами GELOPH<15>).

Цель: апробация рисуночного теста гелотофобии Picture-GELOPH<9> на русскоязычной выборке.

Материалы и методы: В первом этапе исследования приняли участие 101 студент медицинского ВУЗа (группа 1): 25,7% мужчин и 70,3% женщин в воз-

расте от 20 до 27 лет ($M=21,8$, $SD=1,3$). Исследование проводилось в групповом формате в письменной форме. Участникам было предложено заполнить рисуночный тест гелотофобии, а после него - опросник GELOPH<15> [1].

Во втором этапе исследования приняли участие 92 испытуемых (группа 2): 31,5% мужчин и 68,5% женщин в возрасте от 18 до 52 лет ($M=27,7$, $SD=6,0$). По полу и возрасту данная выборка сопоставима с выборкой оригинального исследования, в котором приняли участие 44,7% мужчин и 55,3% женщин в возрасте от 18 до 60 лет ($M=26,2$, $SD=10,9$). На данном этапе была воспроизведена процедура оригинального исследования. Испытуемые были набраны посредством распространения информации об исследовании в сети Интернет. При переходе по ссылке участник открывал google-форму. Последовательно предъявлялись опросник GELOPH<15> и рисуночный тест гелотофобии. Предъявлению каждой методики предшествовала соответствующая ей инструкция.

При оценке протоколов эксперты руководствовались общими определениями балльной шкалы и переведенным подробным руководством по кодированию ответов применительно к каждой картинке теста, которое было нам любезно предоставлено авторами оригинальной методики в исследовательских целях. Для оценки протоколов были задействованы 4 эксперта, занимающихся изучением гелотофобии и юмора. Эксперты проводили оценку протоколов независимо друг от друга и не знали, сколько баллов получили участники по опроснику GELOPH<15>. Каждый эксперт производил оценку ответов всех испытуемых по каждой картинке. Для статистической обработки использовалась программа Statistica 10. Были использованы параметрические и непараметрические методы. Описательные статистики представлены средним значением (M) и стандартным отклонением (SD).

Результаты и обсуждение. На первом этапе анализа с помощью коэффициента конкордантности Кендалла была проведена оценка уровня согласованности экспертных оценок. Были получены сходные показатели коэффициента во всех этапах исследования (0,88; 0,85), что позволяет говорить о высокой согласованности оценок четырех экспертов. В оригинальном исследовании ответы испытуемых оценивались двумя экспертами, средняя корреляция оценок была равна 0,61 [2]. С итоговой объединенной оценкой (среднее арифметическое итоговых оценок всех экспертов по каждому испытуемому) оценки всех экспертов коррелировали весьма высоко (от 0,89 до 0,96).

Для расчета описательных статистик использовались итоговые объединенные оценки всех 4х экспертов по каждому испытуемому (таблица 1). В таблице 1 приведены результаты психометрического анализа всех картинок для всех этапов в сопоставлении с данными оригинального исследования [2]. Также был проведен факторный анализ итоговых суммарных оценок методом главных компонент, в результате отдельно для данных каждой из групп было выделено 3 фактора. Число и собственные значения выделенных факторов сопоставимы с данными оригинального исследования. Для картинки 1 значения СИТС (откорректированный пункт – суммарная корреляция) и FUPC (факторной нагрузки на первый не

повернутый основной компонент) сопоставимы с данными оригинального исследования. Для картинок 2 и 9 значения данных параметров также близки к оригинальным данным, что говорит о релевантности этих картинок в общей структуре теста и для российской выборки. Показатели картинок 3, 4, 5 и 6 оказались ниже данных оригинального исследования, при этом при оценки значений СТС и FUPC можно сделать вывод, что картинка 4 неплохо работает, 6 – только для второй группы, а 3 и 5 – не работают в общей структуре методики, что, возможно свидетельствует о значении возраста испытуемых (первая группа студенческая, более молодая, вторая – сопоставима с выборкой оригинального исследования) и формата исследования (очный vs. онлайн), кроме того, отличия от оригинальных данных могут указывать на различия в восприятии данных картинок в зависимости от культурального контекста.

Данные по картинкам 7 и 8 для первой группы ниже данных оригинального исследования, а для второй – сопоставимы с ними, что также свидетельствует о значении возраста испытуемых и формата исследования (очный vs. онлайн), и говорит о том, что при воспроизведении оригинальной методологии достоверность данных повышается.

Альфа Кронбаха для рисуночного теста (по объединенным данным) составил 0,56 в первом этапе, 0,68 во втором. В оригинальном исследовании, в котором были задействованы 2 эксперта, аналогичный показатель равнялся 0,73. Меньшее значение данного показателя объясняется тем, что несколько картинок имеют неудовлетворительные психометрические свойства, особенно в 1 группе.

Таблица 1. Результаты психометрического анализа всех картинок для всех этапов в сопоставлении с данными оригинального исследования

Рисунки / Статьи	M		SD		CITC		CITC ориг. иссл. [2]	r gелорh<15>		r гелорh<15> ориг. иссл. [2]	FUPC		FUPC ориг. иссл. [2]
	1 этап	2 этап	1 этап	2 этап	1 этап	2 этап		1 этап	2 этап		1 этап	2 этап	
1	-0,02	-0,005	0,94	0,98	0,46	0,36	0,47	0,40**	0,16	0,41**	-0,67	-0,56	0,61
2	0,08	-0,48	1,06	1,10	0,30	0,39	0,20	0,24*	0,24*	0,23*	-0,51	-0,57	0,30
3	0,18	0,14	0,63	0,39	0,19	0,13	0,33	0,35**	0,23*	0,19*	-0,35	-0,19	0,49
4	-0,36	-0,31	1,20	0,89	0,30	0,40	0,57	0,22*	0,18	0,31**	-0,54	-0,57	0,73
5	0,14	0,21	0,56	0,52	0,12	0,26	0,40	0,12	0,11	0,28**	-0,22	-0,42	0,58
6	-0,25	0,15	0,67	0,79	-0,06	0,35	0,43	0,18	0,14	0,21*	0,10	-0,53	0,60
7	-0,69	-0,53	0,61	0,75	0,23	0,52	0,40	0,25*	0,19	0,28**	-0,48	-0,71	0,53
8	-0,82	-1,01	1,24	1,12	0,38	0,44	0,52	0,19	0,32**	0,32**	-0,62	-0,65	0,68
9	-0,72	-0,98	1,13	0,95	0,36	0,33	0,36	0,15	0,27**	0,29**	-0,59	-0,46	0,51

*M – среднее, SD – стандартное отклонение, CITC - откорректированный пункт – суммарная корреляция, rгелорh<15>- корреляция пунктов с баллами по GELOPH<15> (Стирмена – R), FUPC - факторная нагрузка на первый не повернутый основной компонент, *p<0,05 **p<0,01

Общий балл на основе средних оценок экспертов по каждой картинке Picture-Geloph<9> в первом этапе коррелировал с субъективной мерой самооценки гелотофобии по опроснику с $r=0,53$, $p<0,001$, что практически аналогично данным оригинального исследования ($r=0,50$ $p<0,001$) [2]. При анализе данных второго этапа получена более низкая, но также довольно значимая корреляция $r=0,41$, $p<0,001$.

Итоговые оценки по ряду картинок коррелируют с баллом по шкале гелотофобии. Так, для картинок 1, 2 и 7 результаты схожи с оригинальными. Картинка 4 в нашем исследовании показала меньший коэффициент корреляции в первой группе и отсутствие значимой связи во второй группе, а картинка 3 – больший коэффициент в обеих группах. Картинки 5 и 6 значимо не коррелируют с показателем гелотофобии по опроснику, в отличие от оригинальных данных, что возможно свидетельствует о культуральной специфике восприятия социальных ситуаций, потенциально вызывающих страх насмешки. Во второй группе связи картинок с показателем гелотофобии по GELOPH<15> для картинок 2, 3, 8 и 9 схожи с оригинальными. Остальные картинки значимо не коррелируют с показателем гелотофобии по GELOPH<15>, в отличие от оригинальных данных. Однако стоит отметить, что в оригинальном исследовании коэффициенты корреляций этих картинок свидетельствуют о слабых связях (для шести из девяти картинок коэффициент корреляции не превышает 0,29). Таким образом, несмотря на значимую связь итогового балла по апробируемой методике с гелотофобией по опроснику, корреляции оценок по каждой картинке практически в половине случаев отсутствуют.

Выводы

1. Проведена апробация рисуночного теста гелотофобии Picture-GELOPH<9>.
2. Методика показала высокую согласованность экспертных оценок, что свидетельствует об эффективности системы их формализации, предложенной авторами оригинальной версии.
3. В целом получены удовлетворительные психометрические характеристики пунктов, подтверждена конструктивная валидность методики, однако получена низкая внутренняя согласованность шкалы и низкая валидность ряда пунктов.
4. Полученные данные свидетельствуют в пользу необходимости частичной замены стимульного материала методики, с учетом культурного контекста проявлений страха насмешки, и повторного этапа апробации.

Литература

1. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. и др. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал, 2011. - Том 32, № 2. - С. 94–108.
2. Ruch W., Platt T., Bruntsch R., D`urka R. (2017) Evaluation of a Picture-Based Test for the Assessment of Gelotophobia. *Front. Psychol.* 8:2043. doi:10.3389/fpsyg.2017.02043
3. Ruch W., Altfreder O., Proyer R.T. How do gelotophobes interpret laughter in

ambiguous situations? An experimental validation of the concept // Humor: Intern. J. of Humor Research. 2009. V. 22 (1/2). P. 63–90.

4. Ruch W., Proyer R.T. The fear of being laughed at: Individual and group differences in Gelotophobia // Humor: International Journ. of Humor Research. 2008. Issue 21(1). P. 47–67.

5. Titze M. The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter / M. Titze // Humor and Health Journal. - 1996. - V. 5. - Pp. 1–11.

УДК 616.8-056.76 : 616-056.76

Юков О.С., Юкова И.Л.

«Наследственность: эндогения или зависимость? Преопределяющий фактор манифестспровоцированного приступа шизофрении»

«Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1»

г. Красноярск, Красноярский край, Россия

e-mail: olegatr@rambler.ru

Актуальность. За последние десятилетия синтетические наркотики прочно обосновались на наркорынках многих стран мира и продолжают оказывать значительное пагубное воздействие на состояние здоровья населения. Распространение и употребление их в России после 2009 года стало приобретать угрожающие масштабы, чему способствовало длительное сохранение легального статуса этих веществ. Тенденция к увеличению числа интоксикационных психозов характерна для России в целом. Так, Е. А. Кошкина с соавт., анализируя оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 году, отмечают, что за период с 2009 по 2012 год отмечается рост госпитализации больных психозами, связанных с употреблением наркотических и психотропных веществ: увеличилось как их абсолютное число в 2,8 раза, так и относительный показатель (с 0,55 на 100 тыс. населения в 2009 году до 1,5 в 2015 году). Авторы полагают, что увеличение этого показателя может свидетельствовать об изменении структуры употребления наркотиков или появлении новых наркотиков с выраженным влиянием на психическую сферу человека, приводящую к развитию психозов [1]. В психиатрии нет широкомасштабных исследований, посвященных изучению вопроса наследования психических заболеваний у пациентов с шизофренией, манифестспровоцированными употреблением дизайнерских наркотиков, тем не менее влияния генетики ни в коем случае нельзя отрицать. Доказательством этого является достаточное количество фактов, а также отдельных научных разработок, теорий и предположений, постепенно формирующих и дополняющих картину изученности проблемы [2]. Несмотря на то, что история исследования шизофрении длится на протяжении нескольких веков, это заболевание остается одним из самых малоизученных психических расстройств. Особенно это касается детской шизофрении, существование которой категорически отрицалось еще в начале прошлого века. По мнению авторов, уязвимость к шизофрении может быть обусловлена как биологически (при этом имеется в виду генетическая пред-

расположенность), так и негенетическими факторами, имеющими биопсихосоциальный характер. Причем многими исследователями алкоголизм относится к обеим группам факторов, определяющим как уязвимость к шизофрении, так и провоцирующим ее манифестацию. Общеизвестно, что наследственность и семейное окружение играют большую роль в становлении многих психических заболеваний. Однако изучение семейного анамнеза пациентов, больных шизофренией, как правило, сводится к выявлению среди родственников лиц, имеющих расстройства шизофренического спектра, либо к описанию потомков людей, страдающих шизофренией. Вместе с тем клинический опыт показывает, что в семьях пациентов, страдающих шизофренией, помимо расстройств шизофренического спектра, довольно часто встречаются и другие психические расстройства, в том числе и алкоголизм. В свою очередь алкоголизм в соответствии с современными воззрениями рассматривается как мультифакторное заболевание, в возникновении которого первоочередную роль, как и при шизофрении, играют генетические и биопсихосоциальные факторы. Ряд авторов относит алкоголизм, так же как и шизофрению, к ряду эндогенных заболеваний. Предполагается, что между шизофренией и алкоголизмом существует более тесная связь, чем считалось ранее. А семейная отягощенность алкоголизмом, наряду с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра у родственников пробанда, может оказаться маркером предрасположенности к психозу. В связи с этим изучение отягощенности алкоголизмом семей пациентов, страдающих шизофренией с ранним началом, является актуальной задачей современности [3].

Цель исследования: Выявить влияние наследственного и интоксикационного факторов на развитие шизофрении, в том числе манифестспровоцированной приемом новых потенциально опасных наркотиков.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе стационара КГБУЗ «Красноярский краевой психоневрологический диспансер №1» в 2014-2019 гг. Обследовано 50 пациентов мужского пола, страдающих шизофренией, в том числе с коморбидной наркологической патологией (употребление новых потенциально опасных психоактивных веществ). Все исследуемые больные проходили лечение в психиатрическом стационаре, длительность которого составила от 21 до 75 дней. Пациенты были разделены на две группы. Первая группа (21 человек) - с установленным диагнозом «шизофрения, спровоцированная приемом ПАВ», вторая группа (29 человек) - «шизофрения». В данных группах выявлялись факторы отягощенной наследственности по злоупотреблению алкоголем, наркотиками, а также наличию эндогенного процесса у кровных родственников. В качестве основных методов исследования использовались клинко-психопатологический; клинко-анамнестический; клинко-катамнестический; шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS); статистический; иммунохроматографический и иммуноферментный анализ мочи на наркотики. Установление диагноза «параноидная шизофрения», «синдром зависимости», определение типа течения заболевания проводились в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10. За основу взят принцип единства симптоматики и общих тенденций течения

шизофренического процесса. Всем обследуемым проводилось исследование анализа мочи на содержание психоактивных веществ в химико-токсикологическом отделе клинко-диагностической лаборатории КГБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер №1». Использовался метод иммунохроматографического анализа, иммуноферментного анализа, с подтверждением специализированной системой на основе хроматографии и хромато масс-спектрометрии с помощью медицинского оборудования «Хроматэк-Кристалл 5000 (Россия)».

Результаты и их обсуждение. Следует учитывать, что наследственную отягощенность по психическому заболеванию выявить намного труднее, т.к. пациенты, привыкшие к «чужаковатым» поступкам своих родственников, не считают их поведение странным и необычным. Также трудности при сборе анамнеза заключаются в том, что зачастую пациенты просто ничего не знают и не интересуются жизнью близких родственников и пробандов. Не следует забывать и о сокрытии фактов психических расстройств у кровных родственников, что также снижает информативность получаемых врачом данных. И только те пациенты и их родные, которые знают достоверные факты о наличии у родственника психического расстройства или лечение у психиатра в стационарных либо амбулаторных условиях, рассказывают об отягощенной наследственности по эндогенному заболеванию. В то же время почти каждый пациент, его родители, бабушки, дедушки достаточно охотно излагают информацию о наличии у родственников алкогольной или наркотической зависимости, считая виной развития психического заболевания именно эти пагубные привычки. По результатам исследования в первой группе наследственность была отягощена у 3 пациентов (14,2%) по шизофрении, у 3 (14,2%) родственники страдали алкогольной зависимостью. Во второй группе пациентов у 6 человек (20%) зафиксирована наследственная отягощенность по эндогенным расстройствам, а у 1 (3%) выявлена отягощенность по алкогольной зависимости. При этом установлено, что в первой группе пациентов употребление наркотиков растительного происхождения острых психотических состояний, требующих неотложной медицинской помощи, не вызывало. Также следует отметить, что развитие психотических приступов связано с употреблением наркотиков «нового поколения» и отмечается не сразу, а лишь спустя несколько лет. По полученным данным этот период составляет от 1 до 5 лет (в среднем 2,5 года или 3 ± 2 года).

Выводы. Таким образом, по данным исследования диагностируемых групп пациентов можно утверждать, что наследственная отягощенность по шизофрении в семейном анамнезе в большей степени может оказывать влияние на развитие эндогенного заболевания. А новые потенциально опасные наркотики в свою очередь провоцируют развитие эндогенного процесса и в отсутствие психопатологически отягощенной наследственности.

Список литературы:

1. Кошкина Е. А., Киржанова В. В., Гусева О. И. [и др.] Оказание наркологической помощи населению Российской Федерации в 2012 году // *Вопр. наркологии*. — 2013. — № 4. — С. 14.

2. Плотникова В.В. Эндогении: болезни наследственной предрасположенности. // Правовые, социально-экономические, аспекты обеспечения национальной безопасности: материалы III Всерос. с междунар. участием студ. науч.-практ. конф. / – Пермь. – 2018. – с. 279 -284.

3. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и др. Шизофрения: уязвимость – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ. - 2004. - 335 с.

4. Пилявская О. И., Малинина Е. В., Патракова А. А. Отягощенность алкоголизмом в семьях пациентов с детской шизофренией // Непрерывное медицинское образование и наука — 2018. – №1/2018. – Том 13. – С.15-16.

V Раздел «АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИИ»

УДК 616.895.8: 615.214.3

Бойко А.С.

Особенности цитокинового спектра у больных шизофренией с метаболическим синдромом

*НИИ психического здоровья Томского НИМЦ,
г. Томск, Россия*

e-mail: anastasya-iv@yandex.ru

Актуальность. Одним из наиболее частых сочетанных состояний, встречающихся при шизофрении и осложняющих ее течение в связи с появлением нового класса антипсихотиков, является метаболический синдром (МС) [1,5,6]. Его частота встречаемости при данном заболевании в два раза выше, чем в общей популяции населения и наблюдается у больных шизофренией до 58,7% случаев [8]. Метаболический синдром сопряжен с риском развития большого количества других социально значимых заболеваний – основных причин высокой инвалидизации и смертности населения, включая кардиологическую патологию и диабет, а смертность среди больных шизофренией в 2-3 раза превышает таковую в общей популяции, в основном от болезней сердечно-сосудистой системы [7,10].

Последнее десятилетие ознаменовалось появлением нейровоспалительной гипотезы эндогенных психозов, рассматриваемой некоторыми авторами в качестве связующего звена между различными патогенетическими гипотезами [4]. В сыворотке крови больных шизофренией наблюдается повышение уровня различных медиаторов воспаления: интерлейкинов 1 (IL-1) и 6 (IL-6), острофазных белков; выявлены определенные корреляционные взаимосвязи клинических и биологических показателей, в частности, прямая корреляция между содержанием интерлейкина 1 бета (IL-1 β), интерлейкина 6 (IL-6) и активностью заболевания; взаимосвязь уровня интерлейкина 2 (IL-2) с выраженностью негативной симптоматики и другие свидетельства роли цитокинов в патогенезе, клинике и терапии шизофрении [2,3].

Провоспалительные цитокины, такие как IL-1, фактор некроза опухоли альфа (TNF- α) и интерферон гамма (IFN- γ), которые действуют как нейромодуляторы, представляют собой ключевые факторы в опосредовании поведенческих, нейроэндокринных и нейрохимических изменений при шизофрении [9]. Они могут вызывать гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, нарушая ингибирование отрицательной обратной связи циркулирующих кортикостероидов. Цитокины также могут влиять на моноаминергическую нейротрансмиссию. Семейство цитокинов включает в себя интерлейкины, хемокины, ростовые и колониестимулирующие факторы, которые представляют собой сигнальные полипептидные молекулы. Обладая широким спектром биологической активности, они определяют не только адекватный уровень иммунного ответа,

но и регулируют взаимодействия главных интегративных систем организма — нервной, иммунной и эндокринной.

Целью исследования является изучение особенностей спектра цитокинов у больных шизофренией с метаболическим синдромом и без метаболических нарушений.

Материалы и методы. Было проведено комплексное клинико-биологическое обследование 136 больных шизофренией (F20, МКБ-10) (50,35% мужчин и 49,65% женщин). Средний возраст пациентов составил $35,66 \pm 10,171$ лет. Исследуемая выборка была разделена на две группы: 48 больных шизофренией с МС (35,3%) и 88 пациентов без МС (64,7%). Исследование проводилось в соответствии с требованиями Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации (2000). Включение пациентов в исследование проводилось с учетом этических норм после тщательной оценки соответствия пунктам критериев включения по протоколу испытания. Диагностическая оценка и клиническая квалификация расстройств осуществлялась врачами-психиатрами. Диагностика метаболического синдрома проводилась с использованием критериев, предложенных Международной Федерацией сахарного диабета (IDF, 2005 г).

В качестве исследуемого материала использовалась сыворотка крови. Концентрация цитокинов определялась на мультиплексном анализаторе MAGPIX (Luminex, USA) с применением xMAP® Technology с использованием панели HCYTMAG-60K-PX41 производства MILLIPLEX® MAP (Merck, Darmstadt, Germany). Мультиплексный набор включает 41 цитокин: sCD40L, IL-9, EGF, IL-10, Eotaxin, IL-12 (p40), FGF-2, IL-12 (p70), Flt3, IL-13, Fractalkine, IL-15, G-CSF, IL-17A, GM-CSF, IP-10, GRO, MCP-1, IFN α 2, MCP-3, IFN γ , MDC, IL-1 α , MIP-1 α , IL-1 β , MIP-1 β , IL-1Ra, PDGF-AA, IL-2, PDGF-AB/BB, IL-3, RANTES, IL-4, TGF α , IL-5, TNF α , IL-6, TNF β , IL-7, (LTA), IL-8, VEGF-A. Единицы измерения – пг/мл.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ SPSS 21.0 (для Windows). Данные прошли проверку на тип распределения. Значимость различий определяли по t-критерию Стьюдента с вычислением среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$) для данных, соответствующих нормальному распределению. Для данных, не соответствующих закону нормального распределения, использовался U-критерий Манна-Уитни с вычислением медианы и квартилей ($Me [Q1; Q3]$). Критический уровень значимости составил 0,05.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов был выявлен ряд особенностей относительно 10 цитокинов из исследуемого спектра. В сыворотке крови больных шизофренией с метаболическим синдромом наблюдается статистически значимое повышение концентрации цитокинов Flt3L (FMS-подобный лиганд тирозинкиназы 3) ($p=0,007$), интерлейкина 10 (IL-10) ($p=0,036$), макрофагального хемокина (MDC) ($p=0,004$) и белка MCP-1 (Monocyte Chemoattractant Protein 1) ($p=0,01$) по сравнению со значениями пациентов без метаболических нарушений. При этом было выявлено статистически значимо более низкое содержание фактора роста фибробластов (FGF-2) ($p=0,023$), гранулоцитарно-макрофагального колониестимулирующего фактора (GM-CSF)

($p=0,004$), фактора роста тромбоцитов (PDGF-AB/BB) ($p=0,0,027$) и интерлейкина 2 (IL-2) ($p=0,004$) в той же группе пациентов с МС по сравнению с группой сравнения больных без МС. Также у больных с метаболическим синдромом наблюдается повышение концентрации фактора некроза опухолей альфа (TNF α) и гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (G-CSF), однако различия находятся на уровне статистической тенденции, близкой к значимости ($p=0,06$ и $p=0,055$ соответственно). Для оценки взаимосвязи между цитокинами был проведен корреляционный анализ Спирмена в группах пациентов с шизофренией без метаболических нарушений и пациентов с МС. Деятнадцать цитокинов имеют значимые положительные корреляции с другими цитокинами у больных без МС. Также наблюдается отрицательная корреляция цитокина PDGF-AB/BB с IL-9, IL-1 β и IL-12p40.

Отличительной особенностью группы пациентов с МС можно отметить меньшее количество значимых корреляционных связей относительно больных шизофренией без метаболических нарушений (табл. 1).

Таблица 1. Количество значимых корреляционных связей в группах больных шизофренией с метаболическим синдромом и без метаболических нарушений

Цитокины	Пациенты без МС	Пациенты без МС
	Количество корреляций (n)	Количество корреляций (n)
FIt-3L	13	1
IFN α 2	18	8
IFN γ	16	7
IL-10	16	3
IL-12p40	14	6
PDGF-AA	4	3
PDGF-AB/BB	12	8
IL-1RA	18	7
IL-1 α	16	9
IL-9	14	6
IL-1 β	13	6
IL-2	18	8
IL-3	18	6
IL-4	16	5
IL-5	13	2
IL-6	16	3
IL-7	18	3
IL-8	13	4
TNFα	19	3
VEGF	8	0

Относительно VEGF у больных с МС не было обнаружено ни одной корреляции с другими цитокинами, а FIt-3L имеет только одну положительную корреляционную связь с TNF α , в то время как в группе сравнения без МС этот цитокин коррелирует с 13 цитокинами. У пациентов с МС наблюдается отрицательная

корреляция между PDGF-AB/BB и IL-1 β . Ещё 18 других цитокинов имеют положительные корреляционные взаимосвязи.

Хемокины в нормальных физиологических условиях принимают участие в нейроэндокринном гомеостазе и влияют на проницаемость гематоэнцефалического барьера, участвуют в нейрогенезе, а так же обладают нейротрансмиттер-подобным и нейромодуляторным эффектами. Ростовые факторы и некоторые интерлейкины являются факторами выживания нервов, принимают участие в процессах синаптической пластичности, обучения и памяти и могут выступать в роли нейротрофических факторов.

Выводы. В результате исследования мы выявили дисбаланс, дизрегуляцию и нарушения взаимосвязей в цитокиновом профиле у больных шизофренией с метаболическим синдромом. Полученные результаты свидетельствуют об определенной роли иммунновоспаления в патогенезе МС при шизофрении. У пациентов с метаболическими нарушениями наблюдается ряд иммунных нарушений, что ухудшает функционирование больных и течение основного психического расстройства, что диктует необходимость дальнейшего изучения механизмов метаболических нарушений у больных шизофренией. Эти исследования должны быть направлены на оптимизацию подхода к диагностике и оценке риска развития метаболического синдрома и на выбор оптимального лечения, что позволит использовать индивидуальную терапевтическую тактику в рамках концепции персонализированной медицины.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 18-15-00011.

Список литературы:

1. Алфимов П.В., Рывкин П.В., Ладыженский М.Я., Мосолов С.Н. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств – 2014. - № 3. – С. 8-14.
2. Биологические маркеры шизофрении: поиск и клиническое применение / Бойко А.С., Бохан Н.А., Бунева В.Н., Ветлугина Т.П., Зозуля С.А., Иванова С.А., Ключник Т.П., Корнетова Е.Г., Лосенков И.С., Олейчик И.В., Семке А.В., Смирнова Л.П., Узбеков М.Г., Федоренко О.Ю. // Монография. – Новосибирск. – 2017. – 148 с.
3. Зозуля С.А., Олейчик И.В., Андросова Л.В., Отман И.Н., Сарманова З.В., Столяров С.А., Бизяева А.С., Юнилайнен О.А., Ключник Т.П. Мониторинг течения эндогенных психозов по иммунологическим показателям // Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15., № 1 (128). – С. 11-18.
4. Ключник Т.П., Брусов О.С., Бурбаева Г.Ш., Коляскина Г.И. Современный взгляд на основные патогенетические гипотезы шизофрении // Психиатрия. – 2010. - №1 (43). – С. 7-13.
5. Мартынихин И.А. Метаболический синдром у больных шизофренией: распространенность, факторы риска, меры профилактики // автореф. дис. ... канд. мед.наук. – СПб. – 2009. – 25 с.
6. Метаболический синдром у больных шизофренией в психиатрической практике / Корнетова Е.Г., Меднова И.А., Дубровская В.В., Бойко А.С., Иванова

С.А., Семке А.В. // Пособие для врачей. – Томск. – 2018. – 32 с.

7. Незнанов Н.Г., Мартынихин И.А., Таянский Д.А., Ротарь О.П., Солнцев В.Н., Соколян Н.А., Конради А.О., Денисенко А.Д. Шизофрения–фактор, увеличивающий риск развития метаболического синдрома. Результаты исследования с использованием метода подбора пар // Медицинский академический журнал. – 2013. - № 13 (3). – С. 90-96.

8. Eskelinen S., Sailas E., Joutsenniemi K., Holi M., Suvisaari J. Clozapine Use and Sedentary Lifestyle as Determinants of Metabolic Syndrome in Outpatients With Schizophrenia // Nord J Psychiatry. – 2015. – V.69 (5). – P. 339-45.

9. Khandaker G.M., Cousins L., Deakin J., Lennox B.R., Yolken R., Jones P.B. Inflammation and immunity in schizophrenia: implications for pathophysiology and treatment // Lancet Psychiatry. – 2015. – V.2 (3). – P. 258-70.

10. Koponen H.J., Hakko H.H., Saari K.M., Lindeman S.M., Karvonen K.M., Isohanni M.K., Lauren L.H., Savolainen M.J., Järvelin M.R. The prevalence and predictive value of individual criteria for metabolic syndrome in schizophrenia: a Northern Finland 1966 Birth Cohort Study // The World Journal of Biological Psychiatry. – 2010. – Vol.11(2 Pt2). – P.262-7.

УДК 616.89-008.484.4

Бравве Л. В., Калаков А. М., Мамедова Г. Ш., Хобта Е.Б.

Изменение количества копий теломерных повторов у пациентов с суицидальным поведением

*ГБУЗ “Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения Москвы”
г. Москва, Россия
e-mail:bravve95@yandex.ru*

Актуальность. Проблема суицидов при шизофрении остается актуальной в связи с высокой их распространенностью. Так, по данным систематического обзора (Hog and Taylor 2010), 25-50% пациентов с шизофренией предпринимают хотя бы одну попытку самоубийства, показатель завершенного суицида среди больных шизофренией составляет 5,6%. При этом на долю суицидов приходится 30,9% причин смертности среди пациентов с первым психотическим эпизодом.

Всё чаще предпринимаются попытки определить биологические маркеры риска суицидального поведения. Отдельного рассмотрения заслуживают работы, посвященные анализу корреляций между изменением некодирующих повторов ДНК (теломер и митохондриальной ДНК) и склонностью к суицидальному поведению.

Теломеры считаются «биологическим счетчиком» числа делений клетки [Rizvi, Raza, and Mahdi 2014], представляют собой многократно повторяющиеся некодирующие последовательности (TTAGGG) на конце каждой хромосомы. Изучение длины (количества копий теломерных повторов - сору number variation) в рамках психиатрии проводится в двух направлениях: у жертв суицидов без привязки к психопатологическим проявлениям и в зависимости от нозологической

формы психических расстройств. Так, установлено укорочение теломер у жертв суицида [Kim H., 2019], при этом выявлено значительное укорочение длины теломер при основных психических расстройствах (первичных психозах, БАР, униполярной депрессии, ГТР) [Darrow et al., 2016].

Аберрации числа копий мтДНК признаны показателем митохондриальной дисфункции, но их оценке в условиях психологического стресса или психических расстройств посвящено незначительное количество работ [Li et al., 2015; Chang et al., 2014].

Исследований, сфокусированных на изменениях мтДНК при суицидальном поведении при шизофрении в доступной литературе обнаружить не удалось.

Таким образом, изучение длины теломер у пациентов с риском суицида при шизофрении является актуальной задачей.

Цель исследования: поиск связи биологических маркеров при суицидальном поведении у пациентов с шизофренией. Работа является частью проекта “Нейробиологические маркеры эндогенных психозов”, получившего одобрение Независимого междисциплинарного комитета по этической экспертизе клинических исследований от 14 июля 2017 года (протокол № 12).

Задачи исследования:

1) формирование репрезентативной выборки пациентов и сопоставимой группы контроля;

2) измерение уровня теломерных повторов и копий мтДНК в лейкоцитах пациентов и здоровых добровольцев.

Материал и методы. Клинически обследованы 94 пациента (ср. возраст 24,7 лет), проходившие стационарное лечение в период с февраля по май 2019 года по поводу шизофрении.

Критерии включения:

- соответствие состояния на момент обследования критериям шизофрении по МКБ-10;

- информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения:

- тяжелое соматическое заболевание в стадии декомпенсации;

- признаки злоупотребления ПАВ и алкоголем;

- беременность;

- отказ от участия.

Группу контроля составили 47 здоровых добровольцев из числа ординаторов и сотрудников ГБУЗ “ЧКБ №1 ДЗМ”, сопоставимые по возрасту и гендерному распределению, не обнаруживающие признаков психических расстройств и не состоящие в родстве с пациентами.

Дизайн исследования: кросс-секционное, неинтервенционное, наблюдательное.

Методы:

- психопатологический;

- психометрический (клиническая оценка состояния осуществлялась с ис-

пользованием унифицированных международных шкал (PANSS, Шкала Цунга для самооценки депрессии);

- молекулярно-биологический¹ (в образцах биоматериала пациентов из данной выборки определено число копий рДНК, мтДНК, теломерные повторы при помощи qPCR TeloTAGGG Telomere Length Assay²).

Забор крови проводился однократно из кубитальной вены утром натощак в период с 8.00 до 8.30, в пробирки с гепарином, транспортировка в лабораторию в течение двух часов при соблюдении требований сохранности материала.

Статистическая обработка проводилась методом Краскела-Уоллиса и методом Манна-Уитни в программе “Statistica 10”.

Результаты

Выборка пациентов разделена на две группы по критерию наличия суицидального поведения: в первую группу включены пациенты с суицидальными попытками в анамнезе; вторую группу составили пациенты без суицидальных попыток в анамнезе. По социодемографическим показателями группы пациентов не обнаруживают значимых отличий между собой, тогда как по таким характеристикам как семейный, трудовой статус и уровень полученного образования разница статистически значима при сравнении с группой контроля, что косвенно свидетельствует о репрезентативности материала. Основные характеристики обследованных групп представлены в табл. 1.

Таблица 1. Социодемографические характеристики

	Группа 1 n=47 абс. (%)	Группа 2 n=47 абс. (%)	Контроль n=47 абс. (%)	p; χ^2
Распределение по полу				
Мужчины	30 (64%)	25 (53%)	22 (47%)	0,2461; 2,804
Женщины	17 (36%)	22 (47%)	25 (53%)	
Семейное положение				
В браке	4 (8,5%)	8 (17%)	19 (40,5%)	0,0024*; 16,5512
Разведены	2 (4,2%)	4 (8,5%)	1 (2,1%)	
Одинок	41 (87,3%)	35 (74,5%)	27 (57,4%)	
Уровень образования				
Неполное среднее	4 (8,5%)	2 (4,2%)	0	<0,0001*; 33,2404
Среднее	7 (14,9%)	9 (19,4%)	0	
Среднее специальное	10 (21,3%)	10 (21,3%)	1 (2,1%)	
Высшее	24 (51,1%)	25 (53%)	37 (78,5%)	
Два и более высших	2 (4,2%)	1 (2,1%)	9 (19,4%)	

¹ Лабораторная часть выполнена на базе ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова, зав. лабораторией д.б.н. Костюк С.В., при частичной поддержке гранта РФФИ № 18-15-00437

² О длине повторов некодирующих участков ДНК можно судить по их концентрации, измеряемой в пг/мкг.

Трудовой статус				
Учащийся	13 (27,6%)	7 (14,8%)	27 (57,4%)	<0,0001*; 47,5897
Рабочий	6 (12,9%)	9 (19,3%)	13 (27,6%)	
Безработный	1 (2,1%)	4 (8,5%)	7 (14,6%)	
Инвалид	27 (57,4%)	27 (57,4%)	0	

***расчет произведен методом χ^2**

Психометрическая обработка материала проводилась с помощью общепринятых инструментов, при этом значимые различия между группами пациентов обнаружены по общему баллу шкалы PANSS и средней сумме подшкалы общих психопатологических расстройств (G).

Таблица 2. Психометрические характеристики психического статуса пациентов

	Группа 1 ср. балл	Группа 2 ср. балл	Контроль ср. балл	p; H
PANSS общий	93,7	78,4	23,3	0,0345*; 6,7308
PANSS P	23,7	27	9,2	
PANSS N	27,4	22,8	4,3	
PANSS G	42,6	28,6	9,8	
Шкала самооценки депрессии Цунга (ZSRDS)	74	62	35	0,00362*; 23,14286
среднее количество суицидальных попыток в анамнезе	2	0	0	-

***расчет произведен H-методом Краскела-Уоллиса**

В результате лабораторных тестов получены данные, указывающие на уменьшение количества теломерных повторов в группе пациентов с суицидальной попыткой в анамнезе. Можно судить о статистически значимых показателях различий снижения теломерных повторов у пациентов с высоким суицидальным риском по сравнению между группами (см. табл. 3).

Таблица 3. Биологические маркеры лейкоцитов в изученных группах

	группа 1 (суициды)	группа 2 (без суицидов)	контроль	p; H
теломерный повтор (пг/мкг ДНК)	225	243	255	0.02439*; 7.42708
мтДНК (пг/нг ДНК)	257	262	272	0.01297*; 4.83796

***расчет произведен методом H-методом Краскела-Уоллиса**

Кроме того, статистически значимые различия выявлены при сравнении уровня мтДНК между группами - в группе здорового контроля обнаружено значительно превышающее аналогичные показатели в группе больных с суицидами и без таковых.

Обсуждение. По некоторым представлениям, шизофрения — это синдром ускоренного старения [Kirkpatrick et al. 2008], происходящий под воздействием окислительного стресса и хронического воспаления [Okusaga, 2014]. Указанные патологические процессы влияют на процессы репликации в клетках за счет снижения как длины теломер, так и копий мтДНК [Rizvi, Raza, and Mahdi 2014]. Полученные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о снижении длины теломер при суицидальном поведении у больных с шизофренией по сравнению с группой пациентов без суицидов и группой контроля. Конечно, эту находку необходимо трактовать с осторожностью, так как к выявленным изменениям биологических маркеров могут приводить не только эндогенные причины, но и экзогенные факторы - например, курение [de Leon and Diaz, 2005] или прием антипсихотиков [Savolainen et al., 2012] или коморбидная соматическая или неврологическая патология [Eitan, Hutchison, and Mattson 2014]. Ограничением исследования можно считать относительно небольшой размер выборки и отсутствие учета дополнительных факторов, влияющих на качественные характеристики изученных маркеров.

Представляется перспективным поиск возможных протекторных факторов (например, ингибиторов теломеразы), которые, вероятно, за счет способности замедления процесса укорочения теломер, будут выступать триггером специфической терапии для снижения суицидальных тенденций.

Список литературы.

1. Chang, Cheng-Chen, Shaw-Hwa Jou, Ta-Tsung Lin, Chin-San Liu. 2014. “Mitochondrial DNA Variation and Increased Oxidative Damage in Euthymic Patients with Bipolar Disorder.” *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 68 (7): 551–57.
2. Eitan, Erez, Emmette R. Hutchison, Mark P. Mattson. 2014. “Telomere Shortening in Neurological Disorders: An Abundance of Unanswered Questions.” *Trends in Neurosciences* 37 (5): 256–63.
3. Hor, Kahyee, Mark Taylor. 2010. “Review: Suicide and Schizophrenia: A Systematic Review of Rates and Risk Factors.” *Journal of Psychopharmacology*. <https://doi.org/10.1177/1359786810385490>.
4. Hossein Fatemi, S. 2015. *The Molecular Basis of Autism*. Springer.
5. Kim, Jung-Ha, Hye Kyung Kim, Jae-Hong Ko, Hyoweon Bang, Duk-Chul Lee. 2013. “The Relationship between Leukocyte Mitochondrial DNA Copy Number and Telomere Length in Community-Dwelling Elderly Women.” *PLoS One* 8 (6): e67227.
6. Kirkpatrick, Brian, Erick Messias, Philip D. Harvey, Emilio Fernandez-Egea, Christopher R. Bowie. 2008. “Is Schizophrenia a Syndrome of Accelerated Aging?” *Schizophrenia Bulletin* 34 (6): 1024–32.
7. Leon, Jose de, Francisco J. Diaz. 2005. “A Meta-Analysis of Worldwide Studies Demonstrates an Association between Schizophrenia and Tobacco Smoking Behaviors.” *Schizophrenia Research* 76 (2-3): 135–57.
8. Li, Zongchang, Maolin Hu, Xiaofen Zong, Ying He, Dong Wang, Lulin Dai,

Min Dong, et al. 2015. “Association of Telomere Length and Mitochondrial DNA Copy Number with Risperidone Treatment Response in First-Episode Antipsychotic-Naïve Schizophrenia.” *Scientific Reports* 5 (December): 18553.

9. Okusaga, Olaoluwa O. 2014. “Accelerated Aging in Schizophrenia Patients: The Potential Role of Oxidative Stress.” *Aging and Disease* 5 (4): 256–62.

10. Savolainen, Katri, Katri Räikkönen, Laura Kananen, Eero Kajantie, Iris Hovatta, Marius Lahti, Jari Lahti, Anu-Katriina Pesonen, Kati Heinonen, Johan G. Eriksson. 2012. “History of Mental Disorders and Leukocyte Telomere Length in Late Adulthood: The Helsinki Birth Cohort Study (HBCS).” *Journal of Psychiatric Research* 46 (10): 1346–53.

УДК: 616.89-02

Галкина А. О.

Особенности клинико-биологического профиля пациентов с расстройствами шизофренического спектра

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения города Москвы»
г. Москва, Россия
e-mail: 1992saga@gmail.com*

Актуальность. Необходимость изучения расстройств шизофренического спектра определяется, прежде всего, их социальной значимостью и высокой распространенностью[6]. Согласно биопсихосоциальной модели психических расстройств помимо углубления знаний в области клинической феноменологии и психопатологии, разработки категориального и дименсионального диагностических подходов перспективным направлением современной психиатрии является исследование нейрокогнитивных и биологических нарушений, выявление соотношений комплекса специфических маркеров с клинико-психопатологической картиной и уровнем социального функционирования, что служит основой персонализированной терапии и объективного прогнозирования течения болезни[3,5].

При изучении континуума эндогенных психических заболеваний показано, что шизофрения, шизоаффективный психоз и аффективные заболевания разделяют сходные биологические и нейрокогнитивные нарушения, наиболее выраженные при шизофрении.

За последние годы при полногеномном поиске ассоциаций накоплен значительный объем данных относительно генетических факторов риска развития шизофрении. В связи с полученными результатами возрос интерес к взаимосвязи иммунитета и шизофрении. Так, выявлены общие средовые факторы риска при психозах и аутоиммунных заболеваниях: сезон и географическая широта рождения; подтверждена взаимосвязь шизофрении с некоторыми инфекционными заболеваниями. Вовлеченность иммунитета в патогенез шизофрении подтверждает значимое увеличение плотности микроглии и провоспалительных белков у

больных шизофренией по сравнению с популяцией в нейровизуализационных и гистологических исследованиях мозга[10].

Эти данные послужили основой гипотезы «двойного удара» нейроиммунно-эндокринной системы в нарушении нейро- и синаптогенеза и возникновении психоза. При этом доказана взаимосвязь изменений иммунных параметров ликвора с их содержанием в крови, а также с клиническими и когнитивными показателями больных шизофренией, что связывают с опосредованным врожденным иммунитетом повреждением гематоэнцефалического барьера в острой стадии заболевания и развитием воспалительного процесса в головном мозге. Отечественными учеными на этой основе разработана технология «Нейро-иммуно-тест» для оценки уровня нейровоспаления[4].

Учитывая высокий риск инвалидизации при шизофрении, важную роль отводят изучению осевых предикторов социально-трудовой адаптации, негативных и когнитивных расстройств, предшествующих манифесту заболевания и сохраняющихся на протяжении жизни[2]. Однако несмотря на наличие различных шкал оценки структуры нейрокогнитивных нарушений при шизофрении, факторы, влияющие на них, остаются недостаточно проясненными[8]. Привлечение для решения проблемы комплексного клинического, нейропсихологического и экспериментально-биологического подхода преследует цель объективизации диагностики и разработки персонализированных превентивно-терапевтических мероприятий, способствуя улучшению прогноза болезни[1].

Цель исследования: Целью работы является определить клинко-психопатологические особенности когнитивных нарушений и провести анализ воспалительных и аутоиммунных параметров в крови пациентов с первым психотическим эпизодом и последующими эпизодами обострения шизофрении, выявление закономерностей биопсихосоциальных взаимосвязей и обоснование подходов к персонализированной терапии.

Материалы и методы В настоящее время кросс-секционное исследование были включены 87 пациентов (25±4,75 лет, 42 мужчины), проходившие стационарное лечение по поводу психического состояния на базе Клиники первого эпизода Психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева г. Москвы. Пациенты включались в исследование с учетом следующих критериев: возраст ≥ 18 лет, основное психическое заболевание в рамках расстройств шизофренического и аффективного спектра по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Были исключены случаи умственной отсталости, первичных признаков травмы головы, острых инфекционных и эндокринных заболеваний и длительность заболевания более 5 лет.

Нозологии были представлены расстройствами шизофренического спектра: F20.0 – 29, F21 – 16, F23 – 17, F25 – 25 пациентов.

Клинический осмотр, оценка обследуемых по PANSS, PSP, CGI-S и взятие анализа крови на «Нейро-иммуно-тест» проводились при поступлении в круглосуточный стационар. Нейропсихологическая оценка по BACS – перед выпиской.

Показатели когнитивного функционирования пациентов были стандартизированы по половозрастному фактору с учетом среднего значения результатов BACS в соответствующей по полу и возрасту группе здорового населения Москвы[7]. В результате преобразований получены стандартизированные Z-, T-значения тестов. Эти показатели использовались для всех тестов последующего статистического анализа. Для суммарной оценки по BACS служит композитный индекс, который усредняет стандартизированные шкальные оценки всех заданий и отражает общий уровень функционирования[8].

Все участники подписали информированное добровольное согласие. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом (ЛЭК) г. Москвы.

Для статистического анализа данных использовалась программа STATISTICA 12. Для оценки различий в несвязанных выборках параметров в номинальной шкале применен двусторонний точный критерий Фишера, в метрической шкале – t-/z-тест или критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Сила эффекта оценивалась по индексу d – Коэна. Для установления зависимости показателей шкал от пола и возраста использовался многофакторный регрессионный анализ. С целью определения силы корреляции проведено измерение коэффициента Спирмена.

Результаты и их обсуждение. При поступлении пациенты характеризовались в среднем уровнем PANSS=81,4±15; PSP=59±10; CGI-S=4,8±0,9. При анализе в рамках нозологических групп баллы шкал PANSS значительно различались (Таблица 1)

Таблица 1. Различия между нозологическими группами по общему баллу PANSS

Диагноз	Сумма рангов	Средний ранг
F20	1456,5	50,2 ¹
F21	482,5	30,2 ²
F23	864	50,8
F25	1025	41
H (3, N= 87) = 8,170741 p = 0,04 достоверные различия по критерию Краскела-Уоллиса между группами F20, F21, F23, F25		
¹ p = 0,03 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F20 и F21;		
² p = 0,02 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F21 и F23		

Причем, достоверными были различия между нозологическими группами в оценках именно позитивной и негативной подшкал PANSS (Таблица 2 и 3).

Таблица 2. Различия между нозологическими группами по баллу подшкалы позитивных симптомов PANSS

Диагноз	Сумма рангов	Средний ранг
F20	1534	52,9 ¹
F21	304,5	19 ²
F23	925,5	54,4 ³
F25	1064	42,6

H (3, N= 87) =22,4 p =0,0001 достоверные различия по критерию Краскела-Уоллиса между группами F20, F21, F23, F25

¹ p < 0,00001 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F20 и F21;
² p < 0,01 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F21 и F25;
³ p < 0,001 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F23 и F21

Таблица 3. Различия между нозологическими группами по баллу подшкалы негативных симптомов PANSS

Диагноз	Сумма рангов	Средний ранг
F20	1563	53,9 ¹
F21	597	37,3
F23	811	47,7 ²
F25	856,5	34,3 ³

H (3, N= 87) =9,760553 p =0,02 достоверные различия по критерию Краскела-Уоллиса между группами F20, F21, F23, F25

¹ p = 0,03 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F20 и F21;
² p < 0,05 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F23 и F25;
³ p = 0,01 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F25 и F20

Общее клиническое впечатление по шкале CGI-S при поступлении также значительно отличалось в разных диагностических группах (Таблица 4).

Таблица 4. Различия между нозологическими группами по баллу шкалы CGI-S

Диагноз	Сумма рангов	Средний ранг
F20	1408	48,6 ¹
F21	507,5	31,7 ²
F23	856,5	50,4
F25	1056	42,2

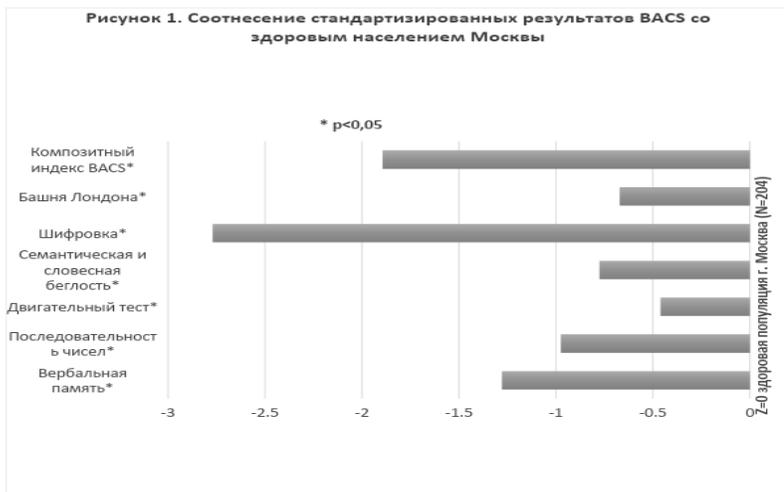
H (3, N= 87) =6,722280 p =0,08 недостоверные различия по критерию Краскела-Уоллиса между группами F20, F21, F23, F25

¹ p = 0,04 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F20 и F21;
² p = 0,03 достоверные различия по критерию Манна-Уитни между группами F21 и F23

Результаты нейрокогнитивного обследования пациентов значительно отличались от популяционных референсных значений (Рисунок 1).

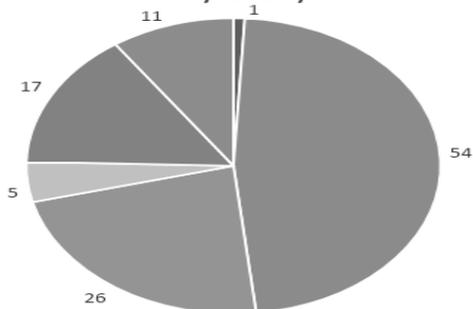
При анализе нейрокогнитивного профиля каждого пациента было выявлено, что у 40 (46%) композитный индекс когнитивных функций очень сильно снижен, у 18 (20,7%) сильно, у 10 (11%) умеренно, у 8 (9,2%) в легкой степе-

ни снижен, у 6 (6,9%) незначительно отличался от стандартизированных средних показателей в популяции. Лишь у 1 (1,15%) в легкой степени выше, у 3 (3,45%) был умеренно выше и у 1 (1,15%) сильно выше среднего значения среди населения Москвы. Причем хуже всего был выполнен тест «Шифровка», отражающий нарушения нейродинамических функций: внимания, восприятия, зрительно-моторной координации и скорости формирования новых навыков (Рисунок 2).



По иммунологическому исследованию плазмы крови все (за исключением одного) больные характеризовались дисбалансом иммунологических параметров (Рисунок 3).

Рисунок 3. Активность патологического процесса по "Нейро-иммуно-тесту"



- патологический процесс отсутствует
- патологический процесс легкой степени
- патологический процесс средней степени
- патологический процесс средней степени с аутоиммунным компонентом
- патологический процесс средне-тяжелой степени с аутоиммунным компонентом
- патологический процесс тяжелой степени с аутоиммунным компонентом

При анализе половозрастных характеристик выявлены достоверные различия. В зависимости от гендерной принадлежности происходила активация приобретенного иммунитета: у женщин уровень аутоантител к нейроспецифичным белкам S100 и основному белку миелина (ОБМ) был значимо выше по сравнению с мужчинами. В нейрокогнитивных тестах мужчины значительно превосходили женщин в тесте Шифровка, а женщины намного лучше выполнили задание на Семантическую и словесную беглость (Таблица 5).

Таблица 5. Различия между гендерными группами по уровню аутоантител и значениям тестов BACS

	Женщины (N=45; Сумма рангов)	Мужчины (N=42; Сумма рангов)	U	Z	p
Антитела к S100	2240,5	1587,5	684,5	2,2	0,03
Антитела к ОБМ	2217,5	1610,5	707,5	2	0,04
Z Семантическая и словесная беглость	2269	1559	656	2,5	0,01
Z Шифровка	1677	2152	641	-2,6	0,01

Отмечены слабые, но достоверные связи между баллами по шкале PANSS и BACS. Чем больше были нарушения абстрактного мышления по PANSS, тем меньше был показатель теста «Башня Лондона», характеризующий исполнительные функции и композитный индекс. Чем выше был балл в пункте Нарушение спонтанности и плавности речи, тем меньше было значение Последовательность чисел и теста семантической и словесной беглости, а также композитный индекс. В целом из всей шкалы PANSS именно подшкала негативных симптомов была

статистически значимо связана с тестом семантической и словесной беглости и композитным индексом ($p < 0,05$).

При анализе корреляций шкалы PANSS из всех пунктов именно подшкала негативных симптомов имела самые сильные взаимосвязи с показателем социального функционирования PSP. Чем более выраженными были негативные симптомы, тем меньше был уровень социальной адаптации ($p < 0,00001$) (Таблица 6).

Таблица 6. Взаимосвязи баллов шкалы PANSS с показателем социального функционирования PSP

PANSS & PSP	r	p
P2 & PSP	-0,45	0,00001
P3 & PSP	-0,22	0,04
P7 & PSP	-0,24	0,03
P & PSP	-0,22	0,05
N1 & PSP	-0,58	0,000000005
N2 & PSP	-0,55	0,00000005
N3 & PSP	-0,5	0,0000005
N4 & PSP	-0,52	0,0000002
N & PSP	-0,66	0,000000007
G & PSP	-0,65	0,00000000009

Выводы. Таким образом, тесная взаимосвязь показателей психопатологической симптоматики и когнитивного, а также социального функционирования в совокупности с иммунными показателями служит основанием для их тщательного изучения. Полученные результаты позволят разработать персонализированные методы реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра на основе психометрического и иммунного профиля больных, способствуя успешной реадaptации пациентов после психотического состояния.

Список литературы:

1. Галкина А.О., Карпенко О.А., Образцова Н.В. и др. Особенности когнитивных нарушений и их связи с психопатологической картиной у пациентов на начальной стадии расстройств шизофренического спектра. *Психическое здоровье* 2019; (12): 61-72. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.12.61-72
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П., Нарышкин А.В. Контингент больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, получающих лечение в психиатрической больнице (по материалам однодневной переписи). *Социальная и клиническая психиатрия* 2013; 23 (3): 48-54.
3. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Костюк Г. П., Нарышкин А. В. Контингент пациентов психиатрической больницы (по материалам однодневной переписи). *Социальная и клиническая психиатрия* 2013; 23 (2): 5-14.
4. Зозуля С.А., Олейчик И.В., Ключник Т.П. и др. Мониторинг течения эндогенных психозов по иммунологическим показателям. *Психическое здоровье* 2017; 1: 11-19.

5. Костюк Г.П. Отдаленный катамнез больных шизофренией, уволенных из вооруженных сил (с позиций многоосевой диагностики). *автореферат дис. ... кандидата медицинских наук*, Санкт-Петербург, 1999.

6. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве. *Социальная и клиническая психиатрия* 2017; 27 (3): 5-

7. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). *Социальная и клиническая психиатрия* 2010; 10 (3): 13-19.

8. Шмуклер А.Б., Семенкова Е.А. Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания. *Социальная и клиническая психиатрия* 2013; 23 (4): 19-23.

9. Keefe R.S., Harvey P., Goldberg T. et al. Norms and Standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS). *Schizophrenia Research* 2008; 102 (1–3): 108–115. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.03.024>.

10. Sadock, Benjamin J., Virginia A Sadock, and Pedro Ruiz. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 11th edition / Philadelphia: Wolters Kluwer, 2015.

УДК 616.89:661.834

Епимахова Е.В., Бойко А.С., Лосенков И.С.

Влияние органических солей лития на экспрессию белков Akt/mTOR-сигнального пути в мононуклеарах периферической крови больных биполярным аффективным расстройством

*Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского
национального исследовательского медицинского центра
Российской академии наук,
г. Томск, Россия
e-mail: ElenaZhernova@sibmail.com*

Актуальность. Препараты лития, в частности его карбонатную соль, широко применяют для лечения и профилактики биполярного расстройства уже более 60 лет [1,2]. Доказана эффективность лития в лечении острых маниакальных и депрессивных эпизодов, а также в снижении рецидивов и минимизации риска суицидального поведения. Описаны разнообразные молекулярные эффекты лития приводящие к стабилизации настроения, в частности регуляция активности внутриклеточных сигнальных путей.

В настоящем исследовании проведена оценка нейропротекторных свойств новых перспективных органических соединений лития синтезированных на основе ряда субстратов цикла Кребса (а именно: фумарата лития, пирувата лития, сукцината лития). Впервые получены данные о внутриклеточном содержа-

нии общих и фосфо-форм 11-ти белков Akt/mTOR-сигнального пути в лизате мононуклеаров периферической крови больных биполярным аффективным расстройством инкубированных в присутствии новых литиевых солей. Разработка и изучение новых комплексных препаратов лития необходима, в виду трудности выбора терапевтической дозы и развития выраженных побочных эффектов терапии.

Целью данного исследования явилось определение содержания общих и фосфорилированных форм белков Akt/mTOR-сигнального пути в мононуклеарах периферической крови больных биполярным аффективным расстройством при инкубации с солями лития синтезированными на основе кислот-метаболитов цикла Кребса (фумаратом лития, сукцинатом лития, пируватом лития).

Материалы и методы исследования

Исследование с участием людей проведено с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации и одобрено Локальным этическим комитетом при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. В исследование были включены 16 пациентов с биполярным расстройством (F31, МКБ-10) в возрасте от 20 до 66 лет (средний возраст 43,2). Забор венозной крови проводили утром, натощак. Мононуклеары выделяли из гепаринизированной крови общепринятым методом [3] на градиенте плотности фиколла. Далее клетки культивировали в течение 24 часов при 37°C в среде RPMI 1640 и 5% углекислого газа с добавлением пирувата лития, или сукцината лития или фумарата лития в конечной концентрации ионов лития 1,2 ммоль/л. В качестве препарата сравнения использовали карбонат лития, его вносили в культуру в аналогичной концентрации. В качестве контроля использовали культуру, в которую вносили эквивалентные объемы культуральной среды (интактные клетки). Определение содержания 11 белков Akt/mTOR-сигнального пути (GSK-3 β , IGF1R, IRS1, Akt, mTOR, p70S6K, IR, PTEN, GSK-3 α , TSC2, RPS6) производили в лизате мононуклеаров периферической крови по технологии мультиплексного анализа «Luminex xMAP» с использованием наборов «MILLIPLEXMAP TotalAkt/mTORMagneticBead 11-PlexKit» (Merck, Германия) – для оценки удельного содержания общих форм белков; и «MILLIPLEX MAP Akt/mTOR Phosphoprotein Magnetic Bead 11-Plex Kit» (Merck, Германия) – для оценки удельного содержания фосфорилированных форм белков, согласно протоколам фирмы-производителя. Уровень исследуемых белков в пробе выражался в условных единицах MFI (mean fluorescence intensity, средняя интенсивность флюоресценции). Удельное содержание общей формы конкретного белка рассчитывалось как отношение его MFI к MFI референсного белка GAPDH (glyceraldehyde 3-phosphate dehydrogenase, глицеральдегид-3-фосфатдегидрогеназа). Удельное содержание фосфорилированной формы белка рассчитывалось как отношение его MFI к MFI его общей формы.

Статистический анализ и обработку данных проводили с помощью программы SPSS (версия 20.0). Рассчитывали медиану, первый и третий квартили. Для сравнения количественных переменных использовался критерий Манна-

Уитни. Различия считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании удельного содержания общих форм 11 белков Akt/mTOR-сигнального пути в лизате мононуклеаров периферической крови больных биполярным аффективным расстройством инкубированных *in vitro* с солями лития выявлены следующие особенности: инкубация клеток с карбонатом лития или с сукцинатом лития не приводили к статистически значимым изменениям по сравнению с контрольными культурами; инкубация с фумаратом лития вызывала достоверное увеличение только одного белка (GSK-3 β) по сравнению с интактными клетками (0,33 (0,21 – 0,57) и 0,19 (0,16 – 0,31) соответственно, $p=0,05$); инкубация с пируватом лития приводила к значимому изменению концентрации 10 белков по сравнению с контрольными значениями (GSK-3 β : 0,70(0,48 – 1,0) и 0,19 (0,16 – 0,31) соответственно, $p < 0,001$); IGF1R: 0,10(0,04 – 0,13) и 0,07 (0,06 – 0,13) соответственно, $p=0,002$; IRS1 0,17 (0,15 – 0,30) и 0,06 (0,04 – 0,08) соответственно, $p=0,003$; Akt: 0,42 (0,17 – 0,73) и 0,07 (0,04 – 0,10) соответственно, $p=0,001$; mTOR: 0,09 (0,07 – 0,10) и 0,03 (0,03 – 0,04) соответственно, $p < 0,001$; p70S6K: 0,95 (0,66 – 1,74) и 0,40 (0,26 – 0,74) соответственно, $p=0,014$; IR: 0,09(0,08 – 0,11) и 0,04 (0,03 – 0,05) соответственно, $p < 0,001$; PTEN: 2,99(1,60 – 4,71) и 1,20 (1,01 – 2,13) соответственно, $p=0,003$; GSK-3 α : 1,68 (1,0 – 2,70) и 0,41 (0,33 – 0,79) соответственно, $p < 0,001$; TSC2: 0,95 (0,36 – 1,49) и 0,29 (0,18 – 0,57) соответственно, $p=0,031$).

По результатам эксперимента инкубация мононуклеаров периферической крови больных биполярным расстройством с литиевыми солями приводила к следующим изменениям в удельном содержании фосфорилированных форм белков Akt/mTOR-сигнального пути: инкубация клеток с карбонатом лития, или с сукцинатом лития, или с фумаратом лития не приводили к статистически значимым изменениям по сравнению с контрольными культурами; инкубация с пируватом лития приводила к достоверному изменению концентрации фосфо-форм 4 белков по сравнению с контрольными значениями: (GSK-3 β : 0,067 (0,053 – 0,13) и 0,16 (0,10 – 0,17) соответственно, $p=0,009$; Akt: 0,084 (0,053 – 0,19) и 0,61 (0,25 – 1,32) соответственно, $p=0,009$; mTOR: 1,67 (1,24 – 2,36) и 9,81 (5,54 – 13,15) соответственно, $p=0,014$; RPS6: 0,76 (0,43 – 1,02) и 0,20 (0,15 – 0,58) соответственно, $p=0,01$).

Как видно из эксперимента, выраженным действием в отношении активности белков Akt/mTOR-сигнального пути обладает пируват лития. Полученные нами ранее результаты демонстрируют антиоксидантные и цитопротекторные свойства пирувата лития в отношении мононуклеаров периферической крови больных депрессивными расстройствами, больных биполярным аффективным расстройством и пациентов, страдающих алкоголизмом [4,5,6]. Пируват является важным соединением для метаболизма организма, служит субстратом для образования ацетил-кофермента А, который далее вступает в цикл трикарбоновых кислот (цикл Кребса). При этом в цикле Кребса запасается часть энергии, а также

восстанавливаются молекулы NADH и FAD. Akt/mTOR- сигнальный путь принимает участие в синаптической нейротрансмиссии и пластичности, а также модулирует пролиферацию и миграцию клеток. В работе Machado-Vieira R. и соавт. (2015) описана роль данного пути в патофизиологии биполярного расстройства. Точный механизм, с помощью которого сигнальный путь Akt/mTOR может модулировать настроение, неизвестен. В литературе показано, что сниженная регуляция Akt/mTOR-сигнального пути, наблюдаемая у пациентов с биполярным расстройством, влияет на выработку клеточной энергии. [7] продемонстрировали, что ингибирование *mTOR* уменьшает генетическую экспрессию митохондриальных регуляторов транскрипции, что приводит к снижению экспрессии митохондриальных генов и потребления кислорода. Путь Akt/mTOR может представлять собой многообещающую мишень для фармакотерапии биполярного расстройства.

Выводы

Таким образом, представленные выше экспериментальные данные демонстрируют вовлеченность пирувата лития в регуляцию активности Akt/mTOR-сигнального пути в мононуклеарах периферической крови больных биполярным аффективным расстройством. Полученные результаты могут послужить основой для разработки новых, более эффективных препаратов лития с комплексным нормотимическим и цитопротекторным действием.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (проект №17-75-20045) «Действие органических солей лития на клетки и плазму крови больных с расстройствами аффективного спектра и синдромом зависимости».

Список литературы

1. Goodwin G.M., Haddad P.M., Ferrier I.N., Aronson J.K., Barnes T., Cipriani A., Coghill D.R., Fazel S., Geddes J.R., Grunze H., Holmes E.A., Howes O., Hudson S., Hunt N., Jones I., Macmillan I.C., McAllister-Williams H., Miklowitz D.R., Morriss R., Munafò M., Paton C., Saharkian B.J., Saunders K., Sinclair J., Taylor D., Vieta E., Young A.H. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol.* 2016;30(6):495-553.
2. Kessing L.V., Bauer M., Nolen W.A., Severus E., Goodwin G.M., Geddes J. Effectiveness of maintenance therapy of lithium vs other mood stabilizers in monotherapy and in combinations: a systematic review of evidence from observational studies. *Bipolar Disord.* 2018;20(5):419-431. <https://doi.org/10.1111/bdi.12623>
3. Натвиг Д.Б., Пердмана П., Вигзель Х. Лимфоциты: выделение, фракционирование и характеристика. М., 1980. -280 с.
4. Епимахова Е.В., Лосенков И.С., Рощина О.В., Плотников Е.В. Оценка цитопротекторного и антиоксидантного действия пирувата лития на мононуклеары периферической крови больных алкоголизмом. *Вопросы наркологии.* 2018; 171(12): 36 – 47.
5. Plotnikov E., Losenkov I., Epimakhova E., Bohan N. Protective effects of pyruvic

acid salt against lithium toxicity and oxidative damage in human blood mononuclear cells. *Advanced Pharmaceutical Bulletin*. 2019;9(2):302-306.

6. Прокопьева В.Д., Плотников Е.В., Ярыгина Е.Г., Бохан Н.А. Протекторное действие карнозина и органических солей лития при этанол-индуцированном окислительном повреждении белков и липидов плазмы крови у здоровых лиц и больных алкоголизмом. *Биомедицинская химия*. 2019;65(1): 28-32. <https://doi.org/10.18097/PBMC20196501028>

7. Machado-Vieira R., Zanetti M.V., Teixeira A.L., Uno M., Valiengo L.L., Soeiro-de-Souza M.G., Oba-Shinjo S.M., de Sousa R.T., Zarate C.A., Jr. Gattaz W.F., Marie S.K. Decreased AKT1/mTOR pathway mRNA expression in short-term bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(4):468-73.

8. Cunningham J.T., Rodgers J.T., Arlow D.H., Vazquez F., Mootha V.K., Puigserver P. mTOR controls mitochondrial oxidative function through a YY1-PGC-1alpha transcriptional complex. *Nature*. 2007 Nov 29;450(7170):736-40. <https://doi.org/10.1038/nature06322>

УДК 616.89, 615.03

Зубов Д.С.

Взаимосвязь полиморфизма гена BDNF rs6265 и уровня мозгового нейротрофического фактора у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, получающих комбинированную электросудорожную и медикаментозную терапию

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева»
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: dszubov@yandex.ru*

Актуальность исследования. Шизофрения относится к одному из основных инвалидизирующих психических заболеваний с частотой встречаемости в европейской популяции 0,6-0,8 % [1]. Помимо социально-экономических проблем, свойственных пациентам, страдающим данной патологией, остаются актуальными также клинические, главными из которых являются вопросы терапевтической резистентности. Количество пациентов, не реагирующих на стандартные терапевтические тактики, составляет от 30 до 60% от общего числа больных шизофренией [2]. Во многом сложившаяся ситуация связана с недостаточной изученностью этиопатогенетических аспектов как основного заболевания, так и терапевтической резистентности, в частности. Одной из современных гипотез развития шизофренического процесса является «нейротрофиновая гипотеза», основанная на влиянии специфических белков нейротрофинов на многие важнейшие функции ЦНС [3]. Наиболее изучаемым представителем нейротрофинов является мозговой нейротрофический фактор — BDNF, непосредственно связываемый с процессами роста и дифференциации нейронов, нейротрансмиссией и нейротрофикой, регуляцией процессов апоптоза [4]. Считается, что пациенты, страдающие шизофренией, имеют более низкий сывороточный уровень BDNF,

в отличие от здоровых лиц, причем у пациентов с терапевтической резистентностью он может быть снижен в еще большей степени [3]. Одним из потенциальных механизмов вовлеченности BDNF в патологические процессы считается полиморфизм на уровне гена BDNF rs6265 (Val66Met) [5]. По данным литературы, замещение аллелей, кодирующих экспрессию BDNF, может приводить к нарушению его синтеза [5]. Влияние различных методов лечения на уровень BDNF описывается как один из потенциальных патогенетических механизмов, в том числе и из-за заметной роли данного белка в усилении синаптической активности [3, 6]. Не теряющим актуальность методом лечения резистентных состояний при шизофрении остается электросудорожная терапия (ЭСТ), механизм действия которой также потенциально связывается с активацией синтеза BDNF [7]. Несмотря на свою высокую эффективность и безопасность, ЭСТ является высокостигматизированным методом, в том числе и из-за недостаточного количества отечественных работ, объективизирующих ее использование. Данная работа направлена на изучение взаимосвязи между полиморфизмом гена BDNF rs6265, сывороточным уровнем данного биомаркера и актуальной терапевтической тактикой.

Цели исследования

1. Оценка эффективности использования комбинированной электросудорожной и психофармакотерапии в сравнении с лекарственной терапией у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией
2. Анализ частоты встречаемости полиморфизма гена BDNF rs6265 у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией.
3. Оценка сывороточного уровня BDNF у пациентов с различным полиморфизмом гена BDNF rs6265 в зависимости от проводимой противорезистентной терапии.

Материал и методы исследования. Набор клинического материала производился в отделении биологической терапии ФГБУ «НМИЦ ПН им В. М. Бехтерева» Минздрава России. Критериями включения пациентов в исследование являлись: возраст 18–60 лет; европеоидная раса; диагноз «параноидная шизофрения» в соответствии с критериями F20.0 по МКБ 10; наличие терапевтической резистентности к психотропным лекарственным методам лечения. Критериями исключения служили: возраст до 18 и старше 60 лет; отказ пациента от участия в исследовании и проведении курса сеансов ЭСТ; пароксизмальная активность, выявленная при помощи ЭЭГ; наличие тяжелой острой и хронической, в стадии обострения, соматической патологии. Все пациенты (76 человек, 47 мужчин и 29 женщин) были разделены на сопоставимые по демографическим показателям группы: ЭСТ + ПФТ (59 человек) — пациенты, получавшие комбинированную электросудорожную и психофармакологическую терапию; ПФТ (17 человек) — пациенты, получавшие только медикаментозную терапию психотропными лекарственными средствами. В процессе терапии в обеих группах наблюдения наиболее часто применялись следующие антипсихотические препараты: типичного ряда — галоперидол ($29.5 \pm 13,38$ мг/сут) и клопиксол ($47.22 \pm 41,62$ мг/сут); из препаратов атипичного ряда у больных основной и контрольной групп использо-

вались оланзапин ($22,50 \pm 6,38$ мг/сут), кветиапин 500 ± 216 мг/сут), арипипразол ($27,4 \pm 4,87$ мг/сут), палиперидон ($9,71 \pm 1,99$ мг/сут), клозапин $212,92 \pm 192,43$ мг/сут). У пациентов основной группы наблюдения, согласно современным рекомендациям, лекарственная нагрузка на фоне проведения процедур ЭСТ снижалась. Процедуру ЭСТ проводили с согласия пациента по современной модифицированной методике в присутствии врача-реаниматолога. Для проведения ЭСТ использовался аппарат «ЭСТЕР». Взятие биологических образцов (венозная кровь) и клинико-шкальная оценка состояния пациентов с использованием стандартизированной шкалы PANSS проводились двукратно: на этапе включения в исследование, и на этапе окончания процедур ЭСТ (через 4 недели терапии) и в идентичные временные промежутки для пациентов группы ПФТ. Для определения концентрации биологических показателей в сыворотке крови использовался метод иммуноферментного анализа (ИФА). Генотипирование пациентов производилось с помощью метода полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для удобства интерпретации результатов полиморфизмы гена BDNF rs6265 (Val66Met) были разделены на аллели Met+ (AG и GG) и аллель Met- (AA), что соответствует данным литературы. Обработка клинического материала проводилась с использованием программного пакета SPSS Statistics. Применялись следующие методы статистической обработки: U-критерий Манна - Уитни, t-Критерий Стьюдента, T-критерий Вилкоксона.

Результаты исследования. На этапе включения в исследование все пациенты находились в остром психотическом состоянии. Значение общего балла по шкале PANSS у пациентов группы ЭСТ+ПФТ было несколько выше и составляло $116,04 \pm 18,76$ и $113,28 \pm 14,18$ баллов (б.) для группы ПФТ. Выраженность позитивной (П), негативной (Н) и общей психопатологической (О) симптоматики имела следующие значения: ЭСТ+ПФТ — $26,25 \pm 5,94$ б. и ПФТ — $25,93 \pm 4,67$ б., негативная — ЭСТ+ПФТ — $30,87 \pm 6,27$ б. и ПФТ — $28,94 \pm 5,65$ б., общая психопатологическая — ЭСТ+ПФТ — $58,92 \pm 10,46$ б. и ПФТ — $58,41 \pm 7,42$ б., различия между группами на начальном этапе не были статистически значимы ($p > 0,05$), табл. 1.

Через 4 недели терапии у больных обеих групп отмечалась статистически значимая положительная динамика по основным психопатологическим паттернам шкалы PANSS ($p < 0,001$), но более выраженная редукция позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики выявлялась у пациентов группы ЭСТ+ПФТ. Различия между группами на заключительном этапе исследования были статистически значимы и характеризовались следующим образом: ЭСТ+ПФТ — $14,98 \pm 4,6$ б. и ПФТ — $21,78 \pm 4,35$ б. (П), ЭСТ+ПФТ — $20,72 \pm 5,09$ б. и ПФТ — $26,16 \pm 5$ б. (Н), ЭСТ+ПФТ — $35,85 \pm 9,06$ б. и ПФТ — $50,72 \pm 8,05$ б. (О), ($p < 0,001$). Общий балл по шкале PANSS у пациентов группы ЭСТ+ПФТ составлял $71,55 \pm 16,71$ б. и $98,66 \pm 15,4$ б. у пациентов получавших ПФТ, ($p < 0,001$). Редукция позитивной симптоматики по шкале PANSS составила 42,93 %, негативной — 32,77 %, общей психопатологической — 39,15 %, общего балла — 38,34 %, в то время как аналогичные показатели для группы больных, получавших ПФТ, составляли 16%, 9,6%, 13,16% и 12,9 % соответственно.

После генотипирования пациентов было обнаружено, что аллель Met- гена BDNF rs6265 выявляется чаще: 77,6% — гомозиготная аллель AA, 19,8% — гетерозиготная аллель AG, 2,6% — гомозиготная аллель GG, что согласуется с данными литературы. При этом, нами не было выявлено статистически значимых различий по частоте встречаемости различных полиморфизмов гена BDNF rs6265 как в общей выборке обследованных пациентов, так и между группами, включенных в исследование больных ($p>0,05$), табл. 1.

Таблица 1. Частота встречаемости аллельного варианта полиморфизма гена BDNF rs6265 у обследованных пациентов (в абс. цифрах и процентах).

Группа	AA (Met-)		AG (Met+)		GG (Met+)		p
	n	%	n	%	n	%	
Общая выборка (n=76)	59	77,6	15	19,8	2	2,6	$p>0,05$
ЭСТ+ПФТ (n=57)	45	79	10	17,5	2	3,5	$p>0,05$
ПФТ (n=19)	14	73,7	5	26,3	0	0	$p>0,05$

Анализ сывороточного уровня BDNF на начальном этапе исследования продемонстрировал схожие значения концентрации данного биомаркера как в общей выборке, так и при групповом разделении пациентов (общая выборка — $10,80\pm 5,60$ нг/мл, ЭСТ+ПФТ — $10,89\pm 6,13$ нг/мл, ПФТ — $10,49\pm 3,35$ нг/мл), табл. 2.

Таблица 2. Динамика сывороточного уровня BDNF в зависимости от аллельного варианта полиморфизма гена BDNF rs6265 у обследованных пациентов (в нг/мл).

Группа	При включении в исследование			Через 4 недели терапии			p
	Общ. уровень	Met-	Met+	Общ. уровень	Met-	Met+	
Общая выборка (n=77)	$10,80\pm 5,60$	$10,72\pm 5,37$	$11,14\pm 6,82$	$11,45\pm 6,81$	$11,25\pm 6,68$	$12,73\pm 7,08$	$p>0,05$
ЭСТ+ПФТ (n=57)	$10,89\pm 6,13$	$10,71\pm 5,78$	$11,51\pm 7,50$	$11,85\pm 7,29$	$11,45\pm 7,41$	$13,20\pm 7,02$	$p>0,05$
ПФТ (n=19)	$10,49\pm 3,35$	$11,66\pm 3,14$	$9,83\pm 2,99$	$10,10\pm 4,79$	$9,76\pm 3,03$	$10,34\pm 5,29$	$p>0,05$

При дифференцировке пациентов по двум вариантам аллелей гена rs6265 пациенты, имевшие аллель Met+, и, получавшие исключительно лекарственную терапию, имели более низкий уровень BDNF (Met+ ПФТ — $9,83\pm 2,99$ нг/мл,

Met + ЭСТ+ПФТ — 11,51±7,50 нг/мл, 11,14±6,82 нг/мл — Met+ общая выборка), но данные различия статистически недостоверны ($p>0,05$), табл. 2. Повторная оценка концентрации BDNF через 4 недели терапии не выявила статистически значимых различий между группами, однако, пациенты, получавшие комбинированную электросудорожную и лекарственную терапию, отличались несколько большей положительной динамикой уровня BDNF, в особенности больные, имевшие аллель Met+ гена rs6265 (Met + общая выборка — 12,73±7,08 нг/мл, Met+ ЭСТ+ПФТ — 13,20±7,02 нг/мл, Met+ ПФТ — 10,34±5,29 нг/мл), что может свидетельствовать об имеющейся тенденции, табл. 2,

Выводы:

1. Электросудорожная терапия в сочетании с психофармакотерапией обладает большей клинической эффективностью (редукция более 20% по PANSS) у пациентов с резистентной шизофренией, в сравнении с терапией исключительно лекарственными средствами (редукция менее 20% по PANSS).

2. Частота встречаемости полиморфизма гена BDNF rs6265 (Val66Met) аллели Met- у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией превышала таковую аллели Met+, однако выявленные различия были статистически недостоверными, что требует проведения дополнительных исследований на большей выборке пациентов.

3. Была выявлена тенденция к увеличению сывороточного уровня BDNF при использовании электросудорожной и психофармакотерапии, в особенности у пациентов с полиморфизмом гена BDNF rs6265 аллели Met+, чего не отмечалось при использовании только лекарственной терапии, что может свидетельствовать о вовлеченности BDNF в механизм терапевтического действия ЭСТ, но полученные результаты не имели статистической значимости, в связи с чем необходимы дополнительные исследования.

Список литературы

1. Wittchen H.U., Jacobi F., Rehm J., Svensson G.A.M., Jönsson B., Olesen J., Allgulander C., Alonso J., Faravelli C., Fratiglioni L., Jennum P., Lieb R., Maercker A., van Os J. Preisig M., Salvador-Carulla L., Simon R., Steinhausen H.C. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol.* 2011;21(9):655-79.

2. Solanki R.K., Singh P., Munshi D.. Current perspectives in the treatment of resistant schizophrenia. *Indian J Psychiatry.* 2009;51(4):254-60.

3. Yamamori H., Hashimoto R., Ishima T., Kishi F., Yasuda Y., Ohi K., Fujimoto M., Umeda-Yano S., Ito A., Hashimoto K., Takeda M. Plasma levels of mature brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) in treatment-resistant schizophrenia treated with clozapine. *Neurosci Lett.* 2013;27;556:37-41.

4. Shimizu E., Hashimoto K., Watanabe H., Okamura N., Koike K., Komatsu N., Kumakiri C., Nakazato M., Shinoda N., Sin-ichi Okada, Masaomi I. Alterations of serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) in depressed patients with or without antidepressants. *Biol Psychiatry.* 2003;54(1):70-5.

5. Колесниченко Е.В., Барыльник Ю.Б., Голимбет В.Е., Бородулин В.Б., Фе-

дотов Э.А. Исследование влияния полиморфизма val66met гена bdnf на сывороточный уровень мозгового нейротрофического фактора у больных параноидной шизофренией // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6.; URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=15618> (дата обращения: 15.02.2020).

6. Lee B.H., Kim Y.K. Increased plasma brain-derived neurotropic factor, not nerve growth factor-Beta, in schizophrenia patients with better response to risperidone treatment *Neuropsychobiology*. 2009;59(1):51-8

7. Li J., Ye F., Xiao W., Tang X., Sha W., Zhang X., Wang J. Increased serum brain-derived neurotrophic factor levels following electroconvulsive therapy or antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2016;36:23-8

УДК 616.853-056.34, 616.895

Капустина Т.В., Иванов М.В.

Структурные особенности коморбидных депрессивных расстройств у больных эпилепсией

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: kapustina.tv7@gmail.com*

Актуальность. Структурные и функциональные исследования головного мозга оказали колоссальное влияние на диагностику и лечение эпилепсии и коморбидные с ней психических расстройств [1,2]. В последние годы появилось новое представление о совокупности структурно-функциональных связей в нервной системе организма – коннектомика. Организация нервных сетей – одна из фундаментальных основ церебральной патологии, которая обусловлена нарушением связей [3,4]. Имиджинговая методология становится перспективной для описания паттерна структурных и функциональных связей в мозге человека [3,4]. Единые механизмы патогенеза и коморбидности неврологических и психических заболеваний (в первую очередь депрессии) определяют общие подходы к фармакотерапии. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) головного мозга широко используется для диагностических целей при различных заболеваниях головного мозга. При эпилепсии ПЭТ чаще используется в рамках прехирургической подготовки больного для оценки морфофункциональных нарушений и верификации эпилептогенного очага. В многочисленных клинических и экспериментальных исследованиях показано, что при эпилептизации мозга формируется сложное взаимодействие структур головного мозга, вовлеченных как в генерацию эпилептической активности, так и ее подавление (проэпилептические и антиэпилептические эффекты). Антиэпилептическая система (АЭС) головного мозга включает хвостатое ядро, ретикулярное ядро моста, некоторые структуры таламуса, заднюю часть гипоталамуса, голубоватое место, дорзальное ядро шва, верхние холмики четверохолмия, структуры мозжечка и другие. Через указанные структуры, посредством механизма отрицательной обратной связи, оказывается

ингибирующее влияние на эпилептогенез. Особая роль в регуляции процессов возбуждения и торможения нейронов принадлежит мозжечку. Согласно данным литературы, атрофические изменения мозжечка у больных эпилепсией (БЭ) коррелируют с частотой судорожных феноменов [5] и изменениями ЭЭГ: у 78,5% БЭ с гипоплазией мозжечка выявляется патологическая ЭЭГ, у 28,5% — эпилептиформные знаки на ЭЭГ [6].

Цель исследования: Изучить механизмы развития коморбидных депрессивных расстройств у больных эпилепсией с целью улучшения качества диагностики, с последующей оптимизацией медикаментозной терапии.

Материалы и методы: Обследованы 142 больных эпилепсией (БЭ), которые были разделены на две группы. Первую группу (ПГ) составили 69 пациентов БЭ с коморбидными депрессивными расстройствами (БЭД). Для пациентов основной группы (БЭД) введены дополнительные критерии включения: 1) наличие диагноза ДР по критериям МКБ-10 из рубрик F32.0 – Депрессивный эпизод легкой степени, F32.1 – Депрессивный эпизод средней степени; 2) наличие в анамнезе одного и более депрессивных эпизодов. В контрольную группу (КГ) вошли больные эпилепсией (БЭ) без депрессивных расстройств (73 человека). Использовались методы исследования: 1) психопатологический, 2) неврологический, 3) психометрический, включающий использование Госпитальной шкалы оценки депрессии – HADS (1983), 4) нейровизуализационный, включая магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ) с напряжением магнитного поля 3 Тесла, диффузионно-тензорную МРТ с трактографией, одновоскельную протонную спектроскопию гиппокампов и ПЭТ с ФДГ.

Результаты и обсуждение. Выбор трактов происходил на основе ранее полученных данных различных авторов и после тщательного анализа. Для данного исследования были выбраны следующие тракты: лобно-затылочные тракты (справа, слева), кортикоспинальный тракт (справа, слева), тракт мозолистого тела, форникса, тракт таламуса (справа, слева).

При сравнении фракционной анизотропии (ФА) трактов головного мозга у БЭД и БЭ были выявлены статистически достоверные различия. В группе БЭД ФА тракты форникса и мозолистого тела были ниже, чем в группе больных эпилепсией. В группе больных эпилепсией с расстройствами депрессивного спектра ФА кортикоспинальных трактов справа и слева ($t=1,99$; $p\leq 0,05$ слева и $t=2,75$; $p\leq 0,01$ справа); лобно-затылочных трактов справа и слева ($t=23,82$; $p\leq 0,01$ справа и $t=19,22$; $p\leq 0,01$ слева), а также трактов таламуса справа и слева ($t=16,78$; $p\leq 0,01$ справа и $t=11,62$; $p\leq 0,01$ слева) была ниже, чем в группе больных эпилепсией. В общей группе (ОГ) при сравнении ФА трактов справа и слева выявлена тенденция снижения ФА ($t=4,1808$; $p=0,05$) справа, достоверных различий не выявлено ($t=0,6547$; $p\leq 0,05$).

На основании полученных данных обнаружены общие тенденции для каждой группы больных эпилепсией с расстройствами депрессивного спектра с различными депрессивными симптомокомплексами. Так, в группе БЭ с астенодепрессивным симптомокомплексом выявлено снижение фракционной анизотропии

в проводящих путях задних и переднецигулярных отделов, больших и малых щипцов (в трактах, обеспечивающих межполушарную связь), кортикоспинальном тракте слева.

В группе БЭ с депрессивно-ипохондрическим симптомокомплексом дефицит трактов установлен в колене мозолистого тела, фюрниксе, нижнем лобно-затылочном пучке справа. В группе БЭ с депрессивно-дисфорическим симптомокомплексом отмечалось снижение ФА в тракте мозолистого тела и кортикоспинальном тракте справа. Во всех трех группах выявлено снижение ФА в трактах таламуса справа.

Результаты, полученные с помощью ПЭТ с ФДГ также были статистически достоверные. В группе БЭ выявлено усиление метаболизма глюкозы в дорсолатеральной области,

вентролатеральной и медиальной областях префронтальной коры (слева больше, чем справа), теменной области и поясной извилине. Области пониженного метаболизма были отмечены в островковые области слева, а также в гиппокампе и парагиппокампальной области справа, мозжечка

В группе БЭД выявлено снижение метаболизма в лобной области, в дорсолатеральной, вентролатеральной и медиальной областях префронтальной коры (слева больше, чем справа), теменной области и в мозжечке, а также гиперметаболизм в структурах лимбической системы справа.

Выводы. Таким образом, с помощью трактографии головного мозга и ПЭТ с ФДГ у БЭД выявлены нейродегенеративные изменения в корково-стрио-таламо-кортикальных путях, установлены особенности топографии дефицитарных трактов, углубляющие представление о нейробиологических механизмах эпилепсии и ассоциированных с этим заболеванием депрессивных расстройств, позволяющие рассматривать выявленные нарушения с позиций системной психоневрологии как «синдром разобщения» при коннектопатии.

Список литературы:

1. Киссин М.Я., Ананьева Н.И., Шмелева Л.М., Ежова Р.В. Особенности нейроморфологии тревожных и депрессивных расстройств при височной эпилепсии. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2012; 2: 11–17.

2. Шамрей В.К., Труфанов Г.Е., Абриталин Е.Ю., Корзенов А.В., Фокин В.А., Тарумов Д.А., Днов К.В., Лебедев А.В., Ефимцев А.Ю., Меньшикова С.В. Современные методы нейровизуализации в диагностике депрессивных расстройств. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2010; 1(29): 37–45.

3. Гуляева Н.В. Нейропластичность и эпилепсия: современные концепции и механизмы коморбидности эпилепсии и депрессии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015; 115(12): 148–153.

4. Сеунг С. Коннектом. Как мозг делает нас тем, что мы есть: пер. с англ. М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2014: 440.

5. Sarikaya I. (2015). PET studies in epilepsy. American journal of nuclear medicine and molecular imaging, 5(5), 416–430/

6. Packer, Rowena M. A. et al. "Behavioral Interventions as an Adjunctive Treatment for Canine Epilepsy: A Missing Part of the Epilepsy Management Toolkit?." *Frontiers in veterinary science* vol. 6 3. 28 Jan. 2019, doi:10.3389/fvets.2019.00003

УДК 616.89

Карпова Н.С.

Влияние фармакотерапии на тромбодинамические показатели коагуляции до и после лечения

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: nat_karpova@mail.ru

Актуальность По данным ВОЗ, в мире насчитывается 45 млн. больных шизофренией, что составляет около 1% населения земного шара. Известно, что при психических расстройствах формируется системное воспаление, вследствие развития у больных нейровоспаления (НВ), что позволило сформулировать нейровоспалительную гипотезу шизофрении [1]. Больные шизофренией имеют повышенный риск венозных тромбозов, который связан с развитием ожирения, метаболического синдрома, системного воспаления и длительной терапией антипсихотиками [2]. На уровне гемостаза причина риска может быть связана с развитием гиперкоагуляции крови у больных. Показано, что при системном воспалительном процессе происходит микрокровоизлияние в центральной нервной системе (ЦНС) с выпадением фибриногена в очаге ЦНС и активация плазминоген-активирующей (ПА) системы с последующим нарушением проницаемости гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Молекулярная сеть фибрина и ПА системы способствует воспалению и нейродегенерации посредством активации микроглии, макрофагов и лейкоцитов [3].

Наши недавние исследования показали, что у больных шизофренией и аффективным заболеванием, поступающих в стационар в состоянии обострения до лечения, наблюдается повышенная свертываемость крови (гиперкоагуляция), сопровождающаяся генерацией прокоагулянтных спонтанных сгустков [4], которые являются основой для формирования микротромбов, способных вызывать тромбозы мелких сосудов мозга. В свою очередь, эти церебральные микротромбозы могут формировать зоны ишемии у больных, что вызывает развитие деструкции и гибель нейронов и нейроглии в этих зонах. Поэтому можно предположить, что одним из ведущих механизмов развития когнитивных расстройств у больных после каждого перенесенного приступа болезни являются генерирующиеся спонтанные сгустки, способные вызывать деструктивные изменения в паренхиме мозга. Это делает актуальной задачу по снижению прокоагулянтной активности плазмы крови больных при фармакотерапии. Из литературы известно, что ряд антидепрессантов и антипсихотиков в условиях *in vitro* (на культурах тканей или на лабораторных животных) обладают выраженным противовоспалительным эффектом [5]. При анализе данных литературы не было найдено информации

о противовоспалительном эффекте этих препаратов в условиях *in vivo*, т.е. при фармакотерапии больных шизофренией.

Цель исследования – Определение прокоагулянтной активности плазмы крови больных шизофренией, поступающих в стационар в состоянии обострения, до и после фармакотерапии и оценка полученных данных на основании нарушений плазменного и тромбоцитарного звеньев гемостаза.

Материалы и методы. Для проведения исследования была сформирована группа из 80 пациенток, поступивших на стационарное лечение в состоянии обострения в клинику ФГБНУ НЦПЗ (Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний). Возраст пациенток варьировал от 16 до 57 лет, медианный возраст составил -28 лет (Нижний квартиль LQ = 25, Верхний квартиль UQ = 35). Все обследованные пациентки страдали шизофренией с приступообразным/приступообразно-прогредиентным /непрерывным типом течения (МКБ- F 20.00, F 20.01, F 20.02). Все пациентки получили комплексную психофармакотерапии, в соответствии со стандартами лечения. Психофармакотерапия включала в себя нейролептики, антипсихотики и антидепрессанты в дозах, адекватных психопатологической картине состояния больных.

Тесттромбодинамикипредназначендляисследования*invitro*пространственно-временной динамики свертывания крови, инициированной локализованным активатором свертывания в условиях, близких к условиям свертывания крови *in vivo*.

Тест производится без перемешивания в тонком слое плазмы. Для его проведения образцы плазмы крови помещают в каналы измерительной кюветы. Затем в каналы кюветы вводят специальную вставку (активатор), на торце которой нанесено покрытие с активатором свертывания (тканевой фактор). Как только плазма крови соприкасается с активатором, начинается процесс свертывания, т.е. от локализованного на торце вставки тканевого фактора в объем плазмы начинает расти фибриновый сгусток, как на поврежденной стенке сосуда *in vivo*. Процесс возникновения и роста фибринового сгустка регистрируется цифровой камерой в рассеянном свете.

На основе этих данных рассчитываются численные параметры пространственно-временной динамики роста фибринового сгустка: время задержки роста сгустка (Tlag), скорости роста сгустка (V_i ; V_{st} и V), величина сгустка после 30 минут временной динамики (CS), плотность сгустка (D) и время появления спонтанного тромбообразования (Tsp) вдали от активатора.

У всех больных при поступлении в стационар утром, натощак производили забор крови из локтевой вены в вакутейнер типа Vacuette (Австрия), содержащий 3.2% раствор цитрата натрия. Соотношение объемов антикоагулянта и крови 1:9. Свежую кровь центрифугировали 15 мин. при 1600g. Отбирали плазму, обедненную тромбоцитами, и центрифугировали 5 мин. при 10000g. Полученную плазму, свободную от тромбоцитов, использовали для проведения теста тромбодинамики в режиме коагуляции на анализаторе «Регистратор Тромбодинамики Т-2»

(ООО Гемакор, Москва, Россия). Все преаналитические процедуры проводили в течение 30 минут после взятия крови.

Статистический анализ проведен с использованием программ Statistica, version 8 (Statsoft, USA), и MedCalc, version 17.4.1 (Belgium). В связи с тем, что ряд тромбодинамических показателей не имеет нормального распределения данных, для доказательства статистически значимых отличий средних значений показателей тромбодинамики у больных от нормальных значений использовали непараметрический критерий знаков (One-sampleSignedRankSumtest; One-sampleSignedRStest). Для оценки статистической значимости различий показателей тромбодинамики у больных шизофренией до и после лечения использовали непараметрический парный тест Вилкоксона (Paired sample Wilcoxon test). $P < 0,05$ использовали как критерий статистически значимых отличий между данными.

Результаты и их обсуждение. В результате исследования было показано, что большинство параметров ТД у пациенток до лечения статистически значимо отличается от нормальных значений (V_i ; Vst ; V ; CS ; Tsp). При этом все три скорости и величина сгустка сдвинуты в сторону повышенных значений, что свидетельствует о повышенной свертываемости плазмы крови (гиперкоагуляции) у больных до лечения. Значимое уменьшение времени появления спонтанных сгустков ($Tsp \ll 30$) по сравнению с нормой свидетельствует о наличии в крови больных большого количества прокоагулянтных, тромбоцитарных микрочастиц, из которых образуются ранние спонтанные сгустки.

Другая картина наблюдается у этих больных после лечения. Показано, что только показатели Vst и V статистически значимо смещены в сторону гиперкоагуляции.

Выявлены статистически значимые различия следующих показателей ТД у больных шизофренией до и после лечения: V_i ; V ; CS ; D ; Tsp . При этом показано, что $Tlag$ и Vst статистически значимо не изменились при проведенной терапии. В результате лечения V_i снизилась с 58,5 мкм/мин до 54,5 мкм/мин; V – с 37,4 мкм/мин до 33,5 мкм/мин; CS – с 1249 мкм до 1219 мкм; D – с 24874 усл. ед. до 23658 усл. ед.. Tsp увеличилось с 23,5 мин до 30,5 мин. Такая динамика показателей плазменного гемостаза однозначно свидетельствует о статистически значимом снижении прокоагулянтной активности тромбоцитарных микрочастиц после лечения, т.е. о снижении активации тромбоцитов в результате лечения. Данные приведены в таблице 1.

Таблица 1. Статистическая значимость различий показателей ТД у больных шизофренией до и после лечения

ТД показатели	Парный тест Вилкоксона			
	N	T	Z	p-level
$Tlag_1 / Tlag_2$	80	657,0000	0,291421	0,770729
V_i1 / V_i2	80	711,5000	4,129044	0,000036**
Vst_1 / Vst_2	38	289,0000	1,181935	0,237232
V_1 / V_2	80	1072,000	2,180772	0,029201*

Cs 1 /Cs 2	32	129,5000	2,515007	0,011903*
D 1 /D 2	80	1125,000	2,223617	0,026175*
Tsp 1 /Tsp 2	80	875,000	2,766389	0,006**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

N – количество пациентов, T, Z – показатели парного теста Вилкоксона

При развитии нейровоспаления происходит активация микроглии. Это подтверждается тем, что ингибиторы активации микроглии (Целекоксиб, Celecoxib; Миноцилин, Minocycline) обладают антипсихотическим действием [6, 7]. В настоящее время появились данные о том, что целый ряд антипсихотических препаратов обладает противовоспалительной активностью, способной *invitro* подавлять активацию микроглии на культурах этих клеток [8].

Все эти данные позволяют предположить, что выявленное нами статистически значимое снижение свергывающей активности плазмы крови больных в результате лечения может быть связано с противовоспалительным действием антипсихотиков.

С другой стороны известно, что у больных шизофренией в состоянии обострения наблюдается активация тромбоцитов, сопровождающаяся генерацией прокоагулянтных спонтанных сгустков. Наши исследования впервые показали, что при лечении больных антипсихотиками снижается генерация спонтанных сгустков. Т.е. лечение больных шизофренией сопровождается снижением активности плазменного и тромбоцитарного гемостаза.

Выводы. Показано значимое увеличение показателей ТД, таких как V_i ; V_{st} ; V ; CS ; значение T_{sp} статистически значимо ниже нормы. Это свидетельствует о наличии гиперкоагуляции со спонтанными сгустками до лечения.

Показано, что после лечения только показатели V_{st} и V статистически значимо смещены в сторону гиперкоагуляции.

Показано, что при проведении психофармакотерапии значительно снижается прокоагулянтная активность плазмы крови больных шизофренией.

Список литературы:

1. Костюкова А.Б., Мосолов С.Н. Нейровоспалительная гипотеза шизофрении и некоторые новые терапевтические подходы. Современная терапия психических расстройств. 2013; 4: 8–17.

2. Zornberg G.L., Jick H. 2000; Antipsychotic drug use and risk of first-time idiopathic venous thromboembolism. *Lancet* 356 (9237), 1219 – 1223. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02784-7

3. Bardehle S., Rafalski V.A., Akassoglou K. Breaking boundaries-coagulation and fibrinolysis at the neurovascular interface *Front Cell Neurosci.* 2015 Sep 16;9:354. doi: 10.3389/fncel.2015.00354. eCollection 2015.

4. Брусов О.С., Олейчик И.В., Фактор М.И., Карпова Н.С., Сизов С.В., Юнилайн О.А. Тромбодинамические показатели гиперкоагуляции плазмы крови у больных с аффективным заболеванием и шизофренией в стадии обострения *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2019, Том 10, стр. 41-45. oi.org/10.17116/jnevro201811810141

5. Kato T.A., Monji A., Mizoguchi Y., Hashioka S., Horikawa H., Seki Y., Kasai M., Utsumi H., Kanba S., Anti-inflammatory properties of antipsychotics via microglia modulation: are antipsychotics a “fire extinguisher” in the brain of schizophrenia? *Mini Reviews in Medical Chemistry*, 2011, 11, 565-574.

6. Muller N., Krause D., Dehning S., Musil R., Schennach-Wolff R., Obermeier M., Moller H. J., Klauss V., Schwarz M. J., Riedel M. Celecoxib treatment in an early stage of schizophrenia: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of celecoxib augmentation of amisulpride treatment. *Schizophr. Res.*, 2010, 121(1-3), 118-124.

7. Miyaoka T., Yasukawa R., Yasuda H., Hayashida M., Inagaki T., Horiguchi J. Minocycline as adjunctive therapy for schizophrenia: an open-label study. *Clin. Neuropharmacol.*, 2008, 31(5), 287-292.

8. Kato T. A., Monji A., Yasukawa K., Mizoguchi Y., Horikawa H., Seki Y., Hashioka S., Han Y. H., Kasai M., Sonoda N., Hirata E., Maeda Y., Inoguchi T., Utsumi H., Kanba S. Aripiprazole inhibits superoxide generation from phorbolmyristate-acetate (PMA)-stimulated microglia in vitro: implication for antioxidative psychotropic actions via microglia. *Schizophr. Res.*, In press.

УДК 616.89

Колмык М.А.

Биологические основы развития шизофрении

ГБУЗ «СКПБ №1»;

г. Краснодар, Краснодарский край, Россия;

e-mail: dnkod2@gmail.com

Актуальность. Шизофрения – это заболевание, при котором клинические признаки и симптомы, течение и когнитивные характеристики хорошо описаны. Успешные фармакологические методы лечения существуют, хотя они, вероятно, являются паллиативными. Тем не менее, эта широкая база знаний еще не привела к выявлению ее патофизиологии и этиологии.

Гипотезы, объясняющие проявления шизофрении, выдвигались веками. Открытие полвека назад, что антипсихотические препараты блокируют дофаминовые рецепторы в головном мозге и, таким образом, уменьшают психотические симптомы, решительно поддерживает идею, что сверхактивная дофаминергическая система вызывает шизофрению. Тем не менее, имеются слабые доказательства того, что дофаминергические нарушения могут оказывать влияние на когнитивные или негативные проявления шизофрении. Данные нарушения пытаются объяснить генетическая теория.

Генетические исследования с использованием близнецового и семейного методов подтвердили генетическую составляющую в этиологии шизофрении. В связи с этим с конца прошлого века было проведено множество ширококомасштабных генетико-эпидемиологических исследований, в результате которых было установлено, что генетические факторы вносят значительный вклад в развитие шизофрении.

Исследования близнецов имели ключевое значение для подтверждения генетической предрасположенности. Чем теснее человек связан с индивидуумом, страдающим шизофренией, тем выше риск этой болезнью. Заболевание встречается во всех культурах и у людей во всем мире и с аналогичными оценками генетического риска.Monozygotный близнец человека с шизофренией, который имеет тот же геном, имеет риск заболеть 80% [1].

Шизофрения является сложным полигенным заболеванием. Многие гены, связанные с болезнью, были идентифицированы в различных исследованиях (15q11 (делеция), 15q13 (дупликация, делеция), 16p11 (дупликация, делеция), 1q21.1 (делеция), 22q11 (делеция), 3q29 (микродупликация), 7q11.23 (микрделеция), 17q2 (дупликация) и др.) [2]. Каждый фактор риска связан с небольшим риском, причем генетические факторы являются наиболее сильными. Факторы риска считаются мультипликативными.

Кроме того, катастрофические пре- или перинатальные события, такие как воздействие голода, облучение или вирусные заболевания у матери, особенно во втором триместре, являются значительными факторами риска развития шизофрении. Стоит отметить, что ранние события не обладают такой же прогностической силой, как генетические факторы. Эти условия, однако, могут сочетаться с другими провоцирующими факторами, способствующими началу заболевания.

Факторы окружающей среды также были предложены в качестве риска для шизофрении. Такие факторы включают, например, использование марихуаны [3] (и, возможно, других форм наркотической зависимости, хотя это менее строго задокументировано). Среда, в которой растет ребенок, характеризуемая стрессовой, также часто определяется как фактор, способствующий развитию шизофрении.

Misiak B. et al. [3] полагают, что гены COMT, BDNF и FKBP5 могут взаимодействовать со стрессом в раннем возрасте и злоупотреблением или зависимостью от марихуаны, влияя на различные исходы расстройств шизофренического спектра.

В этиологии и патофизиологии шизофрении растет интерес к доказанным изменениям иммунных факторов. Продольные исследования на моделях животных показывают, что вызванное инфекцией нейровоспаление может быть патологически значимым за пределами антенатального и неонатального периодов и может способствовать прогрессированию шизофрении. Согласно этому сценарию, воздействие пренатальной иммунной стимуляции вызывает ранние пре- и постнатальные изменения в периферических и центральных звеньях воспалительного ответа, которые, в свою очередь, могут нарушать нормальное развитие и созревание нейронных систем от ювенильного до взрослого этапов жизни. Такое нейровоспаление в процессе развития может неблагоприятно влиять на процессы, которые имеют ключевое значение для нормального созревания головного мозга, включая миелинизацию, ремоделирование нейронов, которые в значительной степени происходят во время постнатального созревания головного мозга [4].

Появление технологий нейровизуализации позволило расширить знания о макроскопических изменениях мозга, которые происходят при шизофрении,

включая характерный увеличенный размер желудочков и уменьшение объема серого вещества, объема всего мозга и анизотропии белого вещества. Bakhshi K., Chance S. A. [5] полагают, что гипотеза о сниженном нейропиле может стать микро анатомическим объяснением макроскопических изменений, хотя было установлено, что экспериментальные исследования не всегда подтверждают это. Количественное мета аналитическое резюме исследований, сфокусированное на плотности нейронов, подтверждает увеличения плотности нейронов при шизофрении с вариацией, зависящей от возраста. Это согласуется с данными нейровизуализации и предполагает изменение траектории старения как фактора патогенеза шизофрении.

В контексте обсуждения биологических основ развития шизофрении интерес представляет исследование гормональных показателей при развитии данного заболевания, которое позволит уточнить патогенетические механизмы развития шизофрении. На сегодняшний день роль репродуктивных гормонов в развитии шизофрении до конца не определена. При этом данные о соотношении между репродуктивным возрастом и временем начала заболевания свидетельствуют о важности половых гормонов и их взаимодействии с системой нейромедиаторов в определенных областях мозга [6].

Цель исследования: анализ роли эстрадиола и тестостерона в развитии шизофрении.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 28 пациентов с шизофренией (15 женщин и 13 мужчин) в возрасте от 24 до 47 лет (средний возраст – $32,3 \pm 8,1$ лет). Из них 17 больных с параноидной шизофренией (F20.0), 6 больных с недифференцированной шизофренией (F20.3) и 5 больных с шизоаффективным расстройством (F25). Все пациенты дали информированное добровольное согласие на участие в исследовании.

Критерии включения:

- возраст от 18 до 60 лет;
- диагноз шизофрении установлен в соответствии с МКБ-10;
- отсутствие органических заболеваний нервной системы;
- отсутствие эндокринных заболеваний, беременности и лактации;
- психофармакотерапия еще не была назначена.

Длительность заболевания в среднем равнялась 1,2 года.

В качестве контрольной группы обследовано 20 здоровых испытуемых (10 женщин и 10 мужчин; средний возраст – $32,1 \pm 6,2$ лет).

У всех больных определялась тяжесть психопатологической симптоматики и проводилось исследование гормонального профиля. Определение содержания эстрадиола и тестостерона проводилось иммуноферментным методом.

Сравнение и анализ результатов исследования производили в программе Statistical Package for Social Science (IBM SPSS Statistics 23). Был использован критерий Манна-Уитни для оценки статистической значимости различий между выборками. Различия считались значимыми при величине вероятности ошибочного принятия нулевой гипотезы о равенстве генеральных средних ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение

Показатели уровня половых гормонов представим в таблице 1.

Таблица 1. Показатели уровня половых гормонов

Гормон	Пол	Группы	
		Пациенты с шизофренией	Контрольная
Эстрадиол, пг/мл	Женский	72,1±4,2	105±5,7
Эстрадиол, пг/мл	Мужской	33,54±14,56	22±2,9
Тестостерон, нмоль/л	Женский	6,38±0,45	1,7±0,67
Тестостерон, нмоль/л	Мужской	19,2±2,8	18,9±5,1

Как видно из таблицы 1, средние показатели эстрадиола у женщин с шизофренией были ниже, чем в группе здоровых лиц ($p < 0,05$). У мужчин с шизофренией наблюдалась противоположная картина. Средний показатель эстрадиола превышал таковой в контрольной группе ($p < 0,05$).

Средние уровни тестостерона у женщин с шизофренией превышали показатели в контрольной группе ($p < 0,05$). У мужчин сравнительный анализ не показал различий в основной и контрольной группах.

Таким образом, данное исследование позволило выявить две особенности гормонального статуса у больных с шизофренией:

- повышение показателей эстрадиола у мужчин с шизофренией по сравнению с контрольной группой;
- снижение значений эстрадиола и повышение тестостерона у женщин с шизофренией по сравнению с контрольной группой.

На сегодняшний день известно, что шизофрения проявляется по-разному у мужчин и женщин (проявление симптомов, возраст начала заболевания, исход болезни). В связи с этим существуют предположения, что пол пациента играет некоторую роль в патогенезе шизофрении. К примеру, M. Seeman et al. [7] выявлено, что более высокие уровни эстрадиола препятствуют усилению симптомов. Полученные нами данные подтверждают защитную роль эстрадиола в развитии шизофрении. Уровень эстрогена был значительно ниже у больных шизофренией, чем в группе здоровых лиц, а уровни тестостерона превышали показатели контрольной группы.

Отметим, что мнение о защитной роли эстрадиола в развитии шизофрении правомерно лишь для пациентов женского пола. Только в последнее время появились публикации, касающиеся изучения данной проблемы у мужчин [8, 9]. При этом результаты часто противоречивы и недостоверны.

Выводы

1. Шизофрения – это тяжелое психическое расстройство с плохо изученной этиологией и патогенезом, характеризующееся высокой наследуемостью многофакторным наследованием.

2. Хотя в последние десятилетия были выпущены новые антипсихотические препараты они имели ограниченный успех в отношении когнитивных нарушений и длительной инвалидности при шизофрении, а также обременены побочными эффектами. Отсутствие значительного прогресса в фармакотерапии шизофрении является отражением сложности и неоднородности заболевания.

3. Необходимы дальнейшие исследования роли эстрадиола и тестостерона в этиопатогенезе шизофрении у мужчин и женщин.

4. Следует рассматривать новые направления причинно-следственных связей и потенциальные механизмы развития шизофрении с целью выявления терапевтических мишеней в лечении шизофрении.

Список литературы:

1. Морозова А. Ю. Генетические аспекты шизофрении/ Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова// 2017;117(6): 126-132.

2. Голимбет В. Е. Моногенная модель шизофрении: смена парадигм //Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2016. – Т. 116. – №. 2. – С. 4-8.

3. Misiak B. et al. Interactions between variation in candidate genes and environmental factors in the etiology of schizophrenia and bipolar disorder: a systematic review //Molecular neurobiology. – 2018. – Т. 55. – №. 6. – p. 5075-5100.

4. Meyer U. Developmental neuroinflammation and schizophrenia //Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. – 2013. – Т. 42. – p. 20-34.

5. Bakhshi K., Chance S. A. The neuropathology of schizophrenia: a selective review of past studies and emerging themes in brain structure and cytoarchitecture // Neuroscience. – 2015. – Т. 303. – p. 82-102.

6. Stevens J.R. Schizophrenia: reproductive hormones and the brain // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 713–719.

7. Seeman M.V. Women and schizophrenia. Medscape Womens Health 2000; 5: 2.

8. Huber T.J., Tettenborn C., Leifke E. et al. Sex hormones in psychotic men. Psychoneuroendocrinology 2005; 30: 1: 111—114.

9. Segal M., Avital A., Berstein S. et al. Prolactin and estradiol serum levels in unmedicated male paranoid schizophrenia. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2007; 2: 378—382.

УДК: 616.895.8: 616-06

Меднова И.А.

Метаболомное исследование сыворотки крови больных шизофренией с метаболическим синдромом в динамике терапии атипичными антипсихотиками

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук,

г. Томск, Россия

e-mail: i.mednova@yandex.ru

Актуальность. В последние несколько лет возрос интерес к роли аминокислот и ацилкарнитинов в патогенезе шизофрении. Ряд гипотез патогенеза шизофрении (дофаминовую, глутаматную, кинуреновую и серотониновую гипотезы) объединяет то, что предшественниками или промежуточными продуктами обмена этих метаболитов являются аминокислоты (Xuan J. et al., 2011; Меднова и соавт., 2019). Продукция дофамина, норэпинефрина, серотонина и гистамина в ЦНС связана с уровнем аминокислот-предшественников в кровотоке, кроме того, некоторые аминокислоты, такие как глутамат, аспартат, серин и глицин действуют как возбуждающие или тормозящие нейротрансмиттеры (Leppik Et Al., 2018). Аминокислоты с разветвленной цепью (лейцин, изолейцин и валин) связаны с инсулинорезистентностью, метаболическим синдромом (МС), сахарным диабетом 2 типа – метаболическими нарушениями, часто встречающимися при шизофрении (Lynch, et al., 2014). При этом, значимую роль в развитии нарушений отводят терапии атипичными антипсихотиками (Алфимов П. В. и соавт., 2014). Было показано выраженное изменение углеводного, липидного обмена, а также жировой компоненты тела после 6-недельной терапии атипичными антипсихотическими препаратами (Kornetova et al. 2019). Метаболизм жирных кислот тесно связан с биоэнергетикой, при этом ацилкарнитины играют важную роль в транспортировке длинноцепочечных жирных кислот через митохондриальную внутреннюю мембрану, а также являются промежуточными субстратами в большинстве метаболических путей, которые, как предполагается, участвуют в развитии шизофрении, а также нейропротекции (Jones et al., 2010). Таким образом, изучение аминокислот и ацилкарнитинов может оказаться важной областью для дальнейшего понимания патогенеза шизофрении и ассоциированного с ней МС.

Цель исследования. Охарактеризовать содержание аминокислот и ацилкарнитинов при шизофрении, ассоциированной с метаболическим синдромом в курсе 4–6-недельной терапии атипичными антипсихотиками.

Материал и методы. Было проведено комплексное обследование 105 пациентов шизофренией (F20 согласно МКБ-10), получающих терапию атипичными антипсихотическими препаратами, из которых 39 человек имели диагноз МС согласно критериям IDF, 2005. Большинство пациентов (47 человек) в качестве базовой 4–6-недельной терапии получали рисперидон, 26 человек получали кветиапин, 18 человек – оланзапин. Группу контроля составили 64 психически и соматически условно здоровых лиц, соответствующих по полу и возрасту.

В качестве материала исследования использовалась сыворотка крови. Определение содержания 13 аминокислот (аланин (Ala), аргинин (Arg), аспартат (Asp), глутамат (Glu), глицин (Gly), лейцин/изолейцин (Xle), метионин (Met), орнитин (Orn), фенилаланин (Phe), пролин (Pro), тирозин (Tyr), валин (Val) и цитруллин (Cit)), а также 29 ацилкарнитинов (C0, C2, C3, C3-DC, C4, C4-OH, C5, C5-OH, C5:1, C5-DC, C6, C8, C8:1, C10, C10:1, C12, C14, C14-OH, C14:1, C14:2, C16, C16-OH, C16:1, C16:1-OH, C18, C18-OH, C18:1, C18:1-OH и C18:2-OH) проводилось с использованием коммерческого набора MassChrom® 55000 (Chrom Systems, Germany) на тандемном масс-спектрометре Agilent 6410 QQQ

(Agilent Technologies, США) с использованием аналитической колонки EcoNova (EcoNova, Россия). Масс-спектрометрическое исследование проведено на базе Объединенного Центра геномных, протеомных и метаболомных исследований ИХБФМ СО РАН, г. Новосибирск (руководитель -доцент, к.х.н.Коваль В.В).

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS Statistic 23 для Windows. Выборки проверяли на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка. Статистическую значимость различий считали с использованием U-критерия Манна-Уитни для независимых выборок и с использованием критерия Вилкоксона для зависимых выборок. Различия считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

При анализе аминокислотного состава сыворотки крови при шизофрении с МС продемонстрировано повышение концентрации Ala по сравнению с контрольной группой ($p = 0,027$) и с пациентами с шизофренией без МС ($p = 0,021$). Полученный результат находит отражение в исследовании Leppiketal. (2018), в котором показана ассоциация содержания Ala в сыворотке крови больных с шизофренией и индекса массы тела (Leppiketal., 2018). В контрольной группе наблюдалось статистически значимое повышение концентрации Asp, Pheи соотношения Tyr/Pheпо сравнению с пациентами с шизофренией с МС ($p = 0,027$, $p = 0,019$ и $p = 0,009$, соответственно) и с пациентами с шизофренией без МС ($p = 0,009$, $p = 0,002$ и $p = 0,019$, соответственно). Снижение уровня Asp при шизофрении может отражать митохондриальную дисфункцию и дефицит нейрональной активности в связи с его основной энергетической функцией. Снижение концентрации Asp, а также экспрессии генов, вовлеченных в цикл трикарбоновых кислот, метаболизм Asp и мала-аспаргатовой челночной системы ранее было продемонстрировано при шизофрении (Xuanetal., 2011). Tyr и Phe являются основными субстратами синтеза катехоламинов, в частности дофамина. Рассчитанное соотношение Tyr/Phe продемонстрировало сильный метаболический сдвиг в пользу Phe при шизофрении, независимо от сопутствующего МС. Можно предположить, что ускоренное образование дофамина приводит к снижению уровня Tyr в кровообращении. При шизофрении, ассоциированной с МС концентрация Cit была статистически значимо ниже, чем в контрольной группе ($p = 0,015$); при шизофрении без МС уровень Val оказался значительно ниже, чем в контрольной группе ($p = 0,011$). Известно, что аминокислоты с разветвленной цепью, рассматриваются в качестве маркеров инсулинорезистентности, однако в нашем исследовании не было выявлено статистически значимых изменений ни в концентрации Val, ни Ile при межгрупповом сравнении, что можно предположить с особенностью МС при шизофрении, а именно, нарушений, в первую очередь, в липидном метаболизме (Kornetova. etal., 2019). Снижение цитруллина, коррелирующие с индексом массы тела было продемонстрировано у женщин, страдающих МС без психических нарушений (Ганчари соавт., 2014).

При анализе спектра ацилкарнитиннов у пациентов с шизофренией без МС было выявлено статистически значимое снижение C3 ($p = 0,005$) и C14 ($p = 0,025$)

по сравнению с данными показателями в контрольной группе, статистически значимое снижение C5 ($p = 0,023$) и C 18:2-ОН ($p = 0,014$) по сравнению с аналогичными показателями пациентов с шизофренией с МС. Данные изменения могут быть связаны с активацией или ингибированием различных транспортеров в плазматической мембране клеток. Наши результаты частично согласуются с данными Cao et al. (2019), которые продемонстрировали снижение содержания ряда ацилкарнитинов при шизофрении (Cao et al., 2019).

После 4–6-недельного курса терапии атипичными препаратами наблюдалось статистически значимое снижение концентрации Met При шизофрении без МС ($p = 0,036$). Met оказывает выраженное липотропное и антиоксидантное действие, в связи с чем можно предположить отрицательное влияние атипичных антипсихотиком на данные компоненты метаболизма. Статистически значимое снижение содержания C4-ОН ($p = 0,033$) и C18-ОН ($p = 0,023$) было обнаружено при шизофрении не сопровождающейся МС после 4–6-недельного курса терапии атипичными антипсихотиками. В свою очередь, снижение уровня длинноцепочечных ацилкарнитинов после семи месяцев лечения антипсихотическими препаратами было показано в исследовании Kriisa (Kriisa et al., 2019).

Выводы В результате проведенных исследований были выявлены нарушения в сывороточном профиле аминокислот и ацилкарнитинов у больных шизофренией с МС. Терапия атипичными антипсихотическими препаратами в течение 4–6 недель оказывает влияние на отдельные метаболиты.

Список литературы

1. Алфимов П. В. и др. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // Современная терапия психических расстройств. – 2014. – №. 3. – С. 8-14.
2. Ганчар Е. П., Кажина М. В. Уровень свободных аминокислот и их производных в плазме крови у женщин репродуктивного возраста, страдающих метаболическим синдромом // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2014. – №. 3 (47).
3. Меднова И.А., Серебров В.Ю., Байков А.Н., Бохан Н.А., Иванова С.А. Аминокислоты и ацилкарнитины как потенциальные метаболомные маркеры шизофрении: новые подходы к диагностике и терапии. Бюллетень сибирской медицины. 2019;18(4):197-208.
4. Cao B. et al. Characterizing acyl-carnitine biosignatures for schizophrenia: a longitudinal pre-and post-treatment study // Translational psychiatry. – 2019. – Т. 9. – №. 1. – С. 19.
5. Jones L. L., McDonald D. A., Borum P. R. Acylcarnitines: role in brain // Progress in lipid research. – 2010. – Т. 49. – №. 1. – С. 61-75.
6. Leppik L., Kriisa K., Koido K., Koch K., Kajalaid K., Haring L., Vasar E., Zilmer M. Profiling of Amino Acids and Their Derivatives Biogenic Amines Before and After Antipsychotic Treatment in First-Episode Psychosis. Frontiers in Psychiatry. 2018; 9: 155. doi: 10.3389/fpsy.2018.00155.
7. Lynch C. J., Adams S. H. Branched-chain amino acids in metabolic signalling

and insulin resistance //Nature Reviews Endocrinology. – 2014. – Т. 10. – №. 12. – С. 723.

8. Kornetova E. G. et al. Changes in Body Fat and Related Biochemical Parameters Associated With Atypical Antipsychotic Drug Treatment in Schizophrenia Patients With or Without Metabolic Syndrome //Frontiers in psychiatry. – 2019. – Т. 10. – 803.

9. Kriisa K. et al. Profiling of acylcarnitines in first episode psychosis before and after antipsychotic treatment //Journal of proteome research. – 2017. – Т. 16. – №. 10. – С. 3558-3566.

10. Xuan J. et al. Metabolomic profiling to identify potential serum biomarkers for schizophrenia and risperidone action //Journal of proteome research. – 2011. – Т. 10. – №. 12. – С. 5433-5443.

УДК 575.167

Михайлова В.А.¹, Плакунова В.В.², Сизов С.В.²

Исследование ассоциации между вариациями в генах окситоцинергической системы и уровнем социального функционирования у больных шизофренией

¹ *Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, г. Москва, Россия*

² *ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия*

e-mail: voviand.vm@gmail.com

Актуальность. Для человека, страдающего шизофренией, и его близких улучшение способности к социальной адаптации является важнейшим критерием для оценки эффективности лечения, а значит, является центральной характеристикой и для лечащего врача, и для специалистов фармацевтической индустрии, и для исследователей в области медико-биологических исследований. Эффективное функционирование больного в социуме, кроме того, оказывает положительное влияние на отдаленный исход заболевания. Тогда как задачу оценки социального функционирования можно решить с использованием соответствующих шкал, возможное предсказание способности пациентов к социальной адаптации нуждается в более комплексном и всестороннем изучении. Подход, основанный на совокупном изучении структурных вариаций генов, факторов окружающей среды и фенотипических проявлений, является наиболее распространенным в исследовании ключевых для организма биохимических процессов, однако является новым применительно к психиатрическим заболеваниям.

Нейрогормон окситоцин играет важную роль в патогенезе различных психических заболеваний, в том числе шизофрении, для которой характерны нарушения в социальном познании и плохое социальное функционирование. Окситоцин является олигопептидом, состоящим из девяти аминокислотных колец, трёх аминокислотных радикалов и дисульфидной связи, также принимающей участие в формировании временных и постоянных связей [1]. Окситоцин преи-

мущественно отвечает у животных за репродуктивное и социальное поведение. Посредством влияния на социальные взаимодействия, окситоцин участвует как в укреплении социальных тесных социальных связей, так и в формировании измененного социального поведения у больных шизофренией [2]. В отличие от других нейротрансмиттеров, действие окситоцина не ограничено классическим преодолением синаптического пространства между аксоном и дендритом, он синтезируется и выделяется и из тела, и из дендритов и аксонов нейронов, широко распространяясь по нервной ткани и вызывая долгосрочные эффекты [3]. Синтезирующие окситоцин клетки располагаются преимущественно в паравентрикулярном ядре гипоталамуса. Крупные нейроны, синтезирующие окситоцин и вазопрессин, встречаются вплоть до тканей задней доли гипофиза, куда при помощи нейрофизинон I и II вместе с вазопрессином нейропептид переносится и где накапливается. К окситоцинэргическому пути, кроме того, относят ген CD38, регулирующий экспрессию гена окситоцина, и окситоциновые рецепторы. Обнаружено, что интраназальное применение окситоцина эффективно снижало выраженность позитивных и негативных симптомов больных шизофренией, а также улучшало когнитивные показатели [4]. Молекулярно-генетические исследования указывают на связь между вариациями в генах окситоцинэргической системы и основными симптомами шизофрении, а также ответом больных на лечение [5-7].

Цель исследования состояла в поиске ассоциации между полиморфизмами CD38 rs379686, OXTR rs53576, OXTR rs4686302 и уровнем социального функционирования у больных шизофренией. Полиморфизм rs379686 в гене CD38, расположенный в интроне 7 на хромосоме 4p15 и обусловленный заменой аденина (A) на цитозин (C), участвует в регуляции секреции окситоцина. Ген OXTR расположен в интроне 3 на хромосоме 3p25.3, однонуклеотидный полиморфизм rs53576 представляет собой замену аденина (A) на гуанин (G), а полиморфизм rs4686302 – цитозина (C) на тимин (T).

Материалы и методы. Для исследования сформирована выборка больных из 732 человек (343 женщины и 389 мужчин, средний возраст 36,5±12,3 лет, возраст к началу заболевания 24,5±8,9 лет), с диагнозом шизофрения или шизотипическое расстройство личности (рубрики F20., F21 по МКБ-10). Все участники исследования подписали информированное согласие и сдали кровь для выделения ДНК. Уровень социального функционирования оценивали с помощью Шкалы социально-ориентированного и социального функционирования (PSP), отражающей степень затруднений, которые испытывал больной за последние 7 дней в 4-х основных областях: социальная полезная деятельность, межличностные отношения, самообслуживание и беспокоящее и агрессивное поведение. В исследование включили первые градации шкалы PSP – социальная полезная деятельность и межличностные отношения, по каждой градации выборка была разделена на 2 группы – с относительно благоприятным функциональным исходом (51-90 баллов) и относительно неблагоприятным функциональным исходом (1-50 баллов) в соотношениях 429 к 310 и 543 к 196, соответственно.

ДНК из венозной крови выделяли фенол-хлороформным методом. Генотипиро-

вание проводили с использованием ПЦР методом плавления с высоким разрешением (HRM), использовали следующие олигонуклеотидные праймеры и условия ПЦР: CD38(A/C)rs379686—прямой- CCTGCAGTGACATGTCGGGAGGGGAGCи (обратный)GCTGTGGGGGTCCGTGGCCTTGGT, 94°C–10'(94°C-25''67°C-35''72°C-20'') x40, OXTR(A/G) rs53576 прямой- GCCTGGTCCCCCACACCTCGGGC и (обратный)GGCTGACAGGCACAGGAGGCCTGGTT-94°C–10'(94°C-25''66°C-40''72°C-20'') x40, OXTR(C/T) rs4686302 прямой - CCAGATCTTGAAGCTGATAAGGCCG и (обратный) TGCTGGGCCGTCTTCATCCA, 94°C – 10'(94°C-25''64°C-40''72°C-20'') x40. При анализе данных использовали критерий Пирсона для сравнения категориальных переменных. В таблицы сопряженности 3 x 2 или 2 x 2 включали группу и частоту генотипов по каждому из полиморфизмов.

Результаты и обсуждение Частоты генотипов в исследуемой выборке не отличались от ожидаемого распределения в соответствии с законом генетического равновесия Харди-Вайнберга ($p > 0,05$). Распределение генотипов в каждой из групп представлено в таблицах 1 и 2. Распределение генотипов CD38(A/C)rs379686 и OXTR(A/G) rs53576 в двух группах различалось для градации Социальная полезная деятельность. В обоих случаях различия обнаружены на уровне тенденции ($\chi^2=3,92$, $p=0,1$ и $\chi^2=5,07$, $p=0,07$, соответственно). Обнаружено повышение частоты генотипа CC (CD38A/C) и генотипа GG(OXTRA/G) в группе больных с относительно неблагоприятным функционированием. При сравнении генотипа GG и генотипов, содержащих аллель А, различия достигали статистической значимости ($p=0,01$). Сравнение распределения генотипов по этим полиморфизмам для градации Межличностные отношения выявило значимые различия для полиморфизма OXTRA/G ($\chi^2=8,21$, $p=0,01$). Частота генотипа GG была значимо выше в группе с относительно неблагоприятным функционированием, по сравнению с генотипами, содержащими аллель А ($p=0,02$).

Выводы. Таким образом, нами впервые выявлена ассоциация между полиморфизмами генов окситоцинергической системы и уровнем социального функционирования у больных шизофренией. Установлено, что вариантами риска являются генотип CC (CD38A/C) и генотип GG (OXTRA/G). Полученные результаты указывают на перспективность проведения дальнейших исследований в этом направлении.

Таблица 1 Частота генотипов CD38 rs379686, OXTR rs53576, OXTR rs4686302 в группах с различным уровнем социального функционирования по PSP (градация Социальная полезная деятельность)

Генотип	Социальное функционирование (относительно неблагоприятное)	Социальное функционирование (относительно благоприятное)
	Социальная полезная деятельность, включая работу и учебу	
частоты генотипов		
CD38(A/C) rs379686		
Генотип CC	48,06%(149)	41,49%(178)

Генотип AC	42,58%(132)	49,88%(214)
Генотип AA	9,35%(29)	8,62%(37)
OXTR(A/G) rs53576		
Генотип GG	46,80%(139)	38,48%(162)
Генотип AG	40,07%(119)	45,37%(191)
Генотип AA	13,13%(39)	16,15%(68)
OXTR(C/T) rs4686302		
Генотип CC	73,67%(221)	72,73%(304)
Генотип CT	25,00%(75)	25,12%(105)
Генотип TT	1,3%(4)	2,15%(9)

Таблица 2 Частота генотипов CD38 rs379686, OXTR rs53576, OXTR rs4686302 в группах с различным уровнем социального функционирования по PSP (градация Межличностные отношения)

Генотип	Социальное функционирование (относительно неблагоприятное)	Социальное функционирование (относительно благоприятное)
	Межличностные отношения	
	частоты генотипов	
CD38(A/C) rs379686		
Генотип CC	48,98%(96)	42,54%(231)
Генотип AC	42,35%(83)	48,43%(263)
Генотип AA	8,67%(17)	9,02%(49)
OXTR(A/G) rs53576		
Генотип GG	50,81%(94) *	38,84%(207)
Генотип AG	35,68%(66)	45,78%(244)
Генотип AA	13,51%(25)	15,38%(82)
OXTR(C/T) rs4686302	($\chi^2=3,96$ $p=0,1$)	
Генотип CC	76,72%(145)	71,83%(380)
Генотип CT	22,75%(43)	25,90%(137)
Генотип TT	0,53%(1)	2,27%(12)

Список литературы

1. Feldman R., Monakhov M., Pratt M., Ebstein R.P. Oxytocin Pathway Genes: Evolutionary Ancient System Impacting on Human Affiliation, Sociality, and Psychopathology. *Biological Psychiatry*. 2016. 79(3), 174–184. doi:10.1016/j.biopsych.2015.08.008
2. Bradley E.R., Woolley J.D. Oxytocin effects in schizophrenia: Reconciling mixed findings and moving forward. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2017. 80, 36–56. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.05.007
3. Neumann I.D., Landgraf R. Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends in Neurosciences*. 2012. 35(11), 649–659. doi:10.1016/j.tins.2012.08.004
4. Ota M., Yoshida S., Nakata M., Yada T., Kunugi H. The effects of adjunctive intranasal oxytocin in patients with schizophrenia. *Postgrad Med*. 2018 Jan;130(1):122-128.

5. Montag C., Brockmann E.M., Bayerl M., Rujescu D., Müller D.J., Gallinat J. Oxytocin and oxytocin receptor gene polymorphisms and risk for schizophrenia: a case-control study. *World J Biol Psychiatry*. 2013 Sep;14(7):500-508.

6. Haram M., Tesli M., Bettella F., Djurovic S., Andreassen O.A., Melle I. Association between Genetic Variation in the Oxytocin Receptor Gene and Emotional Withdrawal, but not between Oxytocin Pathway Genes and Diagnosis in Psychotic Disorders. *Front Hum Neurosci*. 2015 Jan 23;9:9.

7. Souza R.P., de Luca V., Meltzer H. Y., Lieberman J.A., Kennedy J.L. Schizophrenia severity and clozapine treatment outcome association with oxytocinergic genes. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2010 Jul;13(6):793-798.

УДК 616.895.82

Новицкий М.А., Шнайдер Н.А., Насырова Р.Ф.

Роль фолатов в формировании депрессивных нарушений у пациентов с первым психотическим эпизодом

*ФГБУ «Национальный Медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева»
г. Санкт-Петербург, Россия
e-mail: scorpion188@yandex.ru*

Актуальность. Одним из наиболее распространенных и серьезных психических расстройств является шизофрения. У пациентов с шизофренией происходят нарушения таких структур головного мозга, как - височных долей, миндалины, гиппокампа, парагиппокампаальной извилины [1,2,3].

Фолат, также известный как витамин В9 и фолиевая кислота является водорастворимым незаменимым витамином, основной функцией которого является транспортировка одноуглеродных групп (метильной, метиленовой или формильной). Фолат является субстратом для внутриклеточных реакций метилирования, которые необходимы для нормального развития и функционирования мозга. Нарушение его метаболизма тесно связано с развитием шизофренией [4].

Гомоцистеин представляет собой аминокислоту, которая образуется в результате деметилирования пищевого метионина, а фолат и В12 являются кофакторами в его метаболизме. Повышение гомоцистеина связывают с повышенным риском возникновения шизофрении [5].

Целью данного исследования является изучение и систематизация данных о роли фолатов в формировании депрессивных нарушений у пациентов с первым психотическим эпизодом.

Материал и методы. Нами были проанализированы доступные полнотекстовые публикации из следующих баз данных: PubMed, Springer, Wiley Online Library, Taylor & Francis Online, US National Library of Medicine National Institutes of Health, ScienceDirect и eLIBRARY.RU с глубиной поиска 23 года (с 1997 по 2020 гг.). Поиск публикаций проводился по следующим ключевым словам: первый психотический эпизод, депрессия, гомоцистеин, фолаты, шизофрения

и на английском языке: first psychotic episode, homocysteine, folates, depression, schizophrenia, homocysteine.

Результаты и обсуждение

По данным литературы, результаты ассоциации изменения уровней фолатов и гомоцистеина с шизофренией, вариабельны. Результаты проведенных исследований указывают на причастность, как фолатов, так и гомоцистеина с риском развития шизофрении. В большинстве исследований показано, что снижение потребления фолиевой кислоты [4] и повышение уровня у матери гомоцистеина [5] в крови связаны с повышенным риском развития шизофрении у ребенка. В литературных данных представлены противоречивые результаты по ассоциации уровня фолата в сыворотке крови с развитием шизофрении. Так, в нескольких крупных исследованиях [6] было установлено, что у пациентов с шизофренией регистрируются низкие уровни фолата в крови, что связано с клиническими проявлениями, особенно выраженностью негативных симптомов. Также было показано, что у пациентов с шизофренией были зарегистрированы значительно более низкие уровни фолата и нейротрофического фактора, но более высокие сывороточные уровни гомоцистеина по сравнению с контрольной группой. Данные результаты согласуются с результатами некоторых крупных исследований [7]. Однако в других исследованиях получены противоположные результаты: было зафиксировано повышение уровня нейротрофического фактора в сыворотке крови у пациентов с шизофренией [8, 9]. Также, в нескольких работах было показано повышение уровня гомоцистеина, но не фолата в сыворотке крови у пациентов с шизофренией [10].

Заключение

На сегодняшний день имеется множество научных исследований, в которых рассматривается ассоциация уровня фолатов в сыворотке крови с развитием шизофрении. В большинстве исследований показано, что снижение уровня фолатов в сыворотке крови играет важную роль в возникновении данного психического расстройства. Однако, в ряде исследований представлены противоречивые результаты. Исследование взаимосвязи уровня фолатов в сыворотке крови и развития шизофрении на больших выборках с разным этническим составом является важным аспектом понимания этиологии и патогенеза психических расстройств. Это позволит наиболее эффективно подбирать патогенетическую терапевтическую стратегию, повысить эффективность лечебных мероприятий и улучшить качество жизни пациентов с шизофренией.

Список литературы

1. Shenton M.E., Dickey C.C., Frumin M., McCarley R.W., 2001. A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 49 (1–2), 1–52.
2. Honea R., Crow T.J., Passingham D., Mackay C.E., 2005. Regional deficits in brain volume in schizophrenia: a meta-analysis of voxel-based morphometry studies. *Am. J. Psychiatry* 162 (12), 2233–2245
3. Buehlmann E., Berger G.E., Aston J., Gschwandtner U., Pflueger M.O., Borgwardt S.J., Radue E.W., Riecher-Rossler A. 2010. Hippocampus abnormalities in

at risk mental states for psychosis? A cross-sectional high resolution region of interest magnetic resonance imaging study. *J. Psychiatr. Res.* 44 (7), 447–453

4. St Clair D., Xu M., Wang P., Yu Y., Fang Y., Zhang F., Zheng X., Gu N., Feng G., Sham P., He L., 2005. Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine of 1959–1961. *JAMA* 294 (5), 557–562.

5. Brown A.S., Bottiglieri T., Schaefer C.A., Quesenberry Jr. C.P., Liu L., Bresnahan M., Susser E.S., 2007. Elevated prenatal homocysteine levels as a risk factor for schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 64 (1), 31–39.

6. Goff D.C., Bottiglieri T., Arning E., Shih V., Freudenreich O., Evins A.E., Henderson D.C., Baer L., Coyle J., 2004. Folate, homocysteine, and negative symptoms in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 161 (9), 1705–1708.

7. Kale A., Naphade N., Sapkale, S., Kamaraju M., Pillai A., Joshi S., Mahadik S., 2010. Reduced folic acid, vitamin B12 and docosahexaenoic acid and increased homocysteine and cortisol in never-medicated schizophrenia patients: implications for altered onecarbon metabolism. *Psychiatry Res.* 175 (1–2), 47–53.

8. Rizos E.N., Rontos I., Laskos E., Arsenis G., Michalopoulou P.G., Vasilopoulos D., Gournellis R., Lykouras L., 2008. Investigation of serum BDNF levels in drug-naive patients with schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 32 (5), 1308–1311.

9. Sotiropoulou M., Mantas C., Bozidis P., Marselos M., Mavreas V., Hyphantis T., Antoniou K., 2013. BDNF serum concentrations in first psychotic episode drug-naive schizophrenic patients: associations with personality and BDNF Val66Met polymorphism. *Life Sci.* 92 (4–5), 305–310.

10. Haidemenos A., Kontis D., Gazi A., Kallai E., Allin M., Lucia B., 2007. Plasma homocysteine, folate and B12 in chronic schizophrenia. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 31 (6), 1289–1296

УДК 616-009

Тихонов Д.В., Зозуля С.А., Каледа В.Г., Ключник Т.П.

Нейроиммунологические аспекты постпсихотических расстройств депрессивного спектра в структуре становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте

ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”

г. Москва, Россия

e-mail: denvt@list.ru

Актуальность. Процесс становления ремиссии послеманифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте, имеет множество особенностей, связанных, прежде всего, с незрелостью психики и полиморфизмом психотической и непсихотической симптоматики у данного контингента больных. Высокая актуальность определяется трудностями в учебной и трудовой реабилитации, социальной реадaptации, а также низкой приверженностью к приёму

лекарственной терапии и высоким суицидальным риском. Многие из этих проблем определяются не только непосредственно психотическим состоянием, но и расстройствами депрессивного спектра, перекрывающими психоз или возникающими через некоторое время после редукции психотической симптоматики. Лечение и прогноз данных состояний, с учётом фактора юношеского возраста, представляет собой комплексную задачу, требующую персонализированного подхода. В последние годы нейробиологами получены новые данные, суть которых заключается в вовлеченности иммунной системы и, прежде всего, воспалительных реакций, в патофизиологию эндогенных психических расстройств. Выявлен ряд воспалительных и аутоиммунных маркеров, взаимосвязанных с остротой и тяжестью текущего патологического процесса при эндогенных психических заболеваниях (Bergink V. et al., 2014, Ключник Т.П., 2018).

Цель исследования заключалась в изучении иммунологических особенностей различных типологических вариантов постпсихотических депрессий юношеского возраста для дальнейшего определения возможных путей их коррекции.

Материалы и методы. Были обследованы 56 пациентов мужского пола, юношеского возраста (16-25 лет), перенесших манифестный эндогенный психотический приступ (F20, F25). Средний возраст манифестации психоза составил $19,8 \pm 2,5$ лет. Для психометрической оценки состояния больных использовались шкалы PANSS и HDRS. Постпсихотические депрессии возникали как непосредственно после психотического приступа, в некоторых случаях перекрывая его, так и через значительное время после редукции приступообразующей симптоматики. При этом у всех больных расстройства депрессивного спектра входили в комплекс непосредственно постпсихотических феноменов. На момент диагностики постпсихотической депрессии средний балл по шкале PANSS составил $90,5 \pm 14,1$, по шкале HDRS – $17,3 \pm 6,7$ баллов. Контрольную группу составили 45 здоровых юношей соответствующего возраста без признаков соматической и психической патологии.

В плазме крови обследуемых определяли энзиматическая активность лейкоцитарной эластазы- маркера дегрануляционной активности нейтрофилов (ЛЭ); функциональную активность $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ) и уровень аутоантител к белкам S100B и ОБМ.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 23. Полученные данные проанализированы с помощью непараметрических статистических методов. Результаты представлены в виде медианы и интерквартильного размаха.

Результаты и обсуждение. Выделено два типологических варианта постпсихотических депрессий юношеского возраста: с позитивной и негативной аффективностью. У пациентов с депрессивными расстройствами *позитивной аффективностью* на первый план выступало стойкое снижение настроения с чувством тоски, утратой прежней продуктивности, неспособностью испытывать яркие эмоции. Отмечались гипертрофированные тревожные реакции с формированием идей малоценности, бесперспективности, доходящих до уровня

тревожной ажитации с появлением суицидальных мыслей. Больные ощущали себя беспомощными, тяготились зависимостью от окружающих, неспособностью активно включиться в учебу, работу. Отмечалась деперсонализационно-дереализационная симптоматика с ощущением отгороженности от окружающего мира, нереальностью происходящего. Тяготясь снижением работоспособности, молодые люди в тоже время оставались безынициативными, пассивными, не видели смысла в борьбе за выздоровление, ожидая скорого рецидива или считая текущее состояние необратимым. Особую опасность представляли возникающие на высоте депрессивного аффекта антивитаальные размышления. Они носили драматическую окраску и были связаны со страхом полной потери социальных контактов, интеллектуального и эмоционального снижения, возможной инвалидизации.

Постпсихотические депрессии с *негативной аффективностью* были представлены спектром расстройств, распространяющимся от астено-дисфорических до апатических состояний. Астено-дисфорический вариант определялся сочетанием психоэмоциональной хрупкости, быстрой истощаемости с явлениями «моральной ипохондрии», ангедонии. На фоне стойкой гипотимии нарастали замкнутость, неуверенность в себе, нерешительность, стремление избежать малейшего психоэмоционального напряжения. Тимический компонент проявлялся стойкой дистимией с идеомоторной заторможенностью. Апатические депрессии характеризовались слабостью побуждений, аффективной уплощенностью, ангедонией, девитализацией и пассивностью, вплоть до полного равнодушия к окружающему. В поведении больных преобладали реакции отказа, раздражительная слабость. При неотчётливо сниженном гипотимическом аффекте на первый план выходили пассивность, безразличие как к себе, так и к происходящему вокруг. Большую часть времени больные стремились проводить в одиночестве, отмечалось резкое увеличение потребности во сне, снижение аппетита.

В плазме крови больных обеих групп было выявлено статистически значимое повышение активности воспалительных маркеров – лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и $\alpha 1$ -протеиназного ингибитора ($\alpha 1$ -ПИ) по сравнению с контрольной группой. Однако, степень повышения этих показателей относительно контроля в обследуемых группах была различна. Результаты исследования приведены в таблице 1.

В плазме крови пациентов с депрессивными расстройствами по типу позитивной аффективности выявлено умеренное повышение активности воспалительного маркера ЛЭ 231,0 [222,5; 260,3] нмоль/мин·мл ($p < 0,05$), сопровождаемое существенным повышением активности $\alpha 1$ -ПИ 45,6 [35,0; 54,6] ИЕ/мл ($p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой (180 [160,2; 200,3] нмоль/мин·мл и 30 [25,1; 35,2] ИЕ/мл). Уровень антител к нейроантигенам в этой группе не отличался от показателей в контроле ($p > 0,05$). Выявленное повышение воспалительных маркеров свидетельствовало о легкой степени выраженности сохраняющегося в мозге патологического процесса у этих пациентов, что являлось значимым маркером для минимизации получаемой больными психофармакотерапии.

Для пациентов с более тяжелым вариантом постпсихотических депрессивных расстройств, по типу негативной аффективности, было характерно выраженное повышение активности ЛЭ 248,4 [234,4; 278,3] нмоль/мин·мл ($p < 0,05$) на фоне умеренной активности острофазного белка $\alpha 1$ -ПИ 40,0 [34,4; 47,2] ИЕ/мл ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Также в этой группе наблюдался повышенный уровень аутоантител к ОБМ (0,83 [0,71; 0,88] у.е.о.п.) ($p < 0,05$). Наблюдаемое повышение активности как воспалительных, так и аутоиммунных маркеров свидетельствовало о наличии в мозге текущего патологического процесса средней и средне/тяжелой степени. Выявленные отклонения позволяют рассматривать изучаемые иммунологические маркеры в качестве одного из предикторов формирования неблагоприятных вариантов выхода из подобных депрессий и высокого риска развития повторного психотического приступа. Полученные результаты косвенно указывают на необходимость проведения этим пациентам активной комплексной терапии, преимущественно - прокогнитивной и антидефицитарной направленности.

Таблица 1. Нейроиммунологические характеристики постпсихотических депресс

Группы пациентов	Иммунологические параметры				
		ЛЭ нмоль/мин×мл	$\alpha 1$ -ПИ, ИЕ/мл	aAT к S100B, у.е.о.п.	aAT к ОБМ, у.е.о.п.
Контроль		180 [160,2;200,3]	30 [25,1;35,2]	0,72 [0,65; 0,80]	0,68 [0,63; 0,77]
ППД с позитивной аффективностью (n=30)	1 этап	231,1* [222,5; 260,3]	43,6** [35,0; 54,6]	0,79 [0,67; 0,91]	0,71 [0,64; 0,85]
	2 этап	213,8* [189,5; 240,8]	45,0** [40,2; 57,4]	0,78 [0,71; 0,96]	0,81 [0,67; 0,86]
ППД с негативной эффективностью аффективностью (n=20)	1 этап	248,4* [234,4; 278,3]	42,0* [34,4; 47,2]	0,70 [0,66; 0,93]	0,80* [0,71; 0,88]
	2 этап	196,5 [190,0; 272,2]	48,0** [44,1; 53,1]	0,80* [0,71; 1,00]	0,90* [0,65; 0,95]
		$p^{1,2}=0,061$	$p^{1,2}=0,041$	$p^{1,2}=0,099$	$p^{1,2}=0,285$

Примечание: значимые отличия от группы контроля (* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$)

Выводы. Сочетание рациональной психофармакотерапии с использованием нейроиммунологических методов контроля состояния больных позволяет точнее оценивать их психическое состояние и в значительной мере упрощает оптимизацию лекарственной схемы лечения. Выявленные иммунологические особенности согласуются с клинической типологией постпсихотических аффективных расстройств депрессивного спектра юношеского возраста, а совокупность анализируемых иммунных показателей может использоваться как для оценки качества

формирующейся ремиссии после перенесенного манифестного психотического приступа, так и для определения риска обострения состояния.

УДК 616.89-02-07

Хобта Е.Б., Бравве Л.В.

Молекулярно-биологический профиль пациентов с первым психотическим эпизодом

*ГБУЗ “Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения Москвы”*

г. Москва, Россия

e-mail: dr.khobta@gmail.com

Актуальность. Шизофрения рассматривается как расстройство, связанное с биохимическими нарушениями, затрагивающими не только клетки головного мозга [1]. Болезненный процесс имеет генетические предпосылки, что определяет актуальность проведения молекулярно-биологических исследований таких больных в сравнении со здоровым контролем. В этиологии развития заболевания принимает участие большое число генов, и если роль кодирующих однонуклеотидных полиморфизмов (single nucleotide polymorphism - SNP) относительно изучена, то определение характеристик других генетических маркеров представляются перспективным способом лабораторной диагностики.

Так, например, установлено, что вариации числа копий генов вносят вклад в эволюцию и изменчивость, а также в развитие тех или иных патологий [2]. Современные работы показывают, что в геноме пациентов с шизофренией увеличено количество копий рРНК-кодирующих генов (рДНК) [3]. Есть работы, свидетельствующие о повышенном уровне активных форм кислорода и снижении антиоксидантных состояний в мозге и периферических тканях пациентов с шизофренией [4], в свою очередь окислительный стресс сопровождается модификацией, прежде всего GT-богатых последовательностей ДНК – рибосомной и митохондриальной (рДНК, мтДНК). Также в литературе встречаются данные о значительном снижении содержания сателлит-III-повторов в лейкоцитах у большинства пациентов с шизофренией по сравнению со здоровым контролем [5].

Особенно важно определение таких маркеров у людей с первым эпизодом шизофрении. В нашей стране на базе психиатрических стационаров создаются специализированные отделения первого психотического эпизода для больных шизофренией и психотическими расстройствами шизофренического спектра. Формирование таких отделений помогает наиболее эффективно оказывать полипрофессиональную помощь пациентам на ранних этапах заболевания. В ряде исследований показано, что раннее выявление и лечение впервые возникшего психотического состояния приводит к минимизации психосоциального стресса и негативного влияния болезни, способствует более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов [6-9].

Цель исследования: анализ психопатологических особенностей пациентов

клиники первого психотического эпизода в сопоставлении с показателями биологических маркеров по сравнению с группой здорового контроля. В настоящей работе представлены промежуточные результаты исследования.

Материал и методы

За год в клинику первого психотического эпизода (КППЭ) ГБУЗ “ПКБ №1 ДЗМ” (главный врач - д.м.н., проф. Костюк Г.П.) госпитализируется не менее 570 пациентов, или 50 пациентов ежемесячно.

В данной работе представлены результаты клинического обследования 29 человек (12 мужчин, 17 женщин; ср. возраст 24,7 лет), проходивших стационарное лечение в период марта 2019 года.

Методы:

- психопатологический;
- психометрический (оценка состояния осуществлялась с использованием унифицированных международных шкал (PANSS, FAB, NSA-4, BFCRS, SAS)
- молекулярно-биологический¹ (в образцах биоматериала 15 пациентов из данной выборки были просмотрены число копий рДНК, мтДНК, сателлит- III).

Дизайн исследования: кросс-секционное с рандомным включением участников.

Критерии включения:

- острое психотическое состояние в связи с эндогенным психическим расстройством;
- показания для стационарного лечения в клинике первого психотического эпизода (шизофрения или расстройства шизофренического спектра с длительностью заболевания не более пяти лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более 3-х психотических приступов);
- Информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения:

- тяжелое соматическое заболевание в стадии декомпенсации;
- признаки злоупотребления ПАВ и алкоголем;
- беременность;
- отказ от участия.

Группу контроля составляют 29 здоровых добровольцев из числа ординаторов и сотрудников ГБУЗ “ПКБ №1 ДЗМ”, сопоставимые по возрасту и гендерному распределению, не обнаруживающие признаков психических расстройств и не состоящие в родстве с пациентами.

Забор крови проводился однократно в первые дни госпитализации из кубитальной вены утром натощак в период с 8.00 до 8.30, в пробирки с гепарином, транспортировка в лабораторию в течение двух часов при соблюдении требований сохранности материала.

Лабораторная диагностика на момент сдачи материала для публикации

¹ Лабораторная часть была выполнена на базе ФГБНУ МГНЦ им. Н.П. Бочкова, зав. лабораторией д.б.н. Костюк С.В. при частичной поддержке гранта РНФ № 18-15-00437

проведена для всех испытуемых контрольной группы и 15 пациентов. В настоящей публикации приводятся предварительные результаты исследования.

Результаты

Сведения о социодемографических характеристиках участников исследования приведены в таблице 1.

Таблица 1. Социодемографические характеристики участников исследования

	Пациенты n=29 абс. (%)	Контроль n=29 абс. (%)
Распределение по полу		
Мужчины	12 (41)	15 (52)
Женщины	17 (59)	14 (48)
Семейное положение		
В браке	3 (10)	11 (38)
Разведены	0 (0)	1 (3)
Никогда не состоял(а) в браке	26 (90)	17 (59)
Уровень образования		
Неполное среднее	1	0
Среднее	5	0
Среднее специальное	5	0
Незаконченное высшее	9	10
Высшее	9	14
Два и более высших	0	4
Трудовой статус		
Учащийся	12	10
Работает по специальности	4	20
Безработный допенсионного возраста	13	0
Инвалид	0	0

Анализ основных социодемографических данных косвенно свидетельствует о репрезентативности групп сравнения. Так, в группе контроля выявлен более высокий уровень социальной адаптации по показателям образования, семейного и трудового статуса.

Клинико-динамические характеристики пациентов исследуемой группы приведены в таблице 2.

Таблица 2. Клинико-динамические характеристики исследуемой группы пациентов.

Показатели	Пациенты КППЭ
Средний возраст на момент обследования	24,7± 6,3
Средний возраст продрома	19,1 ± 6,7

Средний возраст манифеста	22,5 ± 6,5
Ср возраст первого обращения	22,9 ± 7,3
Средний возраст первой госпитализации	22,8 ± 7,5
Длительность болезни от продрома	5,7
Длительность болезни от манифеста	1,2

У большинства пациентов психическое расстройство представлено психотической симптоматикой с преобладанием галлюцинаторно-бредового синдрома. Распределение группы пациентов согласно диагностическим критериям расстройств шизофренического спектра по МКБ-10 приведено в таблице 3. Включение пациентов, чье состояние соответствовало диагностическим критериям шизотипического расстройства требует пояснения. Хотя в психическом статусе этих пациентов не обнаруживалось ни отчетливых бредовых идей или галлюцинаций, однако экзацербация позитивной симптоматики других регистров достигала субпсихотического уровня; речь идет о декомпенсации обсессивно-компульсивной симптоматики с развитием контрастных навязчивостей с угрозой самоповреждения, наличие выраженных депрессивных симптомов, суицидальные идеи и тенденции.

Таблица 3. Распределение пациентов изученной группы согласно диагностическим критериям МКБ-10

Диагноз по МКБ-10	Количество пациентов
F20	18
F21	5
F23	3
F25	3

Дифференциация на данном этапе исследования не представляется целесообразной в силу малого объема выборки. Мы приводим общую психометрическую характеристику материала в таблице 4. Можно судить, что психотическая симптоматика была невыраженной при средней суммарной сумме подшкалы позитивных симптомов PANSS 24,4 баллов, в связи с наличием в выборке пациентов с диагнозом F21.

Таблица 4. Психометрические показатели изученной группы пациентов

Показатель	ср. сумма баллов
PANSS общее	94,3
PANSS P	24,4
PANSS N	23,5

PANSS G	46,3
P1	4,6
P2	3,9
N1	3,0
N2	3,5
G5	2,4
G14	2,9
BFCRS	6,8
NSA-4	17
SAS	0,58
FAB	15,2

В образцах биоматериала 15 пациентов из данной выборки были просмотрены число копий рДНК, мтДНК, сателлит-III, данные о которых приведены в таблице 5.

Таблица 5. Средние значения по исследуемым биологическим маркерам

	N	рДНК число копий	мтДНК число копий	сателлит 3 (пг/нг ДНК)
Пациенты КППЭ	15	599	287	18
Здоровый контроль	29	470	320	22

Обсуждение и предварительные выводы. Полученные на предварительном этапе исследования результаты не противоречат данным литературы [10]. Заслуживает внимания выявленная в ходе исследования тенденция к увеличению копий рибосомных генов и снижению количества копий митохондриальных генов у пациентов с первым психотическим эпизодом по сравнению со здоровым контролем. Такие показатели могут свидетельствовать об изменениях метаболических процессов у пациентов с шизофренией. Большое количество копий рДНК может быть токсичным для клеток, так как повышенная продукция рРНК приводит к значительному увеличению продукции рибосом, следовательно общий уровень синтеза белка также повышается. Биогенез рибосомы и трансляция белка - энергоемкие процессы, которые требуют большого количества АТФ (до 80% от общего клеточного АТФ). Можно сделать предварительный вывод, что большое количество копий рДНК может вызывать недостаток энергии из-за усиленного биогенеза рибосом и синтеза белка. Это предположение также подтверждается тем фактом, что число копий рДНК в геноме отрицательно коррелирует с числом копий митохондриальной ДНК.

Список литературы

1. Kirkpatrick В. Schizophrenia as a systemic disease. *Schizophr Bull.* 2009;35(2):381–382.

2. Darby M.M., Sabunciyan S. Repetitive elements and epigenetic marks in behavior and psychiatric disease. *Adv Genet.* 2014;86:185–252.

3. Veiko N.N., Egolina N.A., Radzivil G.G. et al. Quantitative analysis of repetitive sequences in human genomic DNA and detection of an elevated ribosomal repeat copy number in patients with schizophrenia (the results of molecular and cytogenetic analysis). *Mol Biol (Mosk).*

4. Emiliani F.E., Sedlak T.W., Sawa A. Oxidative stress and schizophrenia: recent breakthroughs from an old story. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(3):185–190.

5. Ershova E.S., Agafonova O.N., Zakharova N.V. et al. Copy Number Variation of Satellite III (1q12) in Patients With Schizophrenia. *Front Genet.* 2019;10:1132. Published 2019 Nov 22.

6. Lieberman J.A., Sheitman B.B., Kinon B.J. Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology.* 1997;17(4):205–229. 6

7. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом). Методические рекомендации. – М.

8. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова и соавт. – М.: Медпрактика-М, 2007. – 260 с.

9. Fleischhacker W.W. The first-episode of schizophrenia: a challenge for treatment. *Eur Psychiatry.* 2002;17 Suppl 4:371s–375s. 10

10. Chestkov I.V., Jestkova E.M., Ershova E.S., Golimbet V.E., Lezheiko T.V., Kolesina N.Yu., Veiko R.V., Izhevskaya V.L., Kutsev S.I., Veiko N.N., Kostyuk S.V. Copy number variation of mtDNA and rDNA repeats in patients with schizophrenia // MAPEEG-2017 International Symposium. - 2017. - P. 12.

УДК 615.074, 543.51

Шилов Ю. Е.

Методика определения антидепрессантов в плазме крови

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: shilov.biochem@gmail.com

Актуальность работы. Терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) является важным тестом в клинической практике, поскольку количественное определение уровня препарата в кровиво время терапии помогает оценить, подходит ли текущий препарат, комбинация препаратов или их доза для пациента. Антидепрессанты относятся к препаратам, требующим контроля их концентрации в плазме/сыворотке крови и корректировки режима дозирования, причем не только для повышения эффективности терапии, но и для минимизации побочных эффектов [1, 2]. Кроме того, значительная часть пациентов лечится более чем

одним антидепрессантом в обычной практике для повышения эффективности терапии. Таким образом, разработка быстрого и надежного анализа, который подходит для определения нескольких антидепрессантов в одном анализе, является актуальной задачей. Благодаря высокой чувствительности, селективности, скорости и экономической эффективности жидкостная хроматография в сочетании с тандемным масс-спектрометром стала основой анализа сложных биологических образцов, к которым относится плазма крови [3, 4].

Цель работы. Разработка быстрой и надежной методики определения антидепрессантов в плазме крови человека для использования в терапевтическом лекарственном мониторинге.

Материалы и методы. Для разработки методики использовались следующие растворители и реактивы: ацетонитрил (FisherScientific США), муравьиная кислота (Sigma-Aldrich, США), метил-трет-бутиловый эфир (Sigma-Aldrich, США). Деионизированная вода была получена с использованием установки для очистки воды SimplicityUVSystem (Millipore, США). Используемые аналитические стандартные образцы: венлафаксин гидрохлорид, тразодон гидрохлорид, миансерин гидрохлорид, циталопрамгидробромид, флувоксаминмалеат, нортриптилин гидрохлорид, амитриптилин гидрохлорид, сертралин гидрохлорид, кломипрамин, анастрозол (внутренний стандарт, В.С.). Плазму крови получали с использованием Na_2EDTA в качестве антикоагулянта. Для разработки методики анализа использовали высокоэффективный жидкостный хроматограф Dionex, включающий бинарный насос, дегазатор, автоинжектором с термостагированием и термостат колонок, совмещенный с трёхквადрупольным масс-спектрометром TSQ Quantiva (ThermoScientific, США).

Результаты и обсуждение. Для извлечения антидепрессантов и внутреннего стандарта из плазмы крови человека применялась простая процедура жидкость-жидкостной экстракции. Были подобраны условия экстракции, обеспечивающие высокую степень извлечения целевых компонентов. В образцы плазмы крови объемом 500 мкл добавляли 50 мкл раствора анализируемых веществ в определенных концентрациях с фиксированной концентрацией внутреннего стандарта (анастрозола). Экстракцию проводили метил-трет-бутиловым эфиром в количестве 2 мл. Затем образцы перемешивали на горизонтальном шейкере в течение 10 минут при 240 об/мин. После этого образцы центрифугировали при 3000 об/мин в течение 5 мин. Пробирки с центрифугированными образцами с приоткрытыми пробками помещали в морозильную камеру на $-80\text{ }^\circ\text{C}$ на 2 мин. Полученный супернатант быстро перемещали в пробирки для упаривания и высушивали в токе азота при температуре $40\text{ }^\circ\text{C}$ досуха. Сухой остаток растворяли в 250 мкл подвижной фазы, переливали в виалу для ВЭЖХ и помещали в автоинжектор хроматографа для последующего анализа. Аликвоту объемом 5 мкл инжестировали в хроматограф.

Были подобраны оптимальные условия хроматографии, обеспечивающие хорошее разделение аналитов за достаточно короткое время (Рисунок 1). Хроматографическое разделение анализируемых соединений проводили на хромато-

графической колонке Hypersil GOLD (30 мм x 2,1 мм; 1,9 мкм) (ThermoScientific, США) с использованием предколонки Hypersil GOLD (10 мм x 2,1 мм; 3 мкм) (ThermoScientific, США) в режиме градиентного элюирования. Подвижная фаза представляла из себя градиентную смесь 0,2 % раствора муравьиной кислоты в воде (фаза А) и 0,2 % раствора муравьиной кислоты в ацетонитриле (фаза Б). С момента инъектирования пробы в течение 1 минуты содержание фазы Б составляло 20%, затем до 7,8 минуты оно линейно возрастало до 53%, после чего за 0,1 минуту снижалось до 20%. Общее время хроматографии составляло 12 минут. Скорость потока подвижной фазы – 0,3 мл/мин. Температура автоинжектора составляла 10 °С. Объем инъекции – 5 мкл.

В качестве источника ионов в масс-спектрометре использовали источник с ионизацией электро-распылением (electrospray ionization, ESI), работающий в режиме положительной ионизации. Анализ проводили в режиме детектирования заданных масс (multiple reaction monitoring, MRM). Были подобраны условия масс-спектрометрического детектирования, дающие наибольшую чувствительность определения: напряжение на капилляре электро-спрея 3500 В, время задержки (dwell time) – 50 мс. Температура осушающего газа 300 °С, температура ион-трансферного капилляра 333 °С. Скорости потока газов (азот): осушающего газа – 40 мл/мин., вспомогательного газа – 12 мл/мин. В ячейке соударений использовали аргон: давление 0,2 Па. Времена удерживания, материнские и дочерние ионы, а также энергии соударений – collision energy (CE) в терминологии англоязычных авторов – для исследуемых антидепрессантов и внутреннего стандарта приведены в *таблице 1*.

Таблица 1. Времена удерживания, материнские и дочерние ионы, а также SE для исследуемых антидепрессантов и внутреннего стандарта.

Вещество	Время удерживания, мин	Материнский ион, m/z	Дочерние ионы, m/z	Энергия соударений (CE)
Венлафаксин	2,16	278,0	58,1 260,1	15 10
Тразодон	2,89	372,1	147,9 176,0	35 26
Миансерин	4,99	265,2	208,1 262,9	20 19
Циталопрам	5,24	325,3	109,1 262,0	31 20
Анастрозол (В.С.)	5,77	294,1	209,9 225,4	38 21
Флувоксамин	6,42	319,1	71,1 257,9	15 11
Нортриптилин	6,44	264,2	117,0 233,0	35 30

Амитриптилин	6,58	278,2	105,2 233,2	35 30
Сертралин	7,13	306,1	158,9 274,9	27 56
Кломипрамин	7,33	315,0	86,1 226,9	16 38

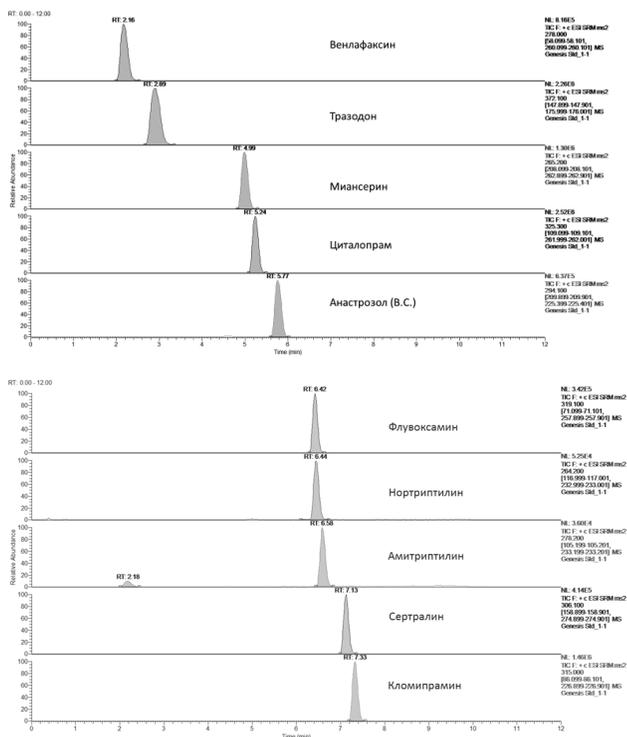


Рисунок 1. Хроматограмма стандартной смеси антидепрессантов в плазме крови. Примечание: концентрация каждого антидепрессанта – 100 нг/мл, концентрация анастразола (В.С.) – 50 нг/мл.

Выводы. Разработанная методика обладает чувствительностью, приемлемой для измерения антидепрессантов в рамках терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ). Пределы определения каждого антидепрессанта в плазме крови находятся в пределах от 100пг/мл до 10нг/мл, что значительно меньше нижней границы терапевтического диапазона определяемых препаратов. Методика включает простую и недорогую пробоподготовку в сочетании с достаточно быстрым хромат-масс-спектрометрическим анализом, что позволяет использовать ее в рутинной практике.

Список литературы

1. Eliasson E., Lindh J.D., Malmström R.E., Beck O., Dahl M.D. Therapeutic drug monitoring for tomorrow. *European Journal of Clinical. Pharmacology*. 2013; 69Suppl 1: 25–32. DOI: 10.1007/s00228-013-1504-x
2. Ostad Haji E., Hiemke C., Pfuhlmann B. Therapeutic drug monitoring for antidepressant drug treatment. *Curr. Pharm. Des.* 2012; 18(36):5818–5827. DOI: 10.2174/138161212803523699
3. Saint-Marcoux F., Sauvage F.L., Marquet P. Current role of LC-MS in therapeutic drug monitoring. *Anal. Bioanal. Chem.* 2007; 388(7):1327–1349. DOI: 10.1007/s00216-007-1320-1
4. Song M., Xu X., Hang T., Wen A., Yang L. Development of an LC-MS/MS method for the simultaneous quantification of aripiprazole and dehydroaripiprazole in human serum. *Analytical Biochemistry*. 2009; 385(2): 270–277. DOI: 10.1016/j.ab.2008.11.027

VI Раздел «ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

УДК 615.074, 543.51

Кузьмин И. И., Платова А. И.

Изучение зависимости активной антипсихотической фракции от хлорпромазиновой эквивалентной дозы в терапевтическом лекарственном мониторинге

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: rouswell9@gmail.com

Цель. Выполнить регрессионный анализ зависимости уровня активной фармакологической фракции, измеренной в ходе терапевтического лекарственного мониторинга (ТЛМ) антипсихотических препаратов (АП), от хлорпромазиновой эквивалентной дозы (ED).

Материалы и методы исследования. ТЛМ проводили в период 2015-2017 гг. в ФГБНУ НЦПЗ у пациентов ($n = 187$), наблюдающихся по поводу шизофрении или шизоаффективного расстройства. Методом жидкостной хроматографии с масс-спектрометрической детекцией были измерены концентрации следующих АП: зуклопентиксол, хлорпромазин, арипипразол, рисперидон, клозапин, оланзапин, кветиапин, галоперидол, а также их активных метаболитов: 9-ОН-рисперидона и дегидроарипипразола [1].

Среднесуточные дозы АП были переведены в эквивалентные хлорпромазиновые дозы (ED) с применением коэффициента пересчета – хлорпромазинового эквивалента (ХПЭ) на основе [2].

Так как основу фармакологической активности изучаемых препаратов составляет активная антипсихотическая фракция (AM, от англ. «active moiety»), у рисперидона и арипипразола исследовали зависимость ED от этой фракции – суммы «исходное вещество (P) + активный метаболит (M)».

Для статистического анализа использовали программу IBM SPSS v 24.0.

Результаты Начальным подходом в проведении регрессионного анализа является аппроксимация зависимости линейной моделью [3]:

$$y = a + bx, (1)$$

где y – эквивалентная доза, зависимая переменная; x – концентрация или AM (независимая переменная, предиктор); a – свободный член уравнения, b – коэффициент наклона линии регрессии.

Среднесуточные дозы, измеренные уровни, а также рассчитанные эквивалентные хлорпромазиновые дозы для изучаемых АП, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Среднесуточные дозы и измеренные концентрации АП

АП	Концентрация	Доза АП	ED
Зуклопентиксол	32,8 ± 27,6	29,6 ± 19,2	118,3 ± 76,8
Хлорпромазин	93,1 ± 149,6	151,4 ± 106,2	
Арипипразол	565,7 ± 456,6 (AM)	18,9 ± 7,8	251,9 ± 104,2
Рисперидон	56,9 ± 43,8 (AM)	6,6 ± 1,8	327,9 ± 88,0
Клозапин	467,2 ± 445,9	130,8 ± 69,7	261,5 ± 139,5
Оланзапин	55,8 ± 42,9	16,0 ± 5,0	319,8 ± 100,4
Кветиапин	398,4 ± 525,6	479,4 ± 332,3	637,6 ± 441,9
Галоперидол	13,7 ± 12,9	15,9 ± 9,3	797,2 ± 463,3

Примечание: данные представлены как среднее ± средне-квадратичное отклонение (SD).

Построенные линейные регрессионные модели для изучаемых АП представлены в таблице 2, где ED – equivalent dose, Conc – концентрация.

Таблица 2. Линейные регрессионные модели

Антипсихотик: формула регрессии	Коэффициент регрессии	Значение	SE	t-критерий	P-величина	95% ДИ	
						Нижняя граница	Верхняя граница
Зуклопентиксол: Conc = 16,26 + 0,14*ED	a	16,26	7,99	2,04	0,05	0,03	32,50
	b	0,14	0,57	2,45	0,02	0,02	0,26
Хлорпромазин (*): Conc = 63,16 + 0,24*ED	a	63,16	44,74	1,41	0,17	- 27,98	154,30
	b	0,24	0,25	0,97	0,34	- 0,026	0,74
Арипипразол: Conc (AM)= -96,9 + 2,63*ED	a	- 96,9	168,64	- 0,57	0,57	- 440,39	246,61
	b	2,63	0,62	4,24	< 0,001	1,37	3,89
Рисперидон: Conc (AM)= 13,24 + 0,13*ED	a	13,24	21,03	0,63	0,53	- 28,83	55,31
	b	0,13	0,06	2,15	0,04	0,009	0,26
Клозапин: Conc = 198,76 + 1,03*ED	a	198,76	95,02	2,09	0,04	9,96	387,57
	b	1,03	0,32	3,2	0,002	0,39	1,66
Оланзапин: Conc = 13,71 + 0,13*ED	a	13,71	18,18	0,75	0,45	- 22,71	50,14
	b	0,13	0,05	2,42	0,02	0,02	0,24
Кветиапин: Conc = -55,008 + 0,71*ED	a	- 55,01	119,47	- 0,46	0,65	- 296,87	186,85
	b	0,71	0,15	4,6	< 0,001	0,398	1,02

Галоперидол:
 $\text{Conc} = 1,19 + 0,02 * \text{ED}$

a	1,19	3,41	0,35	0,73	-5,70	8,07
b	0,02	0,00	4,23	0,001	0,01	0,02

Примечание: SE – стандартная ошибка оценки коэффициента регрессии;
 *Для хлорпромазина данная зависимость была недостоверна, что объясняется тем, что данный препарат использовался в качестве адьюванта в основной АП-терапии.

Поскольку все АП вводили в разных дозах, для сравнения их эффективности использовали такую взвешенную величину как отношение концентрации к эквивалентной дозе C/ED (рис. 1). Установлен значительный разброс этой величины у разных АП.

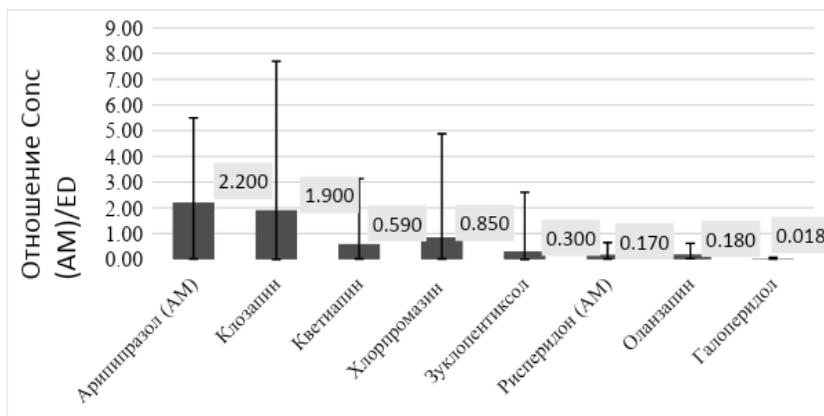


Рисунок 1. Отношение концентрации к эквивалентной дозе вещества

Заключение

Одним из критериев для проведения ТЛМ является наличие регрессионной зависимости между дозой и уровнем препарата в крови.

Данные многих исследований позволяют рассматривать диапазон доз в ХПЭ 100-300 мг как аналог терапевтического коридора при проведении ТЛМ [4].

Для всех изученных АП (за исключением хлорпромазина) значения коэффициента b в регрессионной модели были отличны от нуля с p -величиной $< 0,05$ (т.е. 95% ДИ этого коэффициента не включает ноль), что подтверждает достоверность обнаруженной зависимости концентрации или АМ от ХПЭ (табл. 2).

Выводы

Назначение средних доз АП без учета информации об уровне препарата в крови может приводить к непредсказуемым последствиям. Статистическая обработка полученных данных позволяет дать заключение о важности проведения ТЛМ для АП.

Построенные регрессионные модели могут стать основой для индивидуализации дозирования, а большой разброс полученных величин $Conc (AM)/ED$ свидетельствует о важности дальнейшего изучения межиндивидуальных различий в фармакодинамике АП.

Список литературы

- 1) Miroshnichenko I.I, Baymeeva N.V. Simultaneous determination of antipsychotic drugs and their active metabolites by LC-MS-MS and its application to therapeutic drug monitoring, *Journal of Chromatographic Science*, 2018. Volume 56, Issue 6, P. 510–517.
- 2) Leucht, S., Samara, M., Heres, S., & Davis, J. M). Dose equivalents for antipsychotic drugs: the DDD method *Schizophrenia bulletin*, 2016. 42(suppl_1), S90-S94.
- 3) Дрейпер Н. Р, Смит Г. Прикладной регрессионный анализ. – Диалектика / Вильямс, 2016
- 4) Попов Ю. В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — Москва: Экспертное бюро-М, 1997. — 496 с.

УДК 616.895.87

Мазурова Е.В., Шахова Е.В.

Описание клинического случая с нервной анорексией у пациентки, страдающей шизофренией: современные подходы к диагностике и терапии

*ГБУЗ “Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ”
г. Москва, Россия.*

e-mail: dr.mazurova@gmail.com

Актуальность. Каждый год умирает около 5% пациентов, которые страдают нервной анорексией и около 10% умирает в течение 10 лет, так как выздоровление на психическом уровне не всегда предполагает восстановления соматического уровня, который являлся последствием потери массы тела и ассоциированных с этим физикальных процессов. У пациентов с данной патологией 45% летальных исходов из-за суицида, а 13% имеют суицидальные попытки в анамнезе, 26% парасуицидентов предпринимают попытки повторно. Лица с расстройством пищевого поведения часто получают необходимую медицинскую помощь только на поздних стадиях болезни, когда в организме происходят необратимые изменения. В 2019 году, на базе психиатрической клинической больницы №1 им. Н.А. Алексеева, открылась первая в России государственная клиника расстройств пищевого поведения, где оказывается медико-социальная помощь в стационарных и амбулаторных условиях. Был разработан специализированный подход, на основе опыта зарубежных коллег из Лондонской психиатрической клиники Модсли. В Московской клинике работает полипрофессиональная бригада психиатров, психотерапевтов, психологов, диетологов, анестезиологов-реаниматологов, неврологов, гастроэнтерологов. Взаимодействие специалистов происходит не только с пациентами, но и с родителями и членами семьи. Пациенты с расстройством

пищевого поведения требуют индивидуального подхода, как в подборе медикаментозной терапии, так и в психотерапевтической поддержке. Большую роль в развитии заболевания играют психологические проблемы в семье, особенности личности данных пациентов (склонны к перфекционизму, чрезмерному контролю, компенсации путем выработки поведенчески ригидного гиперконтроля пищевого поведения, с целью достижения мнимого идеала).

Цель: анализ данного клинического случая пациентки с нервной анорексией и параноидной шизофренией, позволяет показать необходимость полипрофессионального подхода к лечению данной категории пациентов.

Пациентка Л., 20 лет. Рост 175 см, вес 53кг, ИМТ=17,3. Наследственность: со слов родственников знает, что троюродный брат отца страдал психическим заболеванием, каким неизвестно. Дядя отца лежал в психиатрической больнице. Дед по линии матери злоупотреблял алкоголем. Бабушка по линии матери до пенсии, работая телеведущей, с молодого возраста постоянно придерживалась диет, утверждала, что ей не нравится её тело. **Анамнез со слов пациентки: Мать 46 лет,** имеет высшее образование. Работает по профессии. По характеру: вспыльчивая, контролирующая. **Отец 45 лет,** имеет высшее образование. Содержит бизнеса по производству молочных продуктов. По характеру спокойный, уравновешенный. **Сестра 14 лет,** ученица средней школы. Замкнутая, молчаливая, увлекается точными науками. **Сестра 3 года,** растёт и развивается в соответствии с возрастом. Активная, шумная, эмоциональная. Беременность и роды у матери протекали без осложнений. В раннем развитии от сверстников не отставала. Росла подвижной, активной. В школу пошла с 5,5 лет, успеваемость в школе была средней. После занятий занималась рисованием, скульптурой, общалась со сверстниками. В 10 лет одноклассники сравнивали пациентку с героиней фильма о Гарри Поттере - Гермионой, однако такое сравнение ей не нравилось. Родители комментировали «полноту» девочки, бабушка называла «толстой» при росте 170 см и весе 51кг. В 12 лет поехала с родителями в Америку в поход по каньонам. В результате большого количества пеших прогулок, сбросила вес до 48 кг. Обратила внимание, что стала выглядеть значительно лучше. Решила, что может похудеть еще. Стала придерживаться диет, сокращала размер порций, килокалории. До начала похудения отмечалось менархе с 12 лет, но на фоне снижения веса наступила аменорея. В 13 лет обратилась к гинекологу, были назначены гормональные препараты на фоне приема которых, к 14 годам вес достиг 82 кг. Из-за страха быть «толстой» стремилась похудеть, прибегала к очистительному поведению в виде вызывания рвоты после еды. Стала злоупотреблять бисакодиллом - до 40 таблеток и фуросемидом - до 20 таблеток в сутки. К 16 годам вес снизился до 53 кг. Отношения с родителями становились напряженными, перестала делиться своими переживаниями, стала малообщительной, однако отношения со сверстниками поддерживала. В 17 лет поступила в Британскую высшую школу дизайна, но из-за отсутствия финансовых возможностей решила поступить в другой вуз на бюджетной основе. В 18 лет поступила в МГИМО, факультет международных отношений. На вечеринке, по случаю посвящения в

студенты, подверглась сексуальному насилию со стороны старшекурсника. Никому из близких об этом не сообщила. После этого появилось сильное чувство тревоги, ощущение преследования, считала, что это связано с ее ВУЗом (боялась встретить того, кто совершил над ней насилие). Периодически возникало чувство, что делает что-то помимо своей воли, не могла противиться этому состоянию: «купила попугая, иначе бы родители, летевшие на самолете в тот день-умерли». Начала выпивать алкоголь перед посещением ВУЗа, для снятия тревоги. Для облегчения состояния (неконтролируемое чувство гнева, ненависть к родителям, раздражительность), начала совершала аутоагрессивные действия: вырывала волосы, наносила самопорезы, билась об стены, однако истинного намерения уйти из жизни не было. Считала, что люди вокруг обращают внимание на ее «полноту», воспринимая это «через мысли, которые как будто не мои». В компании сверстников употребляла наркотические вещества («кислота, экстази, лед»), так как нравилось состояние эйфории и снижение тревоги. Продолжала придерживаться ограничительного поведения, злоупотребляла слабительными и мочегонным препаратами. Зимой, в начале 2019 года появилось ощущение, что твердая пища застаивается в кишечнике, в связи с чем вызывала рвоту, иногда пережевывала пищу и выплевывала её. К 3-му курсу института появилось много задолженностей из-за пропусков занятий, была вынуждена взять академический отпуск декабря 2019 года. Фон настроения стал снижаться, осознала, что не справляется и нуждается в помощи. Была госпитализирована в стационарное отделение Клиники расстройств пищевого поведения. **Психический статус при поступлении:** На беседу соглашается формально. Продуктивному контакту доступна. Ориентирована всесторонне верно. Фон настроения снижен, плаксива. Выражение лица страдальческое. Голос тихий, на вопросы отвечает, по существу. В своих переживаниях доступна. Сообщила, что «все началось с того, что не хотела быть красивой», «нужно было становиться тем человеком, который рядом». Со средней школы отмечались наплывы навязчивых мыслей и последующих ритуалов: «каждую пятницу я должна была уходить из дома, если бы я этого не делала-с родителями случилось бы что-то ужасное». Предъявляет жалобы на нарушения сна: тяжелые сновидения с непонимания проснулась ли она в реальности или во сне. Подробно описывает нарушения пищевого поведения, при этом характеристики и оценки носят вычурный характер «не вижу смысла в еде, не понимаю, зачем есть, ведь после этого столько болезненных мыслей и ощущений». **Заключение экспериментально-патопсихологического исследования:** На фоне субъективности и непоследовательности суждений обнаруживает хорошие показатели памяти и внимания, в мышлении обнаруживаются нарушения на операционном уровне в виде искажения, обнаруживается разноплановость, нарушена целенаправленность мышления. При исследовании личностной сферы выявляет черты субъективизма, ригидности, тревожности, ипохондричности с трудностями межличностного взаимодействия и сужением круга социального окружения. Текущая ситуация неудовлетворенности собой, обстоятельствами, состоянии декомпенсации, острая потребность в помощи.

Данные результатов обследований: Компьютерная томография головы без контрастирования структур головного мозга: Умеренно выраженные атрофические изменения коры мозга в теменных и лобных долях. **Электроэнцефалографическое исследование с функциональными пробами:** Диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга. Дисфункция диэнцефальных структур. Снижение порога судорожной готовности. **Динамика состояния:** В начале госпитализации пациентка жаловалась на страх и тревогу при приеме пищи, сниженное настроение, зависимость от слабительных и диуретиков. Были назначены: Tab. Hydroxyzini 50 мг, Sol. Clomipramini 2,0 25mg, Tab. Zalasta Q-tab 10 мг., Tab. Lamotrigini 25 мг. Постепенно адаптировалась в отделении, посещала психотерапевтические группы, общалась с некоторыми пациентами. Питалась выборочно, съедала половину порции из-за страха набрать вес. Спустя неделю состояние изменилось: была тревожна, залеживалась в кровати, закрывала лицо и уши подушкой отказывалась есть в присутствии других пациентов. Жаловалась на «голоса» в голове, сообщала, что «в голове много мыслей или их полное отсутствие», «мысли словно кто-то положил в голову, люди вокруг на меня смотрят, я слышу, как они меня осуждают». Нарушения пищевого поведения потеряли свою актуальность на фоне возникновения галлюцинаторно-параноидной симптоматики. Была переведена на Tab. Torendo 4 мг, но эффекта не было. Были сделаны инъекции Sol. Haloperidoli 2,0, спустя 3 дня пациентка отметила, что ранее беспокоившие симптомы исчезли. Была переведена на галоперидол-депо. Стала активнее, выровнялся фон настроения, начала питаться в присутствии других пациентов. Была переведена в дневной стационар, где продолжила медикаментозную терапию, семейную, групповую и индивидуальную психотерапию.

Обсуждение и выводы Согласно дифференциальной диагностике нервной анорексии и шизофрении, описанной в МКБ-11, выставление дополнительного диагноза не требуется, в случае, если убеждения, которые кажутся необычными, несоответствующими действительности и по своей интенсивности кажутся бредовыми, но ограничиваются вопросами питания, фигуры и веса. Однако, если бредовые идеи не связаны с весом и в клинической картине имеются другие психотические симптомы (галлюцинации, расстройства мышления), предполагает выставление отдельного диагноза. В этом случае, необходима терапия первичного психотического заболевания, так и нервной анорексии, как самостоятельного заболевания, с целью повышения реабилитационного потенциала. Для долгосрочной и качественной ремиссии, независимо от полученного лечения, необходимо поддержание нормальной массы тела и прекращение ее снижения по меньшей мере 1 год после интенсивного лечения. Таким образом, расстройство пищевого поведения у данной пациентки началось с нервной анорексии ограничительного типа, перейдя в очистительный. Так же в пользу нервной анорексии говорит ИМТ-17,3, страх поправиться, сверхценные идеи по поводу своего внешнего вида, искажение образа своего тела. Необходимо отметить, что расстройства приема пищи входят синдромально в клинику многих психических заболеваний. А.В.

Семке и Н.Д. Бушухиной изучено ограничительное пищевое поведение у больных параноидной и недефференцированной шизофренией. У данной пациентки в подростковом возрасте выявляются симптомы «зарницы» эндогенного заболевания, в виде аффективных эпизодов, эпизодов дереализации и деперсонализации. Исходя из данных анамнеза и динамического наблюдения в стационаре, можно сделать вывод, что у данной пациентки основное заболевание-шизофрения, которое началось в раннем пубертатном возрасте. Из-за давности и глубины психотической симптоматики, выбранные атипичные антипсихотики и подобранные дозировки, не были достаточны для купирования состояния, поэтому был выбран галоперидол. После купирования галлюцинаторно-параноидной симптоматики актуализировалось расстройство пищевого поведения. Была активно вовлечена в психотерапевтические занятия, семейную терапию. В результате комплексного психотерапевтического и медикаментозного лечения, отношения с родителями стали доверительными, прекратила употребление мочегонных и слабительных препаратов эпизоды вызывания рвоты сократились. Сформировалась критика к своему состоянию, появилась высокая мотивация работать над собой. Начала строить планы на будущее, собирается вернуться в университет, для продолжения обучения и начать подрабатывать репетитором по испанскому языку.

Список литературы:

- 1) Пограничные психические расстройства: фундаментальные, клинические и социальные аспекты под ред. Е.И. Гусева, А.Б. Гехт, А.С. Аведисовой, Н.В. Гуляевой, гл.29 Нарушения пищевого поведения В.В. Мариллов, А.Е. Боухин, Т.Ю. Линева, М.С. Артемьева, М.Б. Сологуб
- 2) МКБ-11
- 3) Van Son G.E., van Hoeken D., van Furth E.F., Donker G. A., Hoek H.W. Course and outcome of eating disorders in a primary care-based cohort// The international of Eating Disorders -2010-№43(2) P. 130-138

УДК 616.89-02-085

Пугачева М.Е.

Некоторые аспекты антипсихотической терапии острых кратковременных психотических расстройств шизофренического спектра

*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
г. Москва, Россия
e-mail: theoreticusempiricus@yandex.ru*

Актуальность: важность назначения рациональной психофармакотерапии при первом эпизоде шизофрении определяется необходимостью быстрого купирования психотической симптоматики и достижения состояния ремиссии [8]. Острые и преходящие кратковременные расстройства (ОППР), включенные в одноименную рубрику Международной классификации болезней (F23 МКБ-10, 1994) [2], представлены клинически сходными психозами с различной этиологи-

ей, часть которых составляют острые психотические состояния шизофренического спектра. ОППР, в особенности с симптомами шизофрении (диагностическая категория F23.1), нередко представляют собою манифестацию шизофренического процесса [4, 7]. Установлено, что большая продолжительность ОППР является неблагоприятным прогностическим фактором, ассоциированным с высокой вероятностью рецидива психоза [1, 10], поэтому одним из важнейших аспектов купирующей терапии является скорость редукции психотической симптоматики. Исследования, посвященные лечению ОППР, немногочисленны, а клинические руководства по терапии данных состояний не разработаны. В клинической практике лечение острых кратковременных психозов не отличается от терапии других психотических расстройств и включает назначение антипсихотических и седативных препаратов [6, 9]. Некоторыми авторами высказывалось предположение о предпочтительности применения атипичных антипсихотиков, а именно рисперидона, эффективность которого при ОППР, согласно результатам их исследования, сравнима с эффективностью галоперидола, а переносимость выше [3]. Однако данный вопрос требует дальнейшего изучения, одним из аспектов которого является сопоставление скорости редукции психоза при назначении различных антипсихотических препаратов с целью выбора оптимального средства, способного обеспечить купирование симптоматики и наступление ремиссии.

Цель: изучение клинико-динамических и терапевтических аспектов острых кратковременных психозов с симптомами шизофрении.

Материал и методы: обследовано 78 пациентов в возрасте 18-57 лет (53 мужчины, 25 женщин; средний возраст $23,9 \pm 9,1$ лет), госпитализированных в психиатрический стационар с острым кратковременным психотическим расстройством, соответствующим диагностическим критериям категории F23.1 МКБ-10 («Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении»), которым с целью редукции психотической симптоматики назначался только один препарат преимущественно антипсихотического действия (галоперидол, рисперидон или трифлуоперазин). Данные препараты были выбраны для сравнения в связи с тем, что именно они зачастую назначались в виде монотерапии или в сочетании с седативными антипсихотиками (хлорпромазин, хлорпротиксен). На первом этапе исследования было сформировано три группы пациентов: группа 1 включала 30 пациентов, получавших галоперидол, группа 2 – 34 пациента, получавших рисперидон, группа 3 – 14 пациентов, принимавших трифлуоперазин. На втором этапе изучались особенности купирующей терапии теми же препаратами с учетом клинических особенностей психоза. Выборка из 78 пациентов была разделена на две части в соответствии с синдромальным вариантом ОППР: П – параноидный вариант (28 человек), ГП – галлюцинаторно-параноидный вариант (50 человек). Обе части выборки включали по три группы, состоявшие из пациентов, получавших галоперидол (1), рисперидон (2) или трифлуоперазин (3). Применялись клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Для оценки выраженности психотической симптоматики в начале лечения, на 2-й и 4-й неделях терапии использовалась Шкала оценки пози-

тивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS) [5]. Для статистической обработки данных использовалось программное обеспечение MedCalc 14.8.1. Уровень значимости различий (p) характеристик редукции психоза определялся методом попарного сравнения пропорций и средних значений независимых выборок.

Результаты: характеристики психоза и его редукции в трех группах пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Особенности редукции ОППР

Характеристики психоза		Группы пациентов		
		1 Галоперидол (n=30)	2 Рisperидон (n=34)	3 Трифлуоперазин (n=14)
Синдромальная структура	Параноидная	9 (30,0%)* ¹⁻³	10 (29,4%)* ²⁻³	9 (64,3%)* ^{1-3, 2-3}
	Галлюцинаторно-параноидная	21 (70,0%)* ¹⁻³	24 (70,6%)* ²⁻³	5 (35,7%)* ^{1-3, 2-3}
Тяжесть психоза (общий балл PANSS)		107,0±14,6	109,0±11,4	109,7±12,6
Средняя длительность психоза		25,1±10,1* ¹⁻²	32,1±13,2* ¹⁻²	26,1±11,8
Средние сроки редукции психоза		14,3±5,0* ¹⁻²	20,7±9,7* ¹⁻²	17,5±9,9
Редукция психоза до уровня <60 баллов на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)		6 (20,0%)	3 (8,8%)	3 (21,4%)
Редукция психоза до уровня <45 баллов на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)		12 (40,0%)* ¹⁻²	5 (14,7%)* ¹⁻²	5 (35,7%)
Балл PANSS P**≤14 на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)		17 (56,7%)	13 (38,2%)	5 (35,7%)
Балл PANSS P≤14 на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)		29 (96,7%)* ¹⁻²	23 (67,6%)* ^{1-2; 2-3}	14 (100%)* ²⁻³

* $p < 0,05$ (здесь и далее индексами указаны номера групп, между показателями которых установлены статистически значимые различия)

**Балл по подшкале позитивной симптоматики (P) шкалы PANSS

Параноидный и галлюцинаторно-параноидный варианты ОППР были представлены в группах 1 и 2 со сравнительно одинаковой частотой, в то время как группа 3 отличалась значимым преобладанием психозов с параноидной структурой.

Статистически значимых различий показателей тяжести психоза (общий балл PANSS) в трех группах не выявлено. Продолжительность ОППР в группе 2 была значительно больше, чем в группе 1 ($p < 0,05$). Аналогичные различия выявлены при сравнении сроков редукции психоза, которые были наименьшими в группе 1, а наибольшими – в группе 2 ($p < 0,05$); межгрупповых различий этих показателей относительно группы 3 выявлено не было.

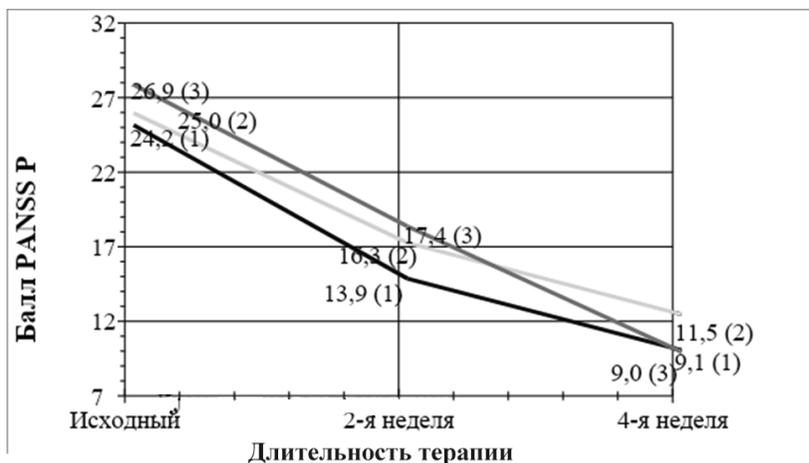
Для оценки степени редукции психоза на 2-й и 4-й неделях терапии произ-

водилось попарное межгрупповое сравнение доли пациентов, у которых отмечалась клинически значимая редукция психотической симптоматики, а именно снижение выраженности ОППР по шкале PANSS (общий балл) менее 60 баллов на 2-й неделе и менее 45 баллов на 4-й неделе (последнее соответствовало наступлению ремиссии). Различия частоты значимой редукции психоза на 2-й неделе были статистически незначимы, однако на 4-й неделе доля случаев наступления ремиссии в группе 1 была значительно больше, чем в группе 2 (40,0% и 14,7% пациентов соответственно; $p < 0,05$).

С целью изучения эффективности купирования позитивной симптоматики, оцениваемой по одноименной подшкале (P) шкалы PANSS, сравнивалась частота редукции этих расстройств до уровня 14 и менее баллов, что соответствовало отсутствию клинически значимых нарушений данного спектра. Значимых различий между группами по данному показателю на 2-й неделе терапии обнаружено не было. На 4-й неделе в группе 1 редукция позитивной симптоматики до уровня 14 и менее баллов наблюдалась у 96,7% пациентов, в группе 3 – у 100% пациентов; эти показатели значительно превышали частоту аналогичных случаев в группе 2 (67,6%; $p < 0,05$).

На рисунке 1 представлено графическое изображение средних уровней редукции позитивной симптоматики, оцениваемой в баллах по подшкале P шкалы PANSS, на 2-й и 4-й неделях терапии в группах пациентов, получавших галоперидол (1), рисперидон (2) и трифлуоперазин (3).

Рисунок 1. Редукция позитивной симптоматики при ОППР



На следующем этапе изучались особенности редукции психоза у пациентов с параноидным и галлюцинаторно-параноидным синдромальными вариантами.

Для каждого варианта была произведена оценка сроков и степени редукции психоза. Результаты представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2. Особенности редукции параноидного варианта ОППР

Характеристики психоза	Группы пациентов		
	П1 Галоперидол (n=9)	П2 Рisperидон (n=10)	П3 Трифлуоперазин (n=9)
Тяжесть психоза (общий балл PANSS)	109,3±9,1	105,4±9,0	105,1±8,0
Средняя длительность психоза	21,3±5,0	22,8±14,7	24,4±10,5
Средние сроки редукции психоза	12,7±3,5	12,9±3,0	14,2±5,9
Редукция психоза до уровня <60 баллов на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)	0	3 (30,0%)	3 (33,3%)
Редукция психоза до уровня <45 баллов на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)	3 (33,3%)	3 (30,0%)	4 (44,4%)
Балл PANSS P≤14 на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)	6 (66,7%)	5 (50,0%)	4 (44,4%)
Балл PANSS P≤14 на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)	9 (100%)*1-2	6 (60,0%)*1-2; 2-3	9 (100%)*2-3

*p<0,05

Тяжесть, длительность и сроки редукции параноидного варианта ОППР в группах П1, П2 и П3 значимо не различались. При сопоставлении частоты редукции психоза до уровня менее 60 баллов по PANSS (общий балл) на 2-й неделе терапии отмечались различия на уровне тенденций между группами П1 и П2, П1 и П3 (p>0,05). Единственное значимое отличие степеней редукции позитивной симптоматики (подшкала P) было обнаружено на 4-й неделе терапии: как в группе П1, так и в группе П3 снижение выраженности данных нарушений до уровня 14 или менее баллов отмечалось в 100% случаев, в то время как в группе 2 – только у 60,0% пациентов (p<0,05).

Таблица 3. Особенности редукции галлюцинаторно-параноидного варианта ОППР

Характеристики психоза	Группы пациентов		
	ГП1 Галоперидол (n=21)	ГП2 Рisperидон (n=24)	ГП3 Трифлуоперазин (n=5)
Тяжесть психоза (общий балл PANSS)	106,0±16,5	110,4±12,2	114,0±11,5
Средняя длительность психоза	26,7±11,4*1-2	36,0±10,7*1-2	29,2±14,6
Средние сроки редукции психоза	15,0±5,4**1-2; *1-3	24,0±8,6**1-2	23,4±13,5*1-3

Редукция психоза до уровня <60 баллов на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)	6 (28,6%)* ^{1-2; 1-3}	0* ¹⁻²	0* ¹⁻³
Редукция психоза до уровня <45 баллов на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)	9 (42,8%)* ¹⁻²	2 (8,3%)* ¹⁻²	1 (20,0%)
Балл PANSS P≤14 на 2-й неделе терапии (кол-во пациентов)	11 (52,4%)	8 (33,3%)	1 (20,0%)
Балл PANSS P≤14 на 4-й неделе терапии (кол-во пациентов)	20 (95,2%)* ¹⁻²	17 (70,8%)* ¹⁻²	5 (100%)

*p<0,05 ** p<0,001

Тяжесть галлюцинаторно-параноидного варианта ОППР в трех группах значимо не различалась. Длительность психоза в группе ГП1 была наименьшей (26,7±11,4 суток), а в группе ГП2 – наибольшей (36,0±10,7 суток; p<0,05); различия этих показателей со значением средней продолжительности психоза в группе ГП3 были статистически незначимы. Наименьший средний срок редукции психоза выявлен в группе пациентов, получавших галоперидол (15,0±5,4 суток); этот показатель был значительно меньше среднего срока редукции психоза в группах ГП2 (p<0,001) и ГП3 (p<0,05). Также только в группе ГП1 у 28,6% пациентов наблюдалась редукция психоза до уровня менее 60 баллов по PANSS на 2-й неделе терапии, в то время как среди групп ГП2 и ГП3 таких случаев не было. На 4-й неделе терапии частота наступления ремиссии (менее 45 баллов по PANSS) в группе ГП1 была значительно выше, чем в группе ГП2 (42,8% и 8,3% соответственно; p<0,05). Частота редукции позитивной симптоматики до уровня 14 и менее баллов по PANSS P на 4-й неделе в группах ГП1 и ГП2 также существенно различалась (95,2% и 70,8% соответственно; p<0,05).

На рисунках 2 и 3 представлены графики редукции позитивной симптоматики по подшкале P шкалы PANSS в подгруппах с параноидным и галлюцинаторно-параноидным вариантами ОППР соответственно.

Выводы: у пациентов с ОППР с симптомами шизофрении, получавших галоперидол, отмечалась более быстрая редукция психоза, большая частота полной редукции позитивных симптомов и большая частота достижения ремиссии на 4-й неделе терапии по сравнению с группой пациентов, получавших рисперидон. При параноидном варианте ОППР полная редукция позитивной симптоматики на 4-й неделе терапии отмечалась у всех пациентов, принимавших галоперидол и трифлуоперазин; показатели в группе лиц, получавших рисперидон, были значительно ниже. При галлюцинаторно-параноидном варианте при приеме галоперидола частота наступления ремиссии и полной редукции позитивной симптоматики на 4-й неделе была выше, чем при приеме рисперидона; также при приеме галоперидола отмечалась значительно более быстрая редукция психоза по сравнению как с рисперидоном, так и трифлуоперазином.

Рисунок 2. Редукция позитивной симптоматики при параноидном варианте ОППР

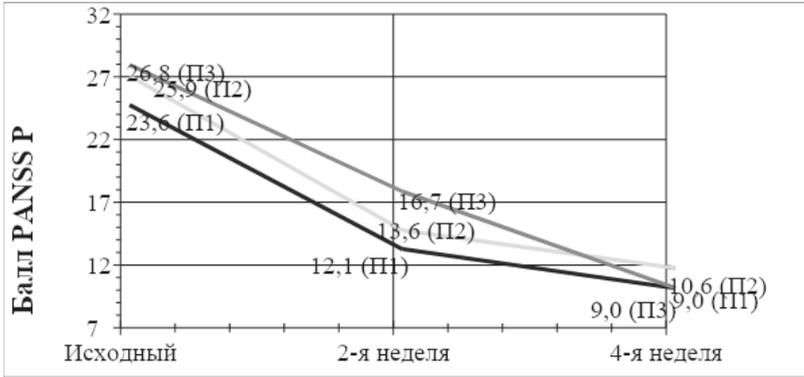
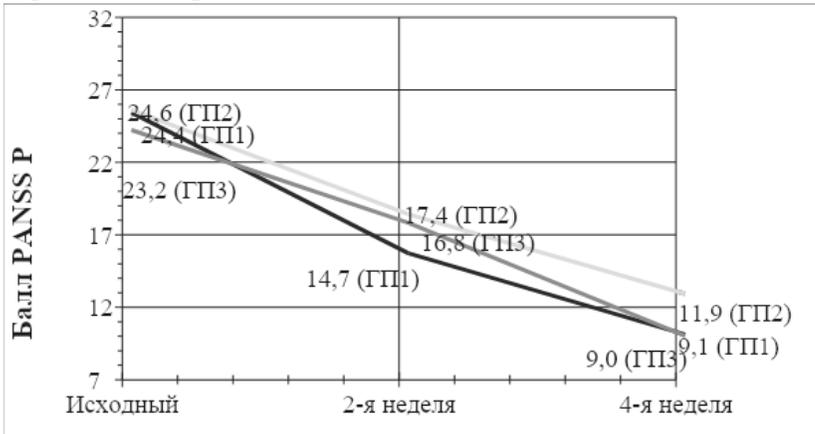


Рисунок 3. Редукция позитивной симптоматики при галлюцинаторно-параноидном варианте ОППР



Список литературы

- 1) Алешкина Г.А., Барденштейн Л.М. Острые и преходящие психотические расстройства: монография. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2017. – 180 с.
- 2) Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации). / Под общей редакцией Казаковцева Б.А., Голланда В.Б. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2003. – 588 с.
- 3) Chaudhuri B.P., Bhagabati D., Medhi D. Risperidone versus haloperidol in acute and transient psychotic disorder. Indian Journal of Psychiatry, 2000; 42(3): 280-290.

4) Queirazza F., Semple D.M., Lawrie S.M. Transition to schizophrenia in acute and transient psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 2014; 204: 299-305.

5) Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 1987; 13(2): 261-276.

6) Minichino A., Rutigliano G., Merlino S., Davies C., Oliver D., De Micheli A., Patelc R., McGuire P., Fusar-Poli P. Unmet needs in patients with brief psychotic disorders: Too ill for clinical high risk services and not ill enough for first episode services. *European Psychiatry*, 2019; 57: 26-32.

7) Li H., Kéri S. Regional brain volumes in brief psychotic disorder. *Journal of Neural Transmission*, 2020: 1-8.

8) Nasrallah H. For first-episode psychosis, psychiatrists should behave like cardiologists. *Current Psychiatry*, 2017; 16(8): 4-7.

9) Rusaka M. Acute and transient psychotic disorder (ATPD) dynamic development and particularities in diagnostics and treatment in Latvia.– Riga, 2015. – 39 p.

10) Singh S.P., Croudace T., Amin S., Kwiecinski R., Medley I., Jones P.B., Harrison G. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 176: 210-216.

УДК 616.89–02-07

Суслопарова Д.А. Акимов С.И. Кочергина Е.С. Губина А.С.

Однодневный срез: антидепрессанты в клинической практике

*ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ»
г. Москва, Россия
Susloparova1094@gmail.com*

Актуальность. Необходимость исследования применения антидепрессантов в практической деятельности врачей-психиатров обусловлена их распространенностью и повсеместным использованием. В настоящее время, согласно российским и международным клиническим рекомендациям, они являются препаратами выбора для лечения не только депрессий, но и многих других психических расстройств. Эта группа препаратов находит свое применение как в условиях стационара, так и в амбулаторном звене.

Цель исследования: Сравнить пациентов с различными психическими заболеваниями в амбулаторном и стационарном звене, которым назначают, либо не назначают антидепрессанты в качестве терапии и выявить отличия в использовании антидепрессантов при различных нозологиях и условиях лечения. Выявить основные закономерности и актуальные комбинации в использовании антидепрессантов.

Материалы и методы: Это исследование было проведено методом поперечного однодневного среза, путем анализа медицинских карт пациентов. В исследование были включены все пациенты, находившиеся на лечении в ПКБ 1 ДЗМ и ПНД №13 20.12.2019 года (n=537), кроме пациентов с органическими дементными расстройствами.

Все пациенты были разделены на группы по заболеваниям: шизофрения и расстройства шизофренического спектра; органические недементные расстройства; расстройства настроения; органические дементные расстройства; умственная отсталость.

На момент проведения исследования в аптеке больницы и диспансера имелись в доступе следующие препараты: флуоксетин, флувоксамин, агомелатин, амитриптилин, вортиокситин, дулоксетин, имипрамин, кломипрамин, миансерин, пароксетин, пирлиндол, эсцитопрам, венлафаксин, милнацепран, мirtазапин, сертралин, тразидон.

Результаты и их обсуждение:

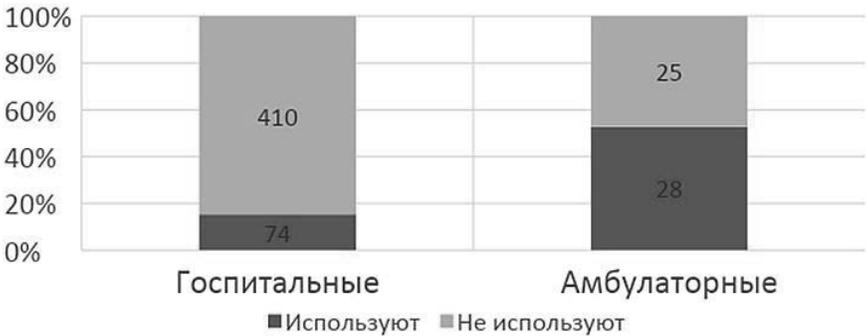
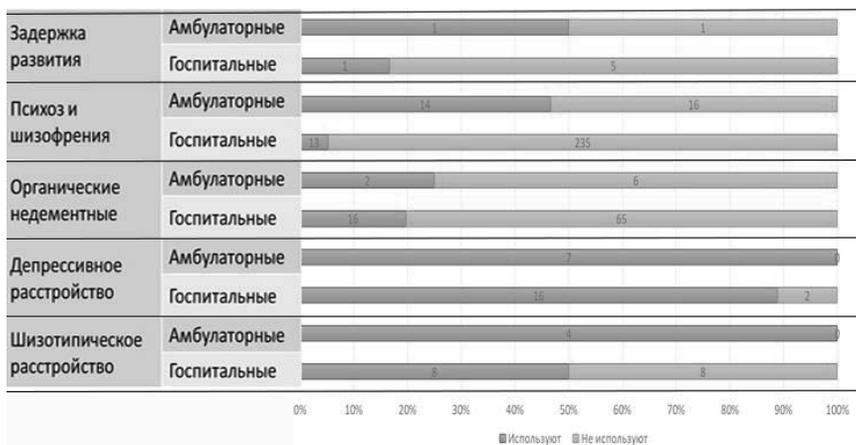


Рис. 1 Доли больных в разных условиях помощи, которым назначаются или не назначаются антидепрессанты

Из всех пациентов 484 находились в стационаре и 53 пациента - в амбулаторном звене. При этом в стационаре антидепрессанты применялись в 15,2% случаев от всех заболеваний, тогда как при амбулаторном лечении – в 52,8% случаев.

Наиболее значимым антидепрессантом первой линии был флувоксамин(34% от всех пациентов, которые принимали антидепрессанты), после него кломипрамин(11%), венлафаксин(10%), агомелатин(8%), амитриптилин(7%). Наиболее назначаемой группой антидепрессантов были селективные ингибиторы обратного захвата серотонина(СИОЗС) (51,5%), затем- трициклические антидепрессанты(ТАД)(19,8%) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН)(12,8%).Препаратом выбора второй линии так же преимущественно были ингибиторы обратного захвата серотонина(СИОЗС), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН) и трициклические антидепрессанты. Препаратом выбора третьей линии преимущественно был венлафаксин.



278 пациентов имели диагноз шизофрения и психотическое состояние (30 в амбулаторном звене и 248 в стационаре); 20 пациентов – диагноз шизотипическое расстройство (4 в амбулаторном звене и 20 в стационаре); 89 пациентов – органическое недементное расстройство (8 в амбулаторном звене и 81 в стационаре); 25 пациентов – депрессивное расстройство (7 в амбулаторном звене и 18 в стационаре) и 8 пациентов с диагнозом задержка в развитии (2 в амбулаторном звене и 6 в стационаре).

Выводы. Антидепрессанты широко используются при всех группах заболеваний, однако их применение в стационаре и амбулатории отличаются. В амбулаторном звене используются чаще, чем в стационарном (52,8 % vs 15,2 % соответственно). В амбулаторном звене назначения антидепрессантов при депрессивных расстройствах и шизотипическом расстройстве используются у 100% изученных пациентов, при шизофрении и задержках развития - более чем у 45%, менее всего при органических недементных заболеваниях. При стационарном лечении шизофрении антидепрессанты используются в 9 раз реже, чем в амбулаторном и в 2 раза реже при лечении шизотипического расстройства. Данные различия могут быть обусловлены различной степенью и длительностью заболеваний, встречающихся в стационарном или амбулаторном звене. Наиболее назначаемой группой антидепрессантов были селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), трициклические антидепрессанты (ТАД) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН).

Список литературы:

1. Выбор антидепрессанта по эффективности и переносимости М. Ю. Дробичев, Е. Ю. Антохин, Р. И. Палаева, С. В. Кикта.
2. Factors influencing the choice of antidepressants: a study of antidepressant prescribing practice at University Psychiatric Clinic in Belgrade. Marić NP, et al. Vojnosanit Pregl. 2012.

3. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines

УДК 616-009

Тихонов Д.В., Баймеева Н.В., Каледа В.Г., Мирошниченко И.И.

Применение терапевтического лекарственного мониторинга на этапе становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте

ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”

г. Москва, Россия

e-mail: denvt@list.ru

Актуальность. Исследование особенностей становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте, остаётся одной из актуальных проблем в клинике юношеской психиатрии. Незавершенность формирования физиологических систем, неустойчивое мировоззрение, зависимость от общественного мнения, сочетающееся со стремлением к независимости и самостоятельности привносят своеобразие не только в картину болезни, но и в поведение больных. Одной из ведущих проблем на данном этапе заболевания является низкая приверженность лекарственной терапии и трудности в контроле её приёма. Терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) концентрации антипсихотиков и их активных лекарственных метаболитов в крови больных позволяет отслеживать как снижение, так и повышение концентрации лекарственных средств, своевременно корректируя психофармакотерапевтическое и психотерапевтическое воздействие в зависимости от полученных результатов.

Цель исследования. Определение оптимальных дозировок антипсихотической терапии и приверженности её приему у больных, перенесших манифестный эндогенный психотический приступ, на всех этапах становления ремиссии.

Материалы и методы. В ходе исследования была измерена концентрация антипсихотических лекарственных средств и их активных метаболитов в крови у 56 больных мужского пола в возрасте 16-25 лет, перенёсших манифестный эндогенный психотический приступ. Оценка концентрации лекарственных средств проводилась на высоте психотического состояния и на всех последующих этапах становления ремиссии. Обследования производились как во время стационарного, так и амбулаторного лечения в клинике ФГБНУ НЦПЗ.

Результаты и обсуждение. Процесс становления ремиссии после перенесенного психотического приступа включает в себя несколько этапов. Первый этап становления ремиссии, этап редукции ведущей психотической симптоматики, определялся угасанием приступообразующих психотических феноменов, уменьшением и последующей утратой чувства их актуальности и эмоциональной значимости; формированием рационального отношения к болезни, началом формирования критики.

2 этап становления ремиссии - этап стабилизации психических функций. Данный этап определялся деструкцией приступообразующих феноменов, появлением постприступных аффективных нарушений и неврозоподобных расстройств на фоне выступающей на первый план дефицитарной и редуцирующейся резидуальной психотической симптоматики. В зависимости от преобладающей симптоматики выделяют 4 типа течения 2 этапа: с преобладанием резидуальной психотической симптоматики; с преобладанием аффективных нарушений депрессивного спектра по типу позитивной либо негативной аффективности; псевдоневротический; с преобладанием дефицитарной симптоматики.

3 этап становления ремиссии - этап реинтеграции психических функций. Он определялся расстройствами непсихотического спектра. Ключевым для этого этапа являлось формирование сочетания негативных изменений с сохранившимися личностными ресурсами, определяющего постприступный уровень социальной и трудовой реадaptации больного. Отмеченные на этом этапе психопатологические явления, такие как аффективные колебания, транзиторная субпсихотическая симптоматика, неврозоподобные расстройства, постприступные расстройства личности определяли картину установившейся ремиссии.

На каждом из данных этапов у больных проводился забор крови для определения концентрации лекарственных средств антипсихотического ряда и их активных метаболитов. Показатель концентрации метаболитов лекарственных веществ попадал в один из трёх диапазонов: ниже терапевтического диапазона, в пределах терапевтического диапазона, выше терапевтического диапазона (Таб. 1).

Таблица 1 Динамика концентрации активных метаболитов антипсихотиков в крови больных во время становления ремиссии после перенесенного манифестного психотического приступа

этап становления ремиссии уровень концентрации метаболитов	этап 1		этап 2		этап 3	
	п	%	п	%	п	%
концентрация метаболитов ниже терапевтического диапазона	8	14,29%	11	19,64%	15	26,79%
концентрация метаболитов в пределах терапевтического диапазона	43	76,79%	42	75,00%	41	73,21%
концентрация метаболита превышает терапевтический диапазон	5	8,93%	3	5,36%	0	0,00%
Всего	56	100%	56	100%	56	100%

На первом этапе становления ремиссии концентрация принимаемых антипсихотиков ниже терапевтического диапазона была выявлена у 8 больных (14,29%); в пределах терапевтического диапазона – у 43 больных (76,79%); выше терапевтического диапазона - у 5 больных (8,93%).

На втором этапе была отмечена некоторая динамика со смещением диапазо-

на концентрации в сторону её понижения. Концентрация ниже терапевтического диапазона наблюдалась у 11 больных (19,64%), в пределах терапевтического диапазона - у 42 больных (75,00%), выше терапевтического диапазона - у 3 больных (5,36%).

На третьем этапе сохранилась прежняя тенденция: было отмечено отсутствие больных с превышающей терапевтическую концентрацией антипсихотиков, при этом увеличилось число больных с недостаточной для лечебного эффекта концентрацией лекарственных средств: концентрация ниже терапевтического диапазона была выявлена у 15 больных (26,79%), в пределах терапевтического диапазона - у 41 больного (73,21%). Полученные данные и их динамика позволили сделать ряд выводов. Во-первых, проведение терапевтического лекарственного мониторинга позволило выявить и оперативно оптимизировать терапию как при превышении концентрации антипсихотиков выше необходимой, что позволило значительно сократить частоту побочных эффектов, так и при концентрации ниже необходимой, благодаря чему удавалось подбирать оптимальные дозировки лекарственных препаратов. Во-вторых, терапевтический лекарственный мониторинг показал свою эффективность в контроле приёма поддерживающей терапии: в тех случаях, когда при улучшении состояния больные начинали самостоятельно снижать дозировки или прерывали приём лекарств, отмечалось снижение концентрации активных метаболитов данных лекарств в крови пациентов. Своевременная диагностика самостоятельного снижения дозировки лекарств позволяла своевременно подключить психотерапевтические методики, направленные на улучшение комплаенса, либо поднять вопрос о переводе больного на пролонгированные формы антипсихотиков, что, в свою очередь, в значительной мере снижало шанс ухудшения состояния больных и риск рецидива психотического эпизода.

Выводы. Терапевтический лекарственный мониторинг является высокоэффективным инструментом индивидуализации и оптимизации терапии, позволяет определить уровень комплаенса и своевременно отреагировать на самостоятельную коррекцию больным схемы терапии, подключив к лечению как психотерапевтическое воздействие, и, при необходимости, сменив форму введения лекарственного вещества.

УДК 616.89; 616.053.7

Мигалина В. В., Омельченко М.А.

Терапевтическая модель лечения юношеских хронических эндогенных депрессий

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,
г. Москва, Россия
e-mail: migalina-vv@mail.ru*

Актуальность. Несмотря на значительный интерес ученых и большое количество проведенных исследований, посвященных изучению депрессии, в том

числе вопросам терапии, примерно у 20-35% всех пациентов развивается хроническое течение [1, 2]. Особенно пристальное внимание уделяется возникновению депрессивных эпизодов в юношеском возрасте. В 70% всех случаев пациенты с хронической депрессией имели раннее начало симптомов, относящееся именно к этому возрастному периоду [1]. Наблюдаемые в пубертатном периоде морфофункциональные изменения основных систем организма и перестройки регуляторных механизмов играют значительную роль в формировании депрессивных расстройств, обуславливая их выраженную атипичность и полиморфизм клинической картины, а также увеличивают риск развития нежелательных побочных явлений от психофармакотерапии [3]. Большую роль в формировании клинической картины юношеских хронических эндогенных депрессий представляет высокий уровень коморбидной патологии, которая утяжеляет течение заболевания, ухудшает прогноз, затрудняет своевременную и правильную диагностику, что зачастую приводит к неверному выбору терапевтической стратегии. Последнее является дополнительным фактором хронификации депрессивного состояния, а также, при отсутствии терапевтического ответа, может способствовать ошибочному определению депрессии, как резистентной [4, 5].

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических, психометрических и психофармакологических особенностей юношеских хронических эндогенных депрессий (ЮХЭД).

Материалы и методы. Клинико-психопатологически был обследован 61 пациент юношеского возраста (16-25 лет), впервые госпитализированный в клинику ФГБНУ НЦПЗ с 2014 по 2020 г. по поводу хронического депрессивного состояния, развившегося в рамках непсихотических психических расстройств (первичные диагнозы по МКБ-10: F32; F33; F34; F60; F21).

Критериями исключения были наличие грубых дефицитарных симптомов, выраженных расстройств психотического регистра, а также клинически значимой соматической, неврологической и коморбидной психической патологии.

Психометрическая оценка проводилась при поступлении больного в стационар и на этапе редукции психопатологических расстройств при выписке.

Для оценки выраженности депрессии применялась шкала HDRS – Hamilton Rating Scale for Depression, выявление аттенуированных психотических симптомов и специфических нарушений мышления проводилось по шкале SOPS – The Scale of Prodromal Symptoms, для количественной и структурной оценки негативных психопатологических расстройств использовалась шкала SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms.

Результаты и обсуждение. В зависимости от психопатологической структуры ЮХЭД было выделено 2 типа: 1. Унитарные¹ депрессии с «чистой» аффективной психопатологической структурой состояния (33 пациента, 54,1%); 2. Саплиментарные² депрессии с присоединением симптомов иных, отличных

¹ От лат. unitas — «единство»

² От лат. supplementum – «дополнение»

от аффективного регистров (28 пациентов, 45,9%). Последние подразделялись на подтипы депрессии с невротоподобными (13 пациентов, 21,3%) и психопатоподобными расстройствами (15 пациентов, 24,6%). Были проанализированы основные психопатологические особенности и подходы к терапии выделенных типов юношеских хронических эндогенных депрессий с учетом биологических и психологических особенностей этого возрастного периода.

Основные подходы к терапии ЮХЭД. Ведущее место в лечении отводилось в первую очередь психофармакотерапии. При выборе терапевтической тактики учитывались психопатологические особенности клинической картины, преобладающий аффект, нозологическая принадлежность и индивидуальные реакции пациента на препараты. По результатам исследования, несмотря на значительную длительность депрессивных расстройств, отмечался благоприятный ответ на психофармакотерапию. Общая длительность всех типов ЮХЭД составила в среднем 37,9 мес. Выраженность депрессивных расстройств по шкале HDRS в среднем составила 25,0 баллов при поступлении и 7,8 баллов на этапе выписки пациента из стационара. Редукция среднего балла по шкале SOPS была чуть меньше половины и составила 48,2%. Изменение среднего балла до и после лечения по шкале SANS, 47,0 и 26,5 соответственно позволяет сделать выводы, что как минимум половину негативных психопатологических расстройств можно классифицировать, как вторичную негативную симптоматику, которая нивелируется по мере редукции депрессивного аффекта.

Лечение всех типов депрессий проводилось не менее 6-8 недель. Введение препаратов осуществлялось, как перорально, так и парентерально (внутримышечные, внутривенные инъекции, внутривенные капельные трансфузии).

Препаратами выбора для лечения депрессий являлись антидепрессанты из группы СИОЗС, а также атипичные нейролептики. Кроме повышения эффективности терапии назначение последних считалось целесообразным за счет большой частоты встречаемости в клинической картине всех типов ЮХЭД иных, отличных от аффективных, психопатологических расстройств, в виде тревоги, психопатоподобного поведения, аттенуированной психотической симптоматики. Учитывалась не только необходимость купирования этих расстройств, но и риск их усиления в первую неделю на фоне лечения мототерапией антидепрессантами. В связи с чем, нейролептики могли назначаться только на короткий период. У четверти пациентов в процессе терапии доза нейролептиков существенно снижалась, либо производилась их полная отмена. В связи с тем обстоятельством, что большинство пациентов впервые в жизни начинали принимать психофармакотерапию, лечение начиналось с низких доз лекарственных препаратов с постепенным их увеличением с учетом индивидуальной переносимости и эффективности. Хлопромазиновый эквивалент по всей выборке составил в среднем 339,8 мг/сут.

Унитарные депрессии характеризовались преобладанием симптомов негативной аффективности с апатией, ангедонией, алекситимией, физической и психической астенией. Явления алекситимии часто затрудняли диагностическую оценку, а также оценку эффективности проводимой психофармакотерапии. Так-

же это способствовало более позднему обращению за психиатрической помощью, в связи с недостаточной оценкой своего состояния, неспособностью отчетливо формулировать свои жалобы родственникам. В большинстве случаев обращение за помощью было спровоцировано выраженной учебной, трудовой и социальной дезадаптацией. Реакции отказа с формированием избегающего поведения, а также негативизм, присущий юношескому возрасту, способствовали сниженной комплаентности данной группы пациентов вплоть до отказа от лечения и самостоятельной отмены терапии. Длительность таких депрессий составила в среднем 39,2 мес. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS они составили при поступлении 23,9 баллов, что соответствовало средней и тяжелой степени, и 7,6 баллов на этапе выписки пациента из стационара. Редукция среднего балла по шкале SOPS составила 47,5%. Среднего балла до и после лечения по шкале SANS составил 49,4 и 26,1.

Из антидепрессивной терапии наиболее часто применялись такие препараты, как флувоксамин, сертралин, венлафаксин, дулокситин. При недостаточном антидепрессивном эффекте от терапии присоединялся второй антидепрессант из группы ТЦА. Практически во всех случаях монотерапия антидепрессантами оказывалась недостаточно эффективной и к схеме лечения присоединились нейролептики. С учетом специфики симптоматики наиболее эффективным себя показал арипипразол применяемый в дозировке от 5 до 15 мг/сут. Максимальный хлопромазиновый эквивалент в этой группе был 600 мг/сут., среднее значение составляло 328,9 мг/сут.

Саплиментарные депрессии с преобладанием неврозоподобных расстройств характеризовались присоединением к клинической картине депрессии обсессивно-фобических, дисморфофобических и деперсонализационно-дереализационных расстройств, что способствовало усложнению и утяжелению течения депрессии.

Длительность таких депрессий оказалась несколько меньше, чем унитарных и составила в среднем 35,1 мес. Степень выраженности депрессивных расстройств по шкале HDRS составила 29,6 балла при поступлении (что говорит о преобладании в этой группе тяжелых депрессий) и 9,8 балла на момент выписки. По шкале SOPS отмечалась редукция среднего балла более чем в два раза - 51,6%, по шкале SANS 44,6 %.

При выборе стратегии психофармакотерапии данного типа депрессий акцент делался на препараты, обладающие противотревожным, седирующим действием, а также на препараты выбора при лечении обсессивно-компульсивных расстройств, такие как сертралин и флувоксамин. При недостаточном терапевтическом ответе к схеме терапии присоединялись антидепрессанты из группы ТЦА (амитриптилин, анафранил). Для повышения эффективности применялись, как атипичные, так и, в редких случаях, традиционные нейролептики. Хлопромазиновый эквивалент в этой группе пациентов был не более 675 мг/сут., среднее значение составляло 333,9 мг/сут.

Саплиментарные депрессии с преобладанием психопатоподобных рас-

стройств сопровождалось поведенческими нарушениями, раздражительностью, дисфорическим оттенком настроения, оппозиционным и негативистичным отношением к окружающим с конфликтностью, грубостью, агрессией, злоупотреблением наркотиками и алкоголем. Длительных их была при этом меньше, чем при унитарных депрессиях и составила 36,8 мес. В этой группе также преобладали тяжелые депрессии со средним баллом по шкале HDRS 23,6 при госпитализации и 6.3 балла на этапе выписки. Редукция среднего балла шкалы SOPS составила 47,4%, а шкалы SANS – 35,5 %.

Высокий суицидальный риск, низкая комплаентность, недостаточная критика к болезненному состоянию обуславливали особую сложность в подборе терапевтической тактики. В этом подтипе пациентов в связи с клиническими особенностями их состояния применялись антидепрессанты почти всех основных групп в сочетании с атипичными нейролептиками. При недостаточном терапевтическом ответе атипичные нейролептики могли быть заменены на высокие дозы традиционных нейролептических препаратов. Кроме того, в качестве вспомогательных средств в рамках комбинированной терапии использовались нормотимики и транквилизаторы. Такой подход в терапии был обусловлен более высокими рисками появления или усиления психопатоподобных расстройств, аутоагрессивного поведения, а также большей выраженностью лабильности аффекта, в особенности на ранних этапах лечения. Хлопромазиновый эквивалент в этой группе пациентов был не более 625 мг/сут., а среднее значение было несколько больше, чем при двух других типах депрессий и составляло 366,9 мг/сут.

При сравнительной оценке унитарных и саплиментарных депрессий были получены достоверные различия в степени выраженности по субшкале негативных симптомов шкалы SOPS ($p=0,046$). Также выявлены различия по суммарному баллу субшкалы ангедония-ассоциальность шкалы SANS ($p=0,029$).

Выводы. Таким образом, полученные в настоящем исследовании данные подтверждают гетерогенность юношеских хронических эндогенных депрессий. Отягощенность структуры депрессии симптомами неаффективного спектра обуславливает необходимость индивидуального и пристального подбора терапевтической тактики, использования комбинированных схем терапии с присоединением к антидепрессантам иных групп фармакологических средств с учетом особенностей юношеского возраста, индивидуальной переносимости и терапевтического ответа.

Список литературы:

1. Hölzel L., Härter M., Reese C., Kriston L. Risk factors for chronic depression – a systematic review. *Journal of affective disorders*. 2011;129(1-3):1-13.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025>.

2. Murphy J.A., Byrne G.J. Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of chronic depressive disorder. *Journal of affective disorders*. 2012;139(2):172-80.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.01.033>.

3. Vitiello B., Correll C., van Zwieten-Boot B., Zuddas A., Parellada M., Arango C.

2009. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. *European Neuropsychopharmacology*, 19; 9:629-635.

4. Мазо Г.Э., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О. Терапевтическая резистентность при депрессии с позиции генетики и фармакогенетики. *Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева*. 2019;4-1:43-47.

<https://doi.org/10.31363/2313-7053-2019-4-1-43-47>

5. Иванова А. А. Проблема лекарственной резистентности и методы её решения при лечении депрессии. *Молодежь в науке: Новые аргументы*. 2019:65-73.

Шипилова Е.С., Сафарова Т.П., Гаврилова С.И.

Комплексное лечение депрессий позднего возраста с применением карнитетина

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: elenium-r@mail.ru

Актуальность: высокая медико-социальная актуальность депрессивных нарушений в позднем возрасте и низкая эффективность терапии определяет актуальность разработки методов повышения ее эффективности.

Цель исследования. Сравнительная оценка эффективности антидепрессивной монотерапии и комплексной антидепрессивной терапии с включением карнитетина при лечении депрессий у больных пожилого возраста в условиях психиатрического стационара.

Материал и методы: В исследование было включено 84 больных: 23 мужчины (27,4%) и 61 женщина (72,6%) в возрасте от 60 до 79 лет (средний возраст 69,9±6,0лет). У всех больных был диагностирован большой депрессивный эпизод (в соответствии с классификацией МКБ-10) различной этиологии: у 3 больных был диагностирован депрессивный эпизод, (3,6%), у 61 больного (72,6%) - депрессивная фаза в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и у 20 больных (23,8%) – в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР)

Сравнивалась эффективность лечения группы больных (50 человек) получавших комплексную терапию антидепрессантами нового поколения в сочетании с карнитетином и группы сравнения (34 человека) с монотерапией одним из тех же антидепрессантов. В качестве оценочных шкал использовались шкала депрессии и тревоги Гамильтона (HAM-D-17, HARS), краткий тест оценки когнитивного статуса (MMSE), тест запоминания 10 слов, тест рисования часов.

Результаты. Установлено, что применение комплексной антидепрессивной терапии с включением карнитетина позволяет добиться более быстрого и выраженного терапевтического ответа по сравнению с антидепрессивной монотерапией. Это подтверждается достоверно более ранней (уже к 4 неделе) и значимой ($p<0,01$) редукцией депрессивной и тревожной симптоматики, большим числом респондеров, лучшим качеством выхода из депрессии к концу лечения и более быстрым улучшением когнитивного функционирования.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать включение карнитина для аугментации антидепрессивной терапии у пожилых больных геронтопсихиатрического стационара с целью достижения более быстрого и полного терапевтического ответа и сокращения сроков госпитализации.

УДК 616.89; 616.895.4; 616.892.3; 616.89-008

Шипилова Е.С., Сафарова Т.П., Яковлева О.Б.

Сравнение эффективности комплексной антидепрессивной терапии у пожилых депрессивных больных с рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным аффективным расстройством

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»

г. Москва, Россия

e-mail: elenium-r@mail.ru

Введение. Не смотря на бурное развитие психофармакологии, эффективность антидепрессивной терапии в позднем возрасте до сих пор остается существенно ниже, чем у депрессивных больных молодого и среднего возраста. Хотя антидепрессанты нового поколения продемонстрировали относительно большую безопасность лечения пожилых депрессивных больных, их эффективность оказалась сходной с трициклическими антидепрессантами.

Достижения нейробиологических наук обозначили новые подходы к терапии поздних депрессий на основании гипотезы развития дефицитарности нейротрофической регуляции процессов нейропластичности у больных с депрессиями. Наши предшествующие исследования продемонстрировали значимое повышение эффективности антидепрессивной терапии в позднем возрасте при включении в схему лечения препаратов нейротрофического и нейропротективного действия.

Цель исследования: сравнение эффективности комплексной терапии антидепрессантами новых поколений (венлафаксина, агомелатина или флувоксамина) в сочетании с одним из препаратов нейропротективного и нейротрофического действия (церебролизин, карнитетином, цитиколином, этилметилгидроксисукцинатом или актовегин) у пожилых депрессивных больных с депрессивной фазой в рамках рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) и биполярного аффективного расстройства (БАР).

Материал и методы. Объектом исследования являлись 101 госпитализированных пациента в возрасте 60 лет и старше с депрессивных эпизодом легкой и средней степени тяжести с диагнозами РДР и БАР по классификации МКБ-10. Сравнивалась эффективность лечения групп депрессивных больных с РДР (71 человек) и БАР (30 человек), получавших комплексную терапию в течение 28 дней. Стандартизованные оценки проводились по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона: HAMD-17, HARS; уровень когнитивной деятельности – по шкале MMSE. Критериями эффективности являлись изменения средних суммарных оценок по шкалам HAMD-17, а также различия в доле респондеров и качестве выходов из депрессии на 28-й день лечения.

Для описания выборочного распределения количественных признаков, распределенных по отличному от нормального закону распределения, использовалась медиана (Me) и верхний (Q1) и нижний квартили (Q3) (интерквартильный размах). Для сравнения независимых подгрупп использовали непараметрический критерий U-критерий Манна-Уитни и сравнительный частотный анализ.

Результаты. До начала лечения группы больных были сопоставимы по возрасту, тяжести депрессии (средней суммарной оценке по шкале HAMD-17) и уровню когнитивной деятельности, оцениваемой по шкале MMSE. Сравнительный анализ изменения средних суммарных оценок HAMD-17 (в %) показал одинаково быструю и выраженную редукцию депрессивной симптоматики в обеих группах больных через месяц терапии: при РДР 63,6% [52;77,3]; при БАР 57,5% [52,2;73,1]. Доля респондеров на 28-й день терапии также была высокой и не отличалась в группе больных с РДР (57 человек – 80,3%) и с БАР (24 – 80%). Доля неполных выходов к 28 дню терапии достоверно не отличалось в обеих группах больных (42 случая - 59,2% при РДР и 20 случаев - 66,6% при БАР). Когнитивная деятельность больных достоверно улучшилась к концу курса лечения в обеих группах.

Выводы. В результате сравнительного анализа эффективности комплексной терапии у больных с депрессивными расстройствами в рамках РДР и БАР статистически значимых межгрупповых различий не отмечалось. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование комплексной антидепрессивной терапии в сочетании с нейропротективными препаратами у пожилых больных геронтопсихиатрического стационара при эпизодах депрессий как при РДР, так и БАР для повышения эффективности лечения, достижения более полного терапевтического ответа и сокращения сроков госпитализации.

#Эндогенные психические расстройства.

Материалы Всероссийской конференции молодых ученых посвященной памяти академика
АМН СССР А. В. Снежневского, 9 октября 2020 года: Сборник научных трудов. -
М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2020. – с. 298

Издательство ФГБНУ НЦПЗ
115522, Москва, Каширское ш., 34

Подписано в печать 28.09.2020 Формат 60x90/16.
Печать цифровая. Усл. печ. л. 18,8 Тираж 130 экз. Заказ № 94264
Отпечатано в типографии «OneBook.ru»
ООО «Сам Полиграфист»
129090 г. Москва, Протопоповский пер., 6
www.onebook.ru