

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ
ФАКУЛЬТЕТ НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Медицинский институт
Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической
конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

(Москва, 19 октября 2019 г.)

Сборник тезисов

Москва
2019

СБОРНИК ТЕЗИСОВ VII Ежегодного психиатрического Форума с научно-практической конференцией «ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД» -
Москва: ООО «СИНАПС», 2019 – 80 стр.
ISBN 978-5-9909002-9-5

Отв. редактор – Медведев В.Э., к.м.н., доц.

ISBN 978-5-9909002-9-5

© ООО «СИНАПС», 2019

© Авторы, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Гладышев В.Н., Фокина К.С., Яковлева Н.В. КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	7
Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В. ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНЫХ АФФЕКТИВНЫХ И БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ	9
Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А. ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЕЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГКОГО ОГЛУШЕНИЯ	11
Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н. МЕСТО АСТЕНИЧЕСКОЙ СПУГАННОСТИ СРЕДИ РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ	14
Чуркина А.М., Субботская Н.В. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ФАЗНЫХ СОСТОЯНИЙ У ГИПЕРТИМНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ	16
Задорожная О.В., Важинская Н.В., Кушнерев И.С. ФЕНОМЕНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЁЛЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КАК ОБЪЕКТ СТИГМАТИЗАЦИИ	19
Олейчик И.В., Зозуля С.А., Якимец А.В., Ключник Т.П. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РЕМИССИИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИИ	21
Ряполова Т.А., Бойченко А.А., Голоденко О.Н. ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА	24

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	27
Юнилайнен О.А., Олейчик И.В., Сизов С.В. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТФОРМИНА В ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО С ПРИЁМОМ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ	30
Краля О.В., Ломова О.С., Ломова Я.Ю. СИНДРОМ КЕРХЕРА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ЖЕНЩИН	34
Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К. ОСОБЕННОСТИ АЭФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	36
Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К. КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ	38
Воликова С.В., Ветрова А.П., Ольховик А.Е., Сафонова М.В., Снегирева Т.В. СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ И СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЕЖИ	40
Левченко Н.С., Николаева Е.Р., Олейчик И.В. ОСОБЕННОСТИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ У ДЕВУШЕК	43
Калганов С.П. СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ АКТИВНО ВЫБИРАЮЩИХ МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ И ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ)	46

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

- Абрамов В.А., Бойченко А.А., Ряполова Т.А.**
ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ
ДЕВИКТИМИЗАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 49
- Сафарбаев Б.Б.** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ
ПАЦИЕНТАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ 52
- Арифджанова А.Б., Шарипова Ф.К.**
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ 54
- Мелёхин А.И.** ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СВЯЗИ
БЕССОННИЦЫ И ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ
ВОЗРАСТЕ 56
- Матякубова М.К.** ИССЛЕДОВАНИЕ
АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ПЕРИОД
МЕНОПАУЗЫ 59
- Агейкин А.В., Мельников В.Л., Колесова Е.В., Тычков
А.Ю., Алимуратов А.К., Калистратов В.Б.**
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ
КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА СИГНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ 62
- Лебедева И.С., Паникратова Я.Р., Соколов О.Ю.,
Помыткин А.Н., Кост Н.В., Мясоедов Н.Ф.** О
ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ фМРТ ДЛЯ
ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ 67
- Коньков В.И., Шмилович А.А.** ХАРАКТЕРИСТИКА
ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С РОДНЫМИ СРЕДИ
БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ НАРКОМАНИЕЙ 70
- Киселева Ж.В., Носачев И.Г.** НЕВЕРБАЛЬНОЕ
ПОВЕДЕНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ПРИ МЕДИЦИНСКОМ
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ АЛКОГОЛЬНОГО
ОПЬЯНЕНИЯ 73

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

Гладышев В.Н., Фокина К.С., Яковлева Н.В.

ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ»

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Gladyshev V.N., Fokina K.S., Yakovleva N.V.

Psychiatric clinical hospital №4 n.a. P.B. Gannushkina, Moscow, Russia

**CLINICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS
OF PSYCHIATRIC HOSPITAL**

Учитывая, что стационарный контингент больных является наиболее ресурсозатратным, важнейшей задачей остаётся качественное оказание психиатрической помощи и реализация реабилитационного потенциала пациентов. Для определения вектора оптимизации помощи, необходимо изучение состава больных.

Целью данного исследования является анализ клинических и социальных характеристик пациентов на госпитальном этапе лечения.

Материалы и методы: методом сплошной выборки в исследование включены 248 пациентов в возрасте от 18 лет и старше, госпитализированных в мужское психиатрическое отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ПКБ №4) за период с 01 июля 2018 г. по 31 декабря 2018 г.

Результаты: наиболее частой патологией среди мужчин, госпитализированных для стационарного лечения, являются пизофрения и расстройства пизофренического спектра (F2 по МКБ-10), диагностированные у 102 человек (41,1%), второе по



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

частоте место занимают органические заболевания различного генеза (F0 по МКБ-10), верифицированные у 65 пациентов (26,2%), третье место – аффективные расстройства (F3 по МКБ-10), выявленные у 28 человек (11,3%). Оставшуюся пятую часть нозологической структуры составили отдельные случаи умственной отсталости (F7 по МКБ-10), невротических расстройств (F4 по МКБ-10), а также расстройства личности (F6 по МКБ-10). Средний возраст пациентов составил 49,5 лет (минимальный возраст – 18 лет, максимальный возраст – 82 года). Группу инвалидности, выплаты по которой служили основным средством к существованию, имели 154 пациента (62,1% от общего числа), из них по психическому заболеванию 142 пациента, по соматическому заболеванию 12 пациентов. Трудоустроенными являлись 25 человек (10,1%), 35 пациентов (14,1%) – пенсионеры по возрасту, находились на иждивении у родственников и не имели иного источника дохода 34 мужчин (13,8%). Более половины госпитализированных не состояло в браке (148 пациентов – 59,7%), женаты 38 пациентов (15,3%), разведены 55 пациентов (22,2%), вдовцы 7 пациентов (2,8%). Из числа женатых пациентов 30 (78,9%) проживают с супругой; около четверти от общего числа пациентов проживают с родителями (59 госпитализированных – 23,8%), при этом почти столько живут одиноко (53 человека – 21,4%).

Выводы: выявленные особенности контингента стационарных больных, представленного большей частью лицами с тяжёлым регистром расстройств и низким социальным статусом, указывают, что мультидисциплинарная модель должна оставаться одной из приоритетных задач при организации психиатрической помощи, позволяя реализовать индивидуализированный подход к пациенту, с учётом его потребностей.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»

Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В.

ГУ «Луганский гериатрический дом-интернат № 1» АНР

ГУ АНР «Гериатрический пансионат для ветеранов войны и труда»

ЛЕЧЕНИЕ КОМОРБИДНЫХ АФФЕКТИВНЫХ И БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ИНТЕРНАТОВ

Vishnyakov Y., Desyatnichenko I.

Lubansk geriatric boarding house No. 1

Lubansk geriatric boarding house for war and labor veterans

TREATMENT OF COMORBID AFFECTIVE AND PAIN SYNDROMES IN THE GERIATRIC INSTITUTIONS

Актуальность: в научной литературе накоплены данные об эффективном и безопасном воздействии противосудорожных препаратов, аналогичных по структуре ГАМК, на идиопатическую боль. Учитывая общие патогенетические механизмы формирования аффективных нарушений и боли, а также частую коморбидность этих состояний в гериатрической практике, возникают перспективы использования этих препаратов в виде монотерапии именно у пожилых пациентов.

Цель исследования: изучение эффективности габапентина в лечении аффективных расстройств и коморбидных болевых синдромов.

Материалы и методы: под наблюдением находились 15 подопечных двух гериатрических интернатов г.Луганска, 6 мужчин и 9 женщин возрастом от 60 до 85 лет. Все подопечные получали монотерапию габапентином в течение 12 недель. Доза препарата подбиралась индивидуально, с учетом переносимости и эффективности. Начальная доза составляла 300 мг в сутки с последовательным увеличением до 900 мг в три приема.



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

Положительным моментом следует считать возможность комбинированного применения габапентина с медикаментами соматической группы в виду незначительного метаболизма в организме человека без ингибирования других препаратов и практического отсутствия фармакокинетического медикаментозного воздействия. Для оценки динамики интенсивности боли и эффективности терапии с учетом наличия коморбидной аффективной патологии проводился клинико-психологический мониторинг с помощью: визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), субъективно оценивающей интенсивность болевых ощущений, а также госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), и шкалы общего клинического впечатления (CGI). Учитывались данные клинических и биохимических анализов, в т.ч. клиренса креатинина. Оценка проводилась вначале терапии, на 4-й, 8-й и 12-й недели лечения.

Результаты: положительный эффект терапии отмечался у большинства пациентов. К концу исследования улучшение по шкале CGI в 1 или 2 балла имело место у 12 подопечных (80%). При этом, у всех 12 подопечных произошла редукция боли по шкале ВАШ в среднеарифметическом выражении составив 43% (4,3см). Подопечные с коморбидной тревожно-ипохондрической и тревожно-астенической симптоматикой показали лучший ответ на терапию габапентином со снижением проявлений тревоги до субклинического уровня по шкале HADS (до 6-9 баллов). Подопечные с депрессивной симптоматикой дали положительный ответ на редукцию боли, но с незначительным снижением депрессии (в среднем на 1-2 балла по шкале HADS). Побочные проявления терапии были незначительными и не требовали коррекции доз и отмены препарата.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Выводы: применение габапентина в дозе 600-900 мг у лиц пожилого возраста для лечения идиопатической боли в т.ч. с коморбидной тревожной и ипохондрической симптоматикой, дает достаточный терапевтический эффект с минимальными побочными явлениями. Одновременно препарат может использоваться в комбинации с медикаментами соматической группы.

Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.

Самарский государственный медицинский университет

Самарская городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова

**ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЕЙ СОЗНАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ
ЛЕГКОГО ОГЛУШЕНИЯ**

Nosachev G., Nosachev I., Dubitskiy E.

Samara state medical University

Samara city clinical hospital №1

**SIGNIFICANCE OF LEVELS OF CONSCIOUSNESS FOR
DIAGNOSTICS EASY STUN**

В XXI век клиническая медицина вступила без синдрома обнубления (легкого оглушения), несмотря на его недостаточно оцененное клиническое и социально-правовое значение для пациента и гражданина. Как отмечает Е.А. Климов (1999), вопрос о градациях ясности, адекватности, разносторонности осознания человеком происходящего пока еще не нашел в науке общепризнанного решения.



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Цель – привлечь внимание интернистов, включая неврологов и психиатров, к пониманию и использованию уровней сознания в связи с трудностями диагностики легкого оглушения.

В качестве теоретической основы используем классификацию уровней сознания, Ф.Е. Василюка (1988), который использует схему «диалога» установок: наблюдатель (субъект) – наблюдаемый (объект) и таким образом выделяет 4 состояния: субъект – субъект (рефлексия); субъект – объект (сознание); объект – субъект (переживание); объект – объект (бессознательное).

Данный подход не исключает критериев расстройств сознания К. Ясперса, из которых для легкого оглушения характерны временная динамическая дезориентировка и нарушения оценки временной ситуации.

Диагностика обнубиляции, в первую очередь, проводится в виде интервью (диалога, беседы) в системе «врач (субъект, наблюдатель) и пациент (объект, наблюдаемый) и осмотр, т.е. по Ф.Е. Василюку – сознание (собственно сознание) с использованием критериев К. Ясперса.

Но вступая в диалог с пациентом, врач вольно или невольно переходит на уровень субъект – субъект (рефлексия) и (или) объект – субъект (переживание). Для пациента это естественное состояние в ходе коммуникации с врачом для передачи текущей информации. На это указывают В.А. Ганзен и А.А. Гостев (1989), которые различают «актуальное сознание, под которым подразумевается прохождение определенного психического содержания через фокус сознания, и потенциальное сознание – запас содержаний психического, который

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

всегда присутствует в памяти в любой момент актуального сознания и при определенных условиях может стать фактом последнего (проблематика неосознаваемого психического)» (с. 12–21).

В рефлексии референты (врач и пациент) находятся в неравных отношениях. Так, врач обладает медицинской информацией и на основании полученной информации от пациента может провести диагностику, а пациент может предлагать свое «видение» болезни. А с учетом расстройства сознания пациент может делать это разнонаправлено, неадекватно или просто отрицая болезнь, а соответственно, состояние может быть неправильно оценено врачом в организационно-правовом отношении. Следует помнить, что при обнулении изменить информированность пациента невозможно.

В диалоге объект (врач) – субъект (пациент) на первый план выступают переживания пациента, который в состоянии актуального (текущего) состояния – легкого оглушения – может описывать текущие жалобы, ощущения, восприятие, эмоциональные проявления, что создает впечатление об отсутствии расстройства сознания и необходимые критерии врачом не проверяются.

Диалог «объект – объект», в основном, возникает у врача-психиатра и психотерапевта для анализа бессознательного и чаще всего в исследовательских целях.

В этой схеме, напоминающей поля «темного и ясного сознания» в концепции В.М. Бехтерева (1888), помещаются попарно все уровни сознания по Ф.Е. Василюку: актуальное сознание – рефлексия и сознание; потенциальное сознание – переживание и бессознательное. А главное, они позволяют существенно улучшить диагностику расстройств сознания, в частности, легкого оглушения.



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»

Е.А. Дубицкая, Г.Н. Носачев

*Самарская городская клиническая больница №1 им.Н.И.Пирогова
Клиники Самарского государственного медицинского университета*

**МЕСТО АСТЕНИЧЕСКОЙ СПУТАННОСТИ СРЕДИ
РАССТРОЙСТВ СОЗНАНИЯ**

Dubitskaya E.A., Nosachev G.N.

*Samara city clinical hospital №1
Clinics of Samara state medical University*

**THE PLACE OF ASTHENIC CONFUSION AMONG
DISORDERS OF CONSCIOUSNESS**

Астенический синдром – стержневой синдром соматической медицины, включая психосоматические расстройства, и психиатрии при всех вариантах течения психических заболеваний, особенно затяжных и хронических. Выделяют физическую астению преимущественно при соматических болезнях и психическую астению при психических расстройствах. Разделение это достаточно условно, так как в ургентной и неотложной медицине при остром и подостром течении болезни не обходится без астенического синдрома в разных сочетаниях, вплоть до «астенической спутанности».

Цель – привлечь внимание к вариантам протрагированной (ундулирующей) психической астении, особенно динамически переходящей в легкое оглушение.

Астенический синдром при соматических заболеваниях имеет несколько вариантов сочетания физической и психической астении: физическая с минимумом симптомов психической, психическая с минимумом симптомов физической, астения с равным сочетанием

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

симптомов и нарастающая астения с переходом в легкое оглушение. Остановимся на последнем варианте, часто недооцененном в диагностике.

Структура астении включает в себя преимущественно количественные расстройства познавательных процессов в сочетании с лабильностью эмоций и той или иной степенью выраженности физической (поведенческой) астении (слабость, вялость, мышечная усталость, моно- и гипотония).

При всех острых и многих системных соматических (включая послеоперационные состояния) и неврологических заболеваниях астения, как в остром (инсульт, инфаркт, сосудистый криз и др.) с переходом в затяжной, так и особенно с тенденцией к хроническому течению могут не оцениваться врачами (например, при онкологии) или «переоцениваться», т.е. диагностировать синдром деменции. Особенно много ошибок в публикациях интернистов в оценке послеоперационного периода в сосудистой и сердечной хирургии, когда послеоперационные расстройства сознания (от комы до легкого оглушения) сменяется ундулирующей астенией. Другой казус (например, в подостром периоде ЧМТ): состояние, когда обнубильция сменяется протрагированной астенией и наоборот, оценивается рядом неврологов как «преходящая деменция» (даже подтвержденная нейропсихологическим исследованием). Третий казус характерен для геронтологии, в том числе геронтологической психиатрии, когда понятия «ундулирующая», «протрагированная астения» подменяют на понятие «спутанность сознания», когда в одном случае нарастающая астения сменяется обнубильцией, в другом – наоборот.

Необходимо обратить внимание на то, что развернутая и пролонгированная астения как количественные расстройства психической деятельности весьма близки к легкому расстройству сознания. Следует согласиться с А.С. Тигановым (2008), что до



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

настоящего времени «не утратили своей значимости описанные К. Jaspers общие признаки синдромов помрачения сознания,.. поскольку отдельные признаки могут быть компонентом других психопатологических симптомокомплексов,..» (с.326-327).

Следовательно, в настоящее время понятие «астеническая спутанность» как самостоятельный вариант выделяется редко, чаще оно используется как динамическое понятие (астения переходящее в легкое оглушение и обратно) или абсолютно ошибочно подменяется термином «преходящая деменция».

Настала клиническая, методологическая и правовая необходимость объединить усилия неврологов и психиатров в создании единой синдромальной классификации астении, хотя бы как рабочей, без чего не может обойтись медицина в целом, а так же ургентная медицина и медицина катастроф.

Чуркина А.М., Субботская Н.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва

**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ФАЗНЫХ
СОСТОЯНИЙ У ГИПЕРТИМНЫХ ЛИЧНОСТЕЙ**

Churkina A.M., Subbotskaya N.V.

FSBSI MHRC, Moscow

**PSYCHOPATHOLOGICAL STRUCTURE OF PHASE STATES
IN HYPERTHYMIC INDIVIDUALS**

Актуальность исследования. Современные тенденции повышения исследовательского интереса к психопатологии фазных состояний в рамках непсихотических непрогредиентных психических заболеваний обусловлены меняющимися взглядами на концепцию

Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

аффективных расстройств в свете ряда факторов: несовершенства классификации психических болезней и необходимостью пересмотра критериев систематизации расстройств аффективного спектра [J.J. Katzow, D.J. Hsu, S. Nassir Ghaemi, 2003, Z. Rihmer, K. Akiskal, A. Rihmer, H. Akiskal, С.Н. Мосолов, 2008, А.С. Аведисова, 2014]; продолжающейся дискуссией, на основании каких критериев следует классифицировать аффективные расстройства – цикличности или полярности [А.С. Тиганов, 1969, В.Н. Краснов, 1987, J.Angst, 2006]; необходимости разработки диагностических критериев гипертимии-гипомании в плане дифференцировки личностного и субсиндромального аффективного расстройства и влияния гипертимии на спектр биполярности психической болезни [П.Б. Ганнушкин, 1933, Н. Akiskal, 1983, J. Pössl, D. von Zerssen, 1990, F. Venazzi, 2000].

Цель исследования: создание типологической классификации фазных состояний у лиц с гипертимным темпераментом.

Материал исследования: 24 пациента (19 женщин, 5 мужчин), в возрасте 25-55 лет (Me – 37,7 лет), диагностические рубрики по МКБ-10: F31, F34.0., F60.3.

Методы исследования: клинико-психопатологический.

Результаты исследования. Выделено три типологических варианта аффективных фаз: аффективно-смешанные, «двойные» мании, соматоформная декомпенсация. Аффективно-смешанные состояния (15 пациентов, 62,5%) в зависимости от преобладания маниакального или депрессивного аффекта были разделены на подварианты: 1. атипичные мании (астенические, ипохондрические) – 8 пациентов, 53,3%. Астенические мании характеризуются типичными проявлениями маниакальной триады с присоединением проявлений



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

депрессии в виде повышенной физической и психической утомляемости, истощаемости. Проявления ипохондрической мании характеризуют ипохондрические образования сверхценного уровня; 2. гипердинамические депрессии – 5 пациентов, 33,3%, характеризуются сочетанием двигательной гиперактивности с депрессивным фоном настроения и признаками ассоциативного торможения; 3. альтернирующий вариант – 2 пациента, 13,4%, характеризуется частой (в течение суток) пароксизмальноподобной сменой фаз, которые могут проявляться отдельными (или в полном объеме) составляющими депрессии и мании. «Двойные» мании (4 пациента, 16,7%) развиваются на фоне гипертимии за счет углубления приподнятого аффекта, достигающего степени простой веселой или психопатоподобной мании. Соматоформная декомпенсация (5 пациентов, 20,8%) проявляется наличием вегетативных конверсионных расстройств (4 пациента с приступами рвоты, 1 пациентка с выпадением волос); аффективные расстройства представлены «вторичной» тревожно-ипохондрической субдепрессией.

Заключение. Таким образом, разработанная типология аффективных фазных состояний у личностей гипертимного круга выявляет преобладание аффективно-смешанных фаз маниакального типа с признаками атипии (53,3%); отсутствие монополярных депрессивных фаз, что косвенно может подтверждать гипотезу о том, что гипертимия является субсиндромальным аффективным расстройством и предиктором развития исключительно расстройств биполярного спектра.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

Задорожная О.В., Вазжинская Н.В., Кушнерев И.С.

*Северо-западный государственный медицинский университет имени И.И.
Мечникова, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург
ПНД №9, Санкт-Петербург*

**ФЕНОМЕНЫ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ТЯЖЁЛЫМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, КАК ОБЪЕКТ
СТИГМАТИЗАЦИИ**

Zadorozhnaya O.V., Vazhinskaya N.V., Kushnerev I.S.

*Mechnikov North-West State Medical University, Psychiatry and Narcology
Department, Saint-Petersburg
Psychoneurological Dispensary No. 9, Saint-Petersburg*

**PHENOMENA OF SEXUAL BEHAVIOUR IN PATIENTS
WITH SEVERE PSYCHIATRIC DISORDERS AS OBJECT OF
STIGMATIZATION**

Актуальность. По мнению многих авторов, вопросам сексуального функционирования должно быть уделено важное место в психосоциальных реабилитационных программах (P. Fortier, J.P. Mottard, G. Trudel et al., 2003; P.M. Gabay, M. Fernández Bruno, E. Roldán, 2006). Нужно отметить, что, не смотря на значительные изменения, произошедшие в нашей стране за последние десятилетия в сфере оказания психиатрической помощи, отношение медицинского персонала к сексуальности пациентов до сих пор несёт отпечаток такого явления, как стигматизация.

Целью нашего исследования стало изучение взгляда врачей психиатров и психотерапевтов на некоторые ситуации, связанные с сексуальностью пациентов, и поиск новых трактовок феноменов



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

сексуального поведения пациентов с тяжёлыми психическими расстройствами.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 55 врачей: 37 психиатров (67,3%) и 18 психотерапевтов (32,7%). Среди них было 28 мужчин и 27 женщин. Средний возраст опрошенных специалистов составил $33,5 \pm 8,5$ года. Стаж работы по специальности варьировал от 1 года до 39 лет, в среднем составляя $8,1 \pm 8,4$ года.

Результаты и их обсуждение. Мы предлагали участникам исследования рассмотреть наиболее сложные ситуации, встречающиеся в практике психиатров и психотерапевтов, и касающихся различных аспектов сексуального функционирования пациентов: замужество и образование пар пациентами, беременность, влюблённость у психотических больных, демонстрация сексуального поведения. Отвечая на вопрос о замужестве пациентов, большинство опрошенных специалистов (52,7%) ответило: «Это их личное дело». И только 7 специалистов считают: «Возможно, они что-то хотят этим поступком сказать своим лечащим врачам». На вопрос: «Ваш психотический пациент пришёл на приём и сообщил, что влюблён в кого-то. Что Вы подумаете?» только 25 опрошенных ответило: «Радостно, что человек может переживать такие хорошие эмоции и способен чувствовать». 10 специалистов предлагали усилить фармакотерапию.

Ситуацию связанную с беременностью пациентки большинство опрошенных специалистов оценили позитивно: «Поздравляю ее и обсужу мысли о будущем» ($n=29$), только 10 специалистов готово убеждать пациентку прервать беременность. Часто можно столкнуться с ситуацией влюблённости/любви пациента к лечащему врачу или к любому другому работающему с пациентом специалисту. Столкнувшись с данной ситуацией, 35 опрошенных нами

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

специалиста (63,6%) выбрали ответ: «Отвечу, что мне приятны эти чувства, но предложу подумать, как они могут быть связаны с нашими терапевтическими отношениями».

Выводы. Специалисты, принявшие участие в нашем исследовании, продемонстрировали гуманное отношение в сложных ситуациях, касающихся аспектов сексуального функционирования пациентов. Однако можно отметить, что большинство специалистов пока не рассматривает сексуальную проблематику пациента с профессиональной точки зрения, как язык для своеобразной коммуникации.

Олейчик И.В., Зозуля С.А., Якимец А.В., Ключник Т.П.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ
ТЕРАПИИ АСТЕНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В
РЕМИССИИ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ
ШИЗОФРЕНИИ**

Oleichik I., Zozulya S., Yakimets A., Klyushnik T.

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow

**ASSESSMENT OF COMPLEX THERAPY EFFECTIVENESS OF
ASTHENIC DISORDERS IN ATTACK-LIKE PROGRESSIVE
SCHIZOPHRENIA IN REMISSION**

Введение. Проблема терапии астенических расстройств на этапе ремиссии эндогенного процесса считается одной из самых сложных в клинической психиатрии, что связано с недостаточной изученностью нейробиологических основ этих состояний, их клиническим полиморфизмом и малой эффективностью



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

применяемых методов лечения. Косвенным свидетельством этого факта является разнообразие терапевтических подходов, ни один из которых не является по-настоящему эффективным. Актуальной задачей является разработка комплексной, патогенетически обоснованной терапевтической стратегии, позволяющей сравнительно быстро и на продолжительное время купировать данную симптоматику.

Цель исследования – оценка эффективности комплексной терапии астенических расстройств в ремиссии у больных шизофренией с использованием γ -D-глутамил-триптофана (γ -D-ГТ) и анализ динамики клинико-иммунологических показателей в ходе терапии.

Материалы и методы. Обследовано 63 больных шизофренией в ремиссии (F20.x1; F20.x2). У всех пациентов в клинической картине доминировали признаки эндогенной астении (ЭА) в сочетании с аффективной (I тип) или негативной (II тип) симптоматикой.

Когорта больных была разделена на основную группу - 43 пациента, которым дополнительно к стабильной базисной терапии проводили аугментацию γ -D-ГТ курсом 5 дней, и группу сравнения - 20 пациентов, получавших плацебо (воду для инъекций).

При оценке состояния пациентов использовались шкалы PANSS, SANS, MFI-20, CDSS. В сыворотке крови определяли активность лейкоцитарной эластазы (ЛЭ) и α 1-протеиназного ингибитора (α 1-ПИ). Оценку редукции психопатологических проявлений проводили с использованием шкалы CGI. Динамику состояния считали положительной при редукции показателей астенического симптомокомплекса более чем на 15% от исходного уровня.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

Результаты. Выявлены иммунологические особенности выделенных типов ЭА: для типа I характерно умеренное повышение активности как $\alpha 1$ -ПИ, так и ЛЭ ($p < 0,05$), для типа II - повышение активности $\alpha 1$ -ПИ ($p < 0,001$), не сопровождающееся повышением активности ЛЭ, что, предположительно, указывало на недостаточность функциональной активности нейтрофилов.

Комплексная терапия основной группы с использованием γ -D-ГГ способствовала более значимой регрессии симптоматики по MFI-20 ($p < 0,01$) и по PANSS ($p < 0,01$) у пациентов со II типом ЭА, что сопровождалось повышением активности ЛЭ до контрольных значений ($p < 0,01$). У больных с I типом ЭА улучшение клинического состояния сопровождалось снижением активности ЛЭ ($p < 0,05$).

В группе сравнения у пациентов с II типом ЭА значимых изменений психического статуса, а также динамики воспалительных маркеров выявлено не было. У больных с I типом после плацебо-терапии наблюдалось кратковременное улучшение состояния, сопровождающееся снижением активности ЛЭ ($p < 0,05$).

Оценка редукции астенических проявлений в основной группе составила 28,5 %, в группе сравнения - лишь 7,8 %.

Таким образом, полученные результаты позволяют рекомендовать аугментацию комплексной терапии астенических расстройств у больных шизофренией в ремиссиях иммунотропным препаратом γ -D-глутамил-триптофаном для повышения эффективности лечения данного контингента больных.



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Ряполова Т.А., Бойченко А.А., Голоденко О.Н.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, Украина

**ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАННИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО
СПЕКТРА**

Ryapolova T.L., Boychenko A.A., Golodenko O.N.

State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», department of psychiatry, narcology and medical psychology, Donetsk, Ukraine

**PSYCHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF EARLY
MANIFESTATIONS OF THE SCHIZOPHRENIC SPECTRUM
DISEASES**

Актуальность. Неуклонно возрастающее во всем мире количество больных с заболеваниями шизофренического спектра требует от специалистов разработки критериев и инструментов как можно более раннего распознавания, дифференциальной диагностики и нозологической оценки состояния пациента. Интерес к наиболее ранним проявлениям шизофрении нашел отражение в появлении многочисленных терминов (предвестники, продром, доманифестные расстройства, базисные симптомы, состояние психического риска, синдром риска психоза, клинически высокий риск, состояние крайне высокого риска развития психоза, короткие интермиттирующие психотические симптомы, синдром ослабленного психоза и т.п.), с помощью которых описываются состояния, различные по

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

длительности, глубине, клинической специфичности, синдромальной завершенности и характеру связи с первым психотическим эпизодом. Терминологическое разнообразие отражает малую дифференцированность рассматриваемых явлений и их крайнюю клиническую неоднородность. Между тем, уточнение их структуры и отношения к развивающемуся в последствии психозу имеет важное значение не только для понимания клиники, но и для разработки адекватной системы лечебно-профилактических мероприятий.

Целью настоящего исследования являлось изучение психопатологических особенностей ранних проявлений заболеваний психозоподобного спектра.

Материал и методы. Было обследовано 15 пациентов (8 мужчин (53,3%) и 7 женщин (46,7%), средний возраст $17,5 \pm 1,62$ лет), направленных на консультацию с целью уточнения диагноза. 6 больных (40,0%) были направлены районным психиатром из-за сомнений в правильности диагностики, направление на консультацию 5 пациентов (33,3%) было инициировано обеспокоенными родственниками, в 4 случаях (26,7%) инициаторами углубленного исследования были сами пациенты. Клинико-психопатологический метод включал анализ психического состояния пациента, изучение динамики психопатологических проявлений в процессе наблюдения, а также исследование с помощью Инструмента по оценке предрасположенности к шизофрении (Schizophrenia Proneness Instrument, Adult Version (SPI-A), F. Schultze-Lutter et al., 2007).

Результаты исследования. Аффективно-динамические нарушения были представлены склонностью к депрессивному настроению (12 чел. – 80,0%), снижением эмоциональной реактивности (10 чел. –



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

66,7%), что у всех больных сопровождалось нарушением толерантности к различного рода стрессорам чаще в одной (учеба или работа) или нескольких (например, работа и семья) сферах жизни. Нарушения когнитивных функций чаще всего описывались снижением «мыслительной энергии» (10 чел. – 66,7%) и сочетались с трудностями концентрации внимания (6 чел. – 40,0%), замедлением темпа мышления (5 чел. – 33,3%), недостаточностью целенаправленного мышления (6 чел. – 40,0%). Когнитивные нарушения наблюдались в виде своеобразной «нерешительности» в мышлении (12 чел. – 80,0%), реже - как вмешивающиеся мысли (7 чел. – 46,7%) и блокировка мыслительного процесса (4 чел. – 26,7%). Нарушения в восприятии себя и окружающих описывались больными как снижение способности к распознаванию эмоций других людей (9 чел. – 60,0%) или повышенная раздражительность в эмоционально значимых социальных ситуациях (3 чел. – 20,0%), а также как наплывы мыслей (6 чел. – 40,0%) или нестабильные идеи отношения (2 чел. – 13,3%). У 8 пациентов (53,3%) наблюдались нарушения телесных ощущений в виде необычных болей в различных частях тела, у троих больных описанные боли носили мигрирующий характер. Перцептивные нарушения чаще всего характеризовались соматопсихической телесной деперсонализацией (8 больных – 53,3%), изредка (4 чел. – 26,7%) отмечалось изменение восприятия интенсивности или качества акустических стимулов («что-то слышалось», «иногда на секунду как будто слух пропал»).

Заключение. Особенностью описанной психопатологической симптоматики был ее исключительно субъективный, нередко тягостный, и всегда вызывающий беспокойство по поводу собственного психического здоровья, характер. В связи с необычным характером симптомов и трудностями их описания, больные могли

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

дать характеристику своему состоянию только с помощью специальных вопросов. Неотчетливый, субпсихотический, кратковременный и преходящий характер симптомов, доставляющий беспокойство и нарушающий социальное функционирование характер психопатологических проявлений, которые даже при непродолжительном наблюдении (в течение года) завершились развитием острого психоза у 2 пациентов (13,3%), позволяют думать о возможности диагностирования синдрома ослабленного психоза как состояния риска развития заболеваний шизофренического спектра.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, СОЧЕТАННОЙ С
СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Irnuhamedov T.B., Abdullaeva V.K.

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

**CLINICAL FEATURES OF PARANOID SCHIZOPHRENIA
WITH SOMATIC PATOLOGY**

Цель работы: Изучить особенности клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими соматическими заболеваниями.

Материал и методы исследования: Обследовано 70 больных параноидной шизофренией (F20.00 по МКБ-10) в возрасте от 20 до 50 лет, из них 34 (48,6 %) имели коморбидную соматическую



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

патологию. Исследование проводилось на базе городской клинической психиатрической больницы г. Ташкента. Сочетанная соматическая патология – вне обострения. Длительность соматического заболевания составляла не менее 3 лет. Основным методом оценки психопатологической симптоматики явилась Шкала позитивных и негативных расстройств (PANSS). Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом. Данные о наличии соматических и неврологических заболеваний были получены на основании амбулаторного и/или стационарного обследования терапевтом, неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

Результаты: В ходе исследования установлено, что чаще всего (15 пациентов – 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). Заболевания органов пищеварения: хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит были выявлены в 10 случаях (29,4 %). У 5 пациентов (14,7 %) отмечались заболевания органов дыхания (преимущественно хронический бронхит). На последнем месте (4 пациента 11,8 %) были заболевания почек: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной психозом значительно выше у женщин старше 55 лет (77,6%), с сопутствующими соматическими заболеваниями (гипертоническая болезнь, сахарный диабет), избыточным (44,4%) или недостаточным (33,3%) весом. У больных параноидной психозом, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них отмечается невыраженная

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

бредовая симптоматика (3 балла), преобладает депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинаторная (5 баллов) при значительном снижении критики (5 баллов) или неглубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, анергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения анергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается достоверно чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза – 40% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной ($p < 0,05$); родовая травма в анамнезе у 25% больных шизофренией с позитивной симптоматикой и 7,7% больных с негативной ($p < 0,05$) повышает риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует дополнительного использования ноотропных препаратов. У всех пациентов отмечается сильное снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS – 5 баллов) не только в отношении к психическому заболеванию, но и к сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к возникновению осложнений при назначении психотропной терапии и, в конечном итоге, снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

Выводы: Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить необходимость нового подхода к организации помощи больным с сочетанной психической и соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»

рекомендаций для использования их психиатрами и врачами общей практики.

Юнилайнен О.А., Олейчик И.В., Сизов С.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТФОРМИНА В ТЕРАПИИ И
ПРОФИЛАКТИКЕ ОЖИРЕНИЯ, АССОЦИИРОВАННОГО
С ПРИЁМОМ АНТИПСИХОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ**

Yunilaynen O.A., Oleichik I.V., Sizov S.V.

Mental Health Research Center, Moscow

**EFFICACY OF METFORMIN IN TREATMENT AND
PREVENTION OBESITY, ASSOCIATED WITH
ANTIPSYCHOTIC THERAPY**

Актуальность: Распространённость ожирения у пациентов с эндогенными психическими расстройствами, длительно принимающих антипсихотические препараты (АП), существенно выше, чем в общей популяции – 40-60% по сравнению с 30%; увеличение массы тела, помимо медицинской, представляет серьёзную психологическую проблему, приводящую к некомплаентности и отказу от лечения.

Цель: Оценить эффективность и безопасность применения метформина в профилактике и лечении ожирения, избыточной массы тела у пациентов с эндогенными психическими расстройствами, длительно получавшими АП.

Методы: Проведено проспективное рандомизированное исследование применения метформина, с участием 76 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 50 лет, Медиана – 28 [22-34] с

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

эндогенными психическими расстройствами, проходивших стационарное и амбулаторное лечение в клинике ФГБНУ Научного центра психического здоровья. Критерии включения: эндогенное психическое расстройство, требующее длительного приёма АП; избыточный вес, ожирение или фармакогенная прибавка массы тела – более 5% от исходной после начала психофармакотерапии (ПФТ). Критерии исключения: эндокринные заболевания и приём лекарственных препаратов, помимо ПФТ, способствующих увеличению веса; сахарный диабет 1 или 2 типа, развившийся до начала психическому расстройству и ПФТ; тяжёлые соматические заболевания. Пациентки соответствовали следующим диагностическим категориям: биполярное аффективное расстройство – 11 чел. (14%), циклотимия – 2 (3%), шизофрения малопрогрессирующая с фазными аффективными расстройствами – 11 (14%), шизофрения с приступообразным течением – 41 (54%), пшизоаффективный психоз – 5 (7%), расстройство личности – 5 (7%), органическое поражение головного мозга – 1(1%). Все пациентки получали синдромально обусловленную ПФТ, в состав которой входили АП, 42 из 76 (55%) получали оланзапин и/или клозапин. Пациентки были разделены на две группы - клиническая группа, N=52, – наряду с ПФТ назначался метформин; группа контроля, N=25 – получавших плацебо с целью снижения веса. Метформин (Сиофор, Berlin-Chemie, Германия) назначался в стартовой дозе 500 мг в сутки, при отсутствии эффекта – снижения или стабилизации массы тела, доза увеличивалась на 500 мг в сутки, раз в 2 недели, максимальная доза – 3000 мг, продолжительность наблюдения – 6 месяцев.

Результаты: Медиана ИМТ до начала заболевания и ПФТ – 21,2 [19,8-24,6], после курса ПФТ – 26,6 [23,4-30,4]кг/м². У 5 из 76 (6%) пациенток ПФТ сопровождалась развитием нарушения



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

толерантности к глюкозе, у 1 пациентки (1%) развился сахарный диабет 2 типа.

У 51 пациенток, получавших метформин, у 6 отмечались побочные эффекты терапии, у 3 – тошнота, у 3 – учащение стула. Сиофор был заменён на пролонгированную форму – Глюкофаж-лонг (Merck, Франция), у 5 из 6 побочные явления редуцировались, у 1 сохранялось учащение стула, Глюкофаж-лонг был отменён, пациентка была исключена из окончательного анализа, размер клинической группы составил 50 больных. Таким образом, у 98% больных отмечалась хорошая переносимость метформина. Динамика массы тела в клинической группе составила $-2 [-6-0]$ кг после окончания курса приёма метформина по сравнению с исходными значениями, отмечалось умеренное снижение веса. В контрольной группе динамика массы тела составила $3 [1-6]$ кг, приём плацебо сопровождался умеренным увеличением массы тела.

До назначения метформина, ИМТ в клинической группе составил $26,9 [23,4-30,4]$ кг/м², после окончания курса – $26,0 [22-30]$ кг/м²; достоверно ниже по сравнению с исходными показателями ($p=0,00003$) Рис.1. Выявлена отрицательная, значимая корреляция между показателями ИМТ исходно, до назначения метформина, и величиной динамики веса в процессе терапии ($R=-0,35$; $p=0,013$). В группе контроля ИМТ исходно составил $26,4 [23,4-32]$, через 6 мес приёма плацебо – $27,6 [25-33,7]$ кг/м², значимо выше по сравнению с исходными значениями ($p=0,015$), и выше по сравнению с показателями клинической группы после завершения приёма метформина ($p=0,00029$) Рис.2.

Снижение или стабилизация массы тела при приёме метформина отмечались у 40 из 50 (80%) пациенток, у 10 (20%) – увеличение массы тела от 1 до 5 кг. Таким образом, приём метформина был эффективен у 80% больных. У 13 больных из 40 (32%) эффективная

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

доза метформина составила 1000 мг в сутки, у 22 из 40 (55%) – 2000 мг в сутки, у 5 из 40 (12%) – 3000 мг в сутки.

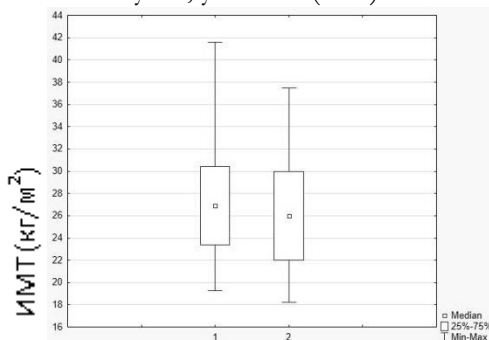


Рис 1. Сравнение показателей ИМТ в группе пациентов, получавших метформин, исходно (1) и после окончания курса терапии (2).

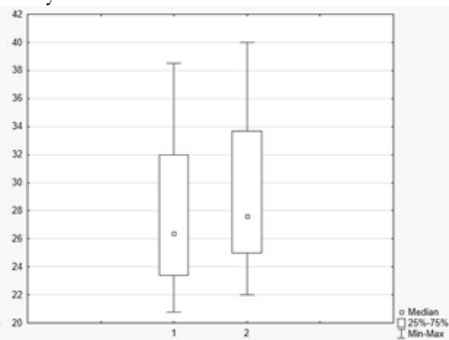


Рис 2. Сравнение показателей ИМТ в группе пациентов, получавших плацебо, исходно (1) и после через 6 мес наблюдения (2).

Выводы: Применение метформина у пациенток, длительное время получавших нейролептики, являлось эффективным и безопасным средством для стабилизации или снижения массы тела при фармакогенной прибавке веса. У большинства больных отмечалась хорошая переносимость метформина, при развитии побочных эффектов терапии рекомендовано назначение пролонгированной формы препарата. С целью стабилизации или снижения веса рекомендовано назначать метформин в стартовой дозе 1000 мг в сутки в вечернее время, при неэффективности доза может быть увеличена до 2000 мг двукратно, дальнейшее увеличение дозы нецелесообразно. Предполагается, что полученные результаты будут полезны практикующим врачам-психиатрам и эндокринологам.



Краля О.В.¹, Ломова О.С.¹, Ломова Я.Ю.²

¹ - ГБОУ ВПО ОмГМУ, Омск

² - ФГАОУ ВО РУДН, Москва

СИНДРОМ КЕХРЕРА КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ РАЗВИТИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ЖЕНЩИН

Kralya O.V.¹, Lomova O.S.¹, Kralya Ya.Yu.²

¹ - OmSMU, Omsk

² - PFUR, Moscow

KECHNER SYNDROME AS A FACTOR IN THE DEVELOPMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN WOMEN

Актуальность. Высокие нагрузки современности вызывают формирование социогенных психосоматических расстройств, которые по данным многочисленных исследований, распространены среди пациентов первичного звена – от 30 до 57%. Это касается, прежде всего, заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, но все чаще можно свидетельствовать нарушения сексуальной сферы, особенно среди женщин, при этом у 1,5 - 9% женщин отмечается формирование синдрома Кехрера в виде постепенного нарастания комплекса психосоматических расстройств, при этом одним из наиболее значимых является атопический дерматит.

Целью исследования являлось выявление взаимосвязи проявлений атопического дерматита и синдрома Кехрера.

Материалы и методы. В качестве объекта изучения были выбраны 60 женщин в возрасте от 20 до 40 лет, условно разделенные на две группы: от 20 до 30 лет и от 30 до 40 лет. У всех женщин были выявлены психосоматические расстройства. Уровень сексуальной

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

удовлетворенности женщин определялся с помощью шкалы «Индекс женских сексуальных функций» (FSFI) и опросника сексуальной удовлетворенности по Л. Берг-Кросс.

Результаты исследований показали, что сексуальная женская формула (FSFI) в группе от 20 до 30 лет у лишь 13% женщин отмечали наличие сексуальной неудовлетворенности.

При обследовании по Л.Берг-Кросс, у 27% тестируемых присутствовала некоторая неудовлетворенность своим партнером или сексом с ним.

В группе женщин 30-40 лет – данные FSFI у 41% исследуемых соответствуют среднестатистическому показателю сексуально здоровой женщины, у 23% - результат FSFI незначительно снижен, у оставшихся 36% результат FSFI значительно снижен.

При обследовании по Л.Берг-Кросс 74% исследуемых женщин 30-40 лет отмечает неудовлетворенность сексуальными отношениями.

При этом обеих группах были выявлены психосоматические симптомы, входящие в структуру синдрома Кехрера. Среди женщин 20-30 лет повышенная раздражительность отмечалась в 40% случаев, но сами пациентки связывали его не только с сексуальной неудовлетворенностью, но и с общим эмоциональным фоном их жизни. Что касается проявлений атопического дерматита, то его отмечали 17% обследованных.

В возрастной группе 30-40 лет повышенная раздражительность была выявлена более чем у половины – в 63% случаев. Явления атопического дерматита в этой группе встречались у 38% женщин. Таким образом, у всех девушек были выявлены проявления синдрома Кехрера, но в полной мере (включающий все основные симптомы) данный синдром был обнаружен в 2% среди обследуемых до 30 лет и в 10% у женщин во второй группе, что в целом подтверждает



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

мировые данные статистики, при этом мы имеем выраженную тенденцию к повышению частоты случаев психосоматических проявлений у женщин с возрастом.

Выводы: наряду с нарастанием сексуальной неудовлетворенности с возрастом среди женщин отмечается рост психосоматических расстройств в структуре синдрома Кехрера, при этом атопический дерматит встречается более чем у 30% пациентов.

Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан

**ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У
ДЕТЕЙ С АУТИСТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Irmuhamedov T.B., Abdullaeva V.K.

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

**AFFECTIVE FEATURES OF DISORDERS IN CHILDREN
WITH AUTISTIC DISORDERS**

Актуальность. Изучение закономерностей психического развития является одним из приоритетных направлений исследований последних лет. Это особенно важно для детей, страдающих аутизмом. Выделены первые признаки аффективного неблагополучия, дающие возможность прогнозировать вероятность аутистического развития до очевидного проявления синдрома во всей его полноте (К.С. Лебединская, 1989), а также определенные сочетания этих признаков, позволяющие предсказать формирование того или иного типа синдрома (Е.Р. Баенская, 2000, 2007; Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг, 2006).

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Цель исследования – изучить клинико-психологические особенности аффективных нарушений у детей с аутистическими расстройствами.

Материал и методы исследования. В ходе работы было обследовано 36 детей с аутистическими расстройствами (29 мальчиков и 7 девочек) в возрасте от 6 до 12 лет. Обследованные больные находились на стационарном и амбулаторном лечении в Городском детском психоневрологическом центре (ГДПНЦ). Для сравнения была сформирована контрольная группа. По составу контрольная группа включала в себя 45 здоровых детей (28 мальчиков), учеников массовых школ от 6 до 10 лет. В исследовании применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический методы исследования. Для оценки признаков аутизма использован адаптированный опросник для родителей детей с аутистическими расстройствами.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ историй развития детей с аутистическими расстройствами и возможность наблюдения за особенностями их взаимодействия с окружающими позволили подтвердить и систематизировать аффективные расстройства на ранних этапах аутистического дизонтогенеза. При аутистических расстройствах возникают проблемы поддержания активности ребенка в контактах с окружающим и регуляции его аффективных состояний, что в контрольной группе обеспечивалось возможностью взрослого разделять и модулировать его аффективные переживания, менять их знак, постепенно усложнять их структуру.

Выводы. Таким образом, можно сделать заключение о нарушении развития аффективной сферы и адаптивного поведения детей с аутистическими расстройствами, о дефицитарности условий становления их собственного положительного опыта жизни в окружающей среде, и при меняющихся обстоятельствах.



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»

Аффективные нарушения у детей с аутистическими расстройствами проявляются в нарушении регуляции взрослыми активности и поддержания аффективной стабильности ребенка.

Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан

**КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ
ПОДРОСТКОВЫХ СУИЦИДОВ**

Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K.

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

**CLINICAL AND SOCIAL OUTCOMES OF ADOLESCENT
SELF HARM**

Актуальность: внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на возникновение суицидальных тенденций (Герасимчук М.Ю., 2016; Wasserman D., 2017).

Цель исследования: изучить роль психосоциальных факторов на формирование суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материалы и методы: было обследовано 60 подростков в возрасте 15–19 лет с суицидальными тенденциями депрессивного регистра со склонностью к побегам и бродяжничеству. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Ведущими методами исследования явились клинико-психопатологический и

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

катамнестический. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» Олсона-Портнера, а для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска».

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что большинство обследованных подростков (70%) были из семей, которые имели дисфункциональные семейные отношения. Среди них 45% росли в неполной семье, 25% – в социально неблагополучной семье, 30% исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. У 53% обследованных была выявлена наследственная отягощенность алкоголизацией родителей и психической патологией родственников, что в свою очередь обусловило конфликтные взаимоотношения в семье, несоблюдение нравственно-социальных норм поведения в семье и неудовлетворительные материально-бытовые условия. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в дисфункциональных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70%), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки» – 16%); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения (14%). Основными факторами, способствовавшими возникновению аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были конфликты в семье, проблемы с противоположным полом, смена места жительства и сложности в учебе. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15% обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42% обследуемых, в 1/3 случаев пациенты совершали суицидальные попытки.



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

Выводы: таким образом, проведенное исследование психосоциальных факторов, влияющих на формирование суицидальных тенденций у подростков, определило, что деструктивный тип семейных взаимоотношений приводит к развитию дистимической и тревожно-боязливой акцентуации личности подростков с наличием в клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, провоцирующих суицидальное поведение подростков.

Воликова С.В.^{1,2}, Ветрова Л.П.², Ольховик А.Е.², Сафонова М.В.², Снегирева Т.В.^{1,2}

¹ - Московский научно-исследовательский институт психиатрии (филиал ФГБУ «НИИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России)

² - ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

СВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ ПРИВЯЗАННОСТИ И СИМПТОМОВ ДЕПРЕССИИ У МОЛОДЕЖИ

Volikova S.V.^{1,2}, Vetrova L.P.², Olkhovik A.E.², Safonova M.V.², Snegireva T.V.^{1,2}

¹ - Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology

² - Moscow State University of Psychology & Education

THE RELATIONSHIP OF ATTACHMENT DISORDERS AND SYMPTOMS OF DEPRESSION IN YOUNG PEOPLE

Актуальность. По данным ВОЗ до трети от всех пациентов, страдающих психическими расстройствами, составляют пациенты с расстройствами аффективного спектра. Наиболее



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

распространенными среди расстройств аффективного спектра являются депрессивные и тревожные расстройства, причём не только в клинической форме, но и в форме эмоциональной дезадаптации у условно здоровой части населения. Важную роль в возникновении и течении депрессий и симптомов депрессии играют семейные факторы. Зарубежные исследования выявили, что дисфункциональные отношения в родительской семье и ненадежный тип привязанности связаны с расстройствами эмоциональной сферы у детей и взрослых. На отечественной выборке таких исследований мало. Такие исследования представляются перспективными, т.к. позволяют уточнить психосоциальные факторы течения и хронификации аффективных расстройств и определить мишени психологической помощи таким пациентам и их семьям.

Цель работы: изучить типы привязанности у молодежи с симптомами депрессии. Методики: для выявления депрессивной симптоматики – SCL-90 (Тарабрина, 2001); для выявления типа привязанности – Опросник Revised Adult Attachment Scale (Collins, 1996); Опросник Inventory of Parent and Peer Attachment (Armsden, Greenberg, 1987); для выявления семейных дисфункций - Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова, 2016).

Популяционная выборка: в данном пилотажном исследовании были опрошены 99 чел. (24 муж., 75 жен., в возрасте от 18 до 33 лет), из них 41 чел. с симптомами депрессии (основная группа) и 58 чел. без депрессии (контрольная группа). Группы уравнены по социально-демографическим показателям.



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

Результаты: у депрессивной молодежи в детстве и в подростковом возрасте было больше, чем в норме, нарушений в семейных отношениях (0,001**). Они описывают свои родительские семья как более проблемные, с игнорированием эмоциональной сферы членов семьи в повседневной жизни (0,034*). Можно предполагать, что подобные отношения в семьях испытуемых с симптомами депрессии чаще, чем в норме, могли приводить к проявлению тревожного ($p=0,000^{**}$) и зависимого (амбивалентного) ($p=0,000^{**}$) типов привязанности. Корреляционный анализ выявил связь зависимого (амбивалентного), тревожного и избегающего типов привязанности с симптомами депрессии у обследованных молодых людей, выявляемыми по шкале SCL-90.

Выводы: можно предполагать, что нарушения отношений в родительской семье формируют у ребенка небезопасную привязанность. Нарушенная привязанность оказывает негативное влияние на адаптацию человека не только в детстве, но и во взрослом возрасте, вносит вклад в негативные базовые установки о себе и мире, повышает вероятность возникновения депрессивной симптоматики у взрослых. Нарушенная привязанность и другие дисфункции в детско-родительских отношениях могут быть мишенью психологической помощи молодежи с депрессивной симптоматикой.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

Левченко Н.С., Николаева Е.Р., Олейчик И.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва

**ОСОБЕННОСТИ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО
АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ
ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЯХ У ДЕВУШЕК**

Levchenko N.S., Nikolaeva E.R., Oleichik I.V.

Mental Health Research Center (MHRC), Moscow

**FEATURES OF NON-SUICIDAL SELF HARM BEHAVIOR IN
DEPRESSION OF FEMALE ADOLESCENTS**

Актуальность: По данным как отечественных, так и зарубежных исследователей, наличие депрессивной симптоматики напрямую коррелирует с совершением аутоагрессивных действий больными юношеского возраста. Под несуйцидальной аутоагрессией понимают социально неприемлемое, целенаправленное нанесение вреда телу без суйцидального намерения. Отсутствие данных об особенностях протекания депрессивных состояний с явлениями аутоагрессии может привести к диагностическим ошибкам, несвоевременному, неадекватному лечению и значительному увеличению суйцидального риска данной категории пациенток.

Цель: Выявить клинико-психопатологические корреляции между типом юношеских эндогенных депрессий (ЮЭД) и вариантами аутоагрессивного поведения.

Материалы и методы: Было выполнено клинико-психопатологическое обследование 64 пациенток, в возрасте от 15 до 25 лет, находившихся на стационарном лечении в Отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний клиники НЦПЗ за период с 2017 по 2019 г. В



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

исследование были включены пациентки, страдающие эндогенной депрессией с явлениями аутоагрессии, относящихся к следующим диагностическим категориям: циклотимия (F34.0) (18 п., 28,13%), биполярное аффективное расстройство (F31.4-F31.5) (23 п., 35,94%), пизотипическое расстройство с фазными аффективными нарушениями (F21.3-F.21.4+F33.2) (16 п., 25,0%) и расстройство личности (F60.X) (7 п., 10,93%).

Результаты: В ходе проведенного исследования была уточнена классификация юношеских депрессий, разработанная ранее в НЦПЗ РАМН (Олейчик И.В., 2011). В частности, были подробно описаны следующие клинические варианты ЮЭД, характерные для пациенток женского пола: истероформные депрессии (34,38%), дисморфофобические депрессии, сопровождающиеся расстройством пищевого поведения (28,12%), психастеноподобные (12,5%), психопатоподобные депрессии (10,94%), деперсонализационные (9,37%) и экзистенциальные (4,69%). Аутоагрессивные действия, встречающиеся при различных типах депрессии, были объединены в группы в соответствии с механизмом, лежащим в их основе. Были выделены клинические варианты аутоагрессии: 1) аутоагрессия наказания; 2) аутоагрессия облегчения; 3) деперсонализационная аутоагрессия; 4) демонстративная аутоагрессия, 5) адаптивная аутоагрессия.

Аутоагрессия наказания (40,63%), проявлялась в виде нанесения самоповреждений с целью наказать себя. Данный механизм реализовывался в виде совершения самопорезов (92,3%), и ожогов (80,7%), в существенно меньшей степени были представлены удары (30,7%), укусы (23,0%) и уколы острыми предметами (19,2%), в единичных случаях встречались трихотилломания (11,5%) и нанесение экскораций (15,3%). Аутоагрессия наказания в

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

большинстве случаев была представлена среди лиц, страдающих дисморфофобическими и психастеноподобными депрессиями.

Аутоагрессия облегчения (15,63%), была характерна для случаев, когда пациентки пытались справиться с «душевнoй болью» с помощью причинения себе самоповреждений. Как и в предыдущем типе аутоагрессии, одним из ведущих способов справиться с душевной болью было нанесение самопорезов (80,0%) и самоожогов (60,0%), на порядок чаще, чем в предыдущем типе встречались самоповреждения в виде ударов (70,0%). Данный тип аутоагрессии был представлен преимущественно среди экзистенциальных и психопатоподобных депрессий.

При деперсонализационной аутоагрессии (14,06%) нанесение самопорезов служило методом преодоления отчужденности, отгороженности от окружающего мира, попыткой избавиться от ощущения разобщенности с собственным телом. В большинстве случаев пациентки наносили самопорезы (83,4%) и ожоги (66,7%). Чаще всего данных тип аутоагрессии встречался при деперсонализационных депрессиях и в отдельных вариантах истероформных депрессий.

При демонстративной аутоагрессии (20,31%) самоповреждения совершались с целью показать окружающим «тяжесть» и «глубину» своего состояния, «призвать» знакомых и близких к помощи, вызвать их сочувствие и внимание. Данный тип аутоагрессии осуществляется преимущественно при истероформных депрессиях. Аутоагрессивные действия в большинстве случаев были представлены поверхностными самопорезами (92,3%) и легкими ожогами (38,4%) на видимых частях тела.

Целью адаптивной аутоагрессии (9,38%) служила возможность социализации в рамках референтной группы, попытка «прослыть своим». Данная разновидность аутоагрессии проявлялась в виде



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

самопорезов (83,3%), ожогов (33,3%) и уколов различными предметами (16,7%). В (57,1%) случаев совершение самоповреждений осуществлялось в рамках истероформных и психопатоподобных депрессий (28,6%), а в (14,3%) происходило вне депрессий.

Заключение/выводы: Дифференциальный анализ явлений аутоагрессии развивающихся в рамках эндогенных депрессий у девушек будет способствовать усовершенствованию диагностики и разработке психофармакологических стратегий лечения, что позволит существенно снизить частоту самоубийств у данного контингента пациентов.

Калганов С.П.

*Институт психотерапии и медицинской психологии имени Б.А. Карвасарского,
Санкт-Петербург*

**СРАВНЕНИЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ
ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ АКТИВНО ВЫБИРАЮЩИХ
МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКУЮ И
ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ)**

Kalaganov S.P.

Karvasarskiy's Institute of Psychotherapy and Medical Psychology, Saint-Petersburg

**COMPARISON OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL
FEATURES OF PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS
ACTIVELY CHOOSING TREATMENT MODELS
(PSYCHOTHERAPEUTIC AND PSYCHIATRIC)**

Проведены исследования, позволяющие выявить влияние на результат оказанной психотерапевтической и

Архивъ внутренней медицины
www.medarhive.ru



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

фармакотерапевтической помощи не нозологии и не содержания тех или иных биологических или психотерапевтических методов, а определенных психологических феноменов.

Целью данного исследования являлось изучение влияния клинико-психологических особенностей больных с невротическими расстройствами на выбор психотерапевтической или фармакотерапевтической лечебной модели и результат оказанной помощи.

Материалы и методы. В Отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии Института им. В.М. Бехтерева (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» МЗ России) и отделениях Клиники неврозов (Санкт-Петербургское ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 имени академика И.П. Павлова») проведено исследование, направленное на изучение клинико-психологических особенностей пациентов с невротическими расстройствами (всего 160 человек), пассивно и активно выбирающих различные модели лечения (психотерапевтическую и психиатрическую) при стационарном лечении. Исследование проводилось до и после проведенного лечения. Методы исследования: клинико-психологический метод (клиническая карта больного), психометрический метод (опросник Е.Александровича, SCL-90, ИСТА, тест Хайма, ИЖС, ТОБОЛ, опросник по страданию), статистический метод.

Все пациенты на основании специально-разработанных критериев были включены в четыре группы сравнения: 1) психотерапевтическое лечение (активный выбор); 2) психотерапевтическое лечение



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»

(пассивный выбор); 3) психиатрическое лечение (активный выбор); 4) психиатрическое лечение (пассивный выбор).

Результаты проведенного лечения показали, что пациенты всех клинических групп имели сходный уровень невротичности перед началом лечения (по опроснику Е. Александровича). После окончания лечения в группе пациентов активного выбора психотерапии, отмечается редукция основной невротической симптоматики (тревога, депрессия, навязчивые мысли, импульсы и действия). Но также наблюдается нарастание межличностной изоляции и враждебных, агрессивных тенденций в период после лечения. Пациенты группы активного выбора психотерапии, стали более коммуникабельны, эмоционально зрелыми, способные к постановке собственных целей и задач, к выбору адекватной стратегии поведения в соответствии с меняющейся актуальной ситуацией. У пациентов же активно выбравших фармакотерапию наблюдается снижение уровня выраженности только соматических жалоб, отражающих телесную дисфункцию. Также у группы пациентов активно выбравших фармакотерапию отмечается снижение уровня «конструктивной тревоги», при котором она теряет свой приспособительный характер и не изменился в результате лечения уровень субъективного контроля.

В результате проведенной психотерапии и фармакотерапии у активной группы пациентов с невротическими расстройствами, выявлено что фармакологическая модель лечения является менее эффективной.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Абрамов В.А., Бойченко А.А., Ряполова Т.Л.

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, Донецк, Украина

**ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СТРУКТУРЕ ПРОГРАММЫ
ДЕВИКТИМИЗАЦИИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Abramov V.A., Boychenko A.A., Ryapolova T.L.

State educational institution of higher professional education «M. Gorky Donetsk national medical university», department of psychiatry, narcology and medical psychology, Donetsk, Ukraine

**PSYCHOEDUCATION IN THE STRUCTURE OF THE
DEVICTIMIZATION PROGRAM FOR PEOPLE SUFFERING
FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA**

Актуальность. В рамках современных эмпирических моделей развития шизофрении принято выделять разнообразные хронические изменения личности, причиной которых может являться факт переживания последствий тяжелой психической болезни, психиатрического диагноза, госпитализации в психиатрический стационар, реакции и предубеждений социального окружения, являющихся отражением фактического формирования у них синдрома виктимизации. В процессе виктимогенеза у больных шизофренией наблюдается изменение специфических личностных показателей. Актуализация личностных ресурсов больных шизофренией положена в основу программы девиктимизации в виде индивидуальной и групповой психокоррекционной и



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

психотерапевтической работы. Для обеспечения успешности процесса ресоциализации данной категории больных наиболее рациональным представляется использование психообразовательного психотерапевтического подхода.

Цель. Изучение динамики личностных показателей у виктимизированных пациентов с параноидной психозфренией, принимавших участие в психообразовательном модуле программы девиктимизации.

Материалы и методы. Было обследовано 40 пациентов в возрасте от 19 до 63 лет, с установленным диагнозом «параноидная психозфрения». Исследуемые были разделены на две группы: основная группа – больные, участвовавшие в психообразовательном модуле программы девиктимизации на фоне стандартного лечения (25 чел. – 62,5%), контрольная группа – больные, получавшие стандартную медикаментозную терапию (15 чел. – 37,5%). Для оценки степени виктимизации использовался авторский опросник. Исследование личностных факторов виктимизации больных психозфренией проводилось с помощью теста смысложизненных ориентаций Д.А. Леонтьева, шкалы экзистенции А. Лэнгле и К. Орглера, методик «Шкала общей самооффективности», «Уровень субъективного контроля», «Шкала субъективного благополучия», «Индикатор копинг-стратегий», Д. Амирхана, «Диагностика мотивации достижения», А. Мехрабиан. Данные подвергались статистической обработке в пакете «MedStat».

Результаты. В ходе сравнительного анализа результатов методик в выделенных группах были выявлены достоверные ($p < 0,05$) различия

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

по следующим показателям: виктимизация, самоэффективность ($\chi^2 = 8,04$), локус контроля – Я ($\chi^2 = 8,8$), самотрансценденция ($\chi^2 = 8,01$), самодистанцирование ($\chi^2 = 8,12$), свобода ($\chi^2 = 8,6$), ответственность ($\chi^2 = 8,32$), персональность ($\chi^2 = 8,2$), экзистенциальность ($\chi^2 = 8,5$), экзистенциальная исполненность ($\chi^2 = 8,01$), «Поиск социальной поддержки» ($\chi^2 = 8,05$).

Выводы. Представленные данные указывают на то, что участие в психообразовательном модуле программы девиктимизации способствовало тому, что больные параноидной психозфренией стали меньше приписывать свои успехи и малейшие достижения внешним обстоятельствам, стали в меньшей степени избегать тех социальных ситуаций, с которыми, по их мнению, им было не под силу справиться, стали больше верить в успех собственных действий. У них появилась мотивация к осуществлению активных действий, ощущение, что их жизнь не лишена осмысленности, направленности и временной перспективы. Они стали больше верить в свои силы и в свободу выбора, ощущение возможности построить свою жизнь в соответствии со своими целями и представлениями о смысле. Помимо этого, отмечено снижение ощущения зависимости от ближайшего социального окружения. Таким образом, разработанный нами модуль психообразовательной терапии в рамках программы девиктимизации может являться эффективным методом активизации личностных ресурсов, способствующим уменьшению интенсивности виктимизационных проявлений и улучшению психосоциальной адаптации больных.



Сафарбаев Б.Б.

Ташкентская Медицинская Академия, Ургенчский филиал, Узбекистан

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Safarbaev B.B.

Tashkent Medical Academy, Urganch str., Uzbekistan

THE PSYCHOLOGY HELP TO PATIENTS OF CARDIOLOGIC PROFILE

Актуальность проблемы исследования вызвана стремительным ростом числа сердечно-сосудистой патологии и увеличением количества смертности среди лиц молодого возраста населения экономически развитых стран (ВОЗ, 2018г.).

Цель исследования: изучение новых подходов в психо-социо-реабилитации пациентов кардиологического профиля с учётом адаптационного потенциала личности.

Материалы и методы: было обследовано 48 пациентов в возрасте 25–55 лет с с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40%, испытуемых с ИБС – 45,5%, испытуемых с ПС – 14,5%. Ведущими методами исследования явились клиничко-психопатологический и катamnестический. Методы психотерапии проводились медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами в течении трех месяцев с интервалом 3 сеанса в неделю в виде групповых и индивидуальных занятий, а также в виде

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

семейной психотерапии с ближайшими родственниками пациентов кардиологического профиля.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования установлено, что у большинства обследованных эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. Проводимая психотерапевтическая помощь состояла из пяти основных этапов. Инициальный этап состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характерологических особенностей больных, и постановку целей. Комплексно применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе использовали технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксоновского гипноза на третьем этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. На четвертом этапе проводилась коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью, арт-терапии, аутотренинга, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе.

Выводы: таким образом, проведенная психотерапевтическая помощь пациентам кардиологического профиля свидетельствует о



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

достоверном повышении интегрального показателя качества жизни и значений составляющих его психологической сферы и сферы социальных отношений.

Арифджанова А.Б., Шарипова Ф.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт Ташкент, Узбекистан

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ПОСЛЕРОДОВЫХ ДЕПРЕССИЙ**

Arifdjanova A.B., Sharipova F.K.

Tashkent pediatric medical institute Tashkent, Uzbekistan

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF POSTPARTUM
DEPRESSION**

Актуальность: в большинстве современных источников личностные расстройства входят в число симптомов, усложняющих картину послеродовых депрессий и требующих психотерапевтической коррекции в рамках терапии периода беременности и послеродового периода. Среди факторов, предрасполагающих к возникновению аффективных послеродовых расстройств, традиционно описывались тревожные и депрессивные состояния в дородовом периоде, депрессивные эпизоды в анамнезе, психотравмы в период беременности, заболевания новорожденных и неблагоприятные семейные взаимоотношения, приводящие к отсутствию поддержки женщины со стороны мужа (Фоменко А.Н., Гречаный С.В., 2016).

Цель исследования: изучить психологические особенности послеродовых депрессий у первородящих женщин с учётом личностных особенностей.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

Материалы и методы исследования: были обследованы 30 женщин с депрессивными расстройствами послеродового генеза, находившихся на стационарном лечении в закрытых отделениях Городской Клинической Психиатрической Больницы г. Ташкента. Критерием отбора пациенток для исследования было наличие верифицированного диагноза по МКБ-10 F-53,0. Из экспериментальных методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HDRS), а для определения конституционально-личностных особенностей был использован тест Леонгарда-Шмишека.

Результаты: в ходе исследования установлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 100% обследованных. При исследовании личностных особенностей с помощью теста Леонгарда были выявлены: аффективно-экзальтированный тип личности у 3 больных (10%), застревающий тип личности у 8 больных (26,7%), аффективно-лабильный тип в 40% случаев (12 обследованных), тревожно-боязливый тип у 5 больных (16,7%), в 6,6% случаев был выявлен эмотивный тип личности женщин с депрессивной патологией. **Вывод:** таким образом, установлено, что наиболее часто послеродовая депрессия тяжёлой степени невротического уровня встречалась у лиц с аффективно-лабильным типом личности. Депрессивные расстройства средней степени наблюдалась у лиц с застревающими и тревожно-боязливыми типами личности. Лёгкие депрессивные расстройства были диагностированы у пациенток с аффективно-экзальтированным и эмотивным типом личности. Ранее выявление



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

эмоциональных нарушений у женщин с послеродовой депрессией даёт возможности определить уровень тревоги и степень тяжести депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психокоррекционного воздействия с учётом личностных особенностей.

Мелёхин А.И.

Многопрофильный центр женского здоровья Лагуна-Мед, Москва

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ СВЯЗИ БЕССОННИЦЫ И
ДЕПРЕССИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Melehin A.I.

Multidisciplinary center of women's health Laguna-Med, Moscow

**PSYCHOLOGICAL MODEL OF COMMUNICATION
BETWEEN INSOMNIA AND DEPRESSION IN OLD AGE**

Актуальность. Бессонница является распространенной формой нарушений сна возникающий в 75-80% пожилых людей (>55 лет). Порядка 75-90% пожилых людей с гериатрической депрессией сообщают о пре- и интрасомнических нарушения сна. Считалось, что бессонница является главным симптомом или естественным последствием депрессии. Однако более свежие исследования показывают, что бессонница может предсказать возникновение

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

депрессии, как прямо, так и опосредованно, через дисфункциональные убеждения о сне и чувство безнадежности.

Цель исследования: разработать психологическую модель, которая показывает, что связь между бессонницей и депрессией среди людей пожилого возраста опосредована изменениями в дисфункциональных убеждениях о сне, чувством безнадежности.

Гипотеза исследования: бессонница в пожилом возрасте может предсказывать риски развития симптома депрессии, как прямо, так и опосредованно, через дисфункциональные убеждения о сне чувство безнадежности.

Выборка: 270 пациентов от 55 до 82 лет ($M = 65,7$, $SD = 5,1$), 180 женщин, 90 мужчин, проходивших диспансеризацию в ГБУЗ Консультативно-диагностическом центре № 2 ДЗМ.

Методики: индекс выраженности бессонницы (ISI), опросник выявления дисфункциональных убеждений о сне (DBAS), гериатрическая шкала оценки депрессии (GDS-30), шкала безнадежности А. Бека (BHS), шкала апноэ сна (STOP-BANG), опросник оценки синдрома беспокойных ног (RLSQ).

Результаты. Высокий уровень симптомов бессонницы ($10,19 \pm 5,39$; $r = 0,61$) сопряжен с большей выраженностью дисфункциональных убеждений о сне ($51,2 \pm 19,7$; $r = 0,43$), т.е. о причинах, последствиях, наличии нереалистичных ожиданий, стремлении чрезмерно контролировать сон. Бессонница у гериатрических пациентов связана с повышенным уровнем чувства безнадежности ($6,1 \pm 3,3$; $r = 0,490$), т.е. отсутствием надежды на будущее, ощущением бесполезности, нереализованности и наличием обесценивания настоящего. Также связана с симптомами депрессии ($15,1 \pm 2,4$;



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

$r=0,449$): тревожным аффектом, тоской с чувством внутренней опустошенности, потерянности, ощущением субъективной беспомощности, безнадежности своего положения и присутствием эпизодической слезливости. Наличие выраженных дисфункциональных убеждений о сне связано с высоким уровнем безнадежности и депрессией. В свою очередь высокое чувство безнадежности сопряжено со степенью выраженности симптомов депрессии. Наблюдается прямой путь связи бессонницы в позднем возрасте с чувством безнадежности ($\chi^2= 4,73$, $p=0,04$; CFI=0,81; TLI=0,83; SRMR=0,02; RMSEA=0,11; RMSEA=86%; CI=0,07-0,28). Присутствует значительное влияние выраженности бессонницы на риски возникновения симптомов депрессии. Показан опосредованный путь связи бессонницы и депрессии позднего возраста, через дисфункциональные убеждения о сне ($r =0,578$, $p<0,01$) и чувство безнадежности ($r=0,510$, $p<0,01$). При наличии симптомов апноэ сна и беспокойных ног у пациентов наблюдалась бессонница, дисфункциональные убеждения о сне и чувство безнадежности. Сочетание данных форм нарушений сна и бессонницы увеличивает дневную усталость, и, следовательно, делает пожилого человека более уязвимым для развития дезадаптивных убеждений о сне, чувства безнадежности повышая риски развития депрессии.

Заключение. Полученная модель (рис.1) показывает один из психологических механизмов влияния бессонницы на риски возникновения депрессии у гериатрических пациентов, и согласуется с данными.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

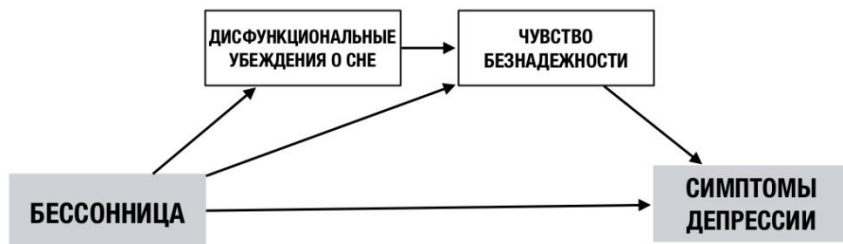


Рисунок 1.

Психологическая модель связи бессонницы и симптомов гериатрической депрессии
Эта модель наглядно поможет пожилым людям с высоким уровнем бессонницы получить представление о том, как когнитивные процессы влияют на их настроение и сон.

Матякубова М.К.

Ташкентская Медицинская Академия, Узбекистан

ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Matyakubova M.K.

Tashkent Medical Academy, Uzbekistan

RESEARCH OF ADAPTIVE POTENTIAL DURING MENOPAUSE

Актуальность исследования адаптационных возможностей у женщин в период менопаузы обусловлена ростом числа тревожно-депрессивных и фобических расстройств, влияющих на качество



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

жизни, психосоматическое благополучие, социально-трудоу и семейную сферу пациенток (Зражевская И.А., 2017).

Цель исследования: изучить адаптационные способности и показатели физического и психосоматического благополучия у женщин в климактерическом периоде.

Материалы и методы: для исследования было выбрано 30 женщин с тревожно-депрессивными расстройствами климактерического периода, находившихся на стационарном лечении в психосоматических отделениях Городской Клинической Психиатрической Больницы г. Ташкента. Критерием отбора пациенток для исследования было наличие верифицированного диагноза по МКБ-10 N-95.1 Менопауза и климактерическое состояние у женщины. Из экспериментально-психологических методов для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки тревоги и депрессии Гамильтона (HARS, HDRS). Для оценки показателей качества жизни использовался адаптированный тест-опросник ВОЗ «Оценка качества жизни».

Результаты и обсуждение: с помощью шкалы Гамильтона выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 85% пациенток. Уровень тревожности был отмечен у 80% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести выявлены у 100% обследованных, более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 5% обследуемых субклинически выраженная тревога и у 40% пациенток – констатировалась выраженная тревога. На высоте депрессивного аффекта у 8% обследуемых возникали идеи

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией «ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

самоуничтожения, отмечалась тенденция к появлению суицидальных мыслей и планов, связанных со страхами о своем здоровье и пессимистическое отношение к будущему. В формировании депрессивной патологии были выявлены такие клинические проявления как потеря интересов и чувства радости в обычной активности, заметные страдания, высказывание идей самообвинения и безнадежности, болезненное переживание за неспособность вести домашнее хозяйство и выполнять свои обязанности. У женщин в период менопаузы на фоне депрессии тяжёлой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли и тенденции, фиксация на негативных воспоминаниях событий из прошлого, ухудшались адаптационные потенциалы личности и качество жизни.

Выводы: таким образом, определено, что уровень тревоги степень тяжести депрессии влияют на социальную адаптацию женщин и приводят к формированию суицидальных установок инволюционного генеза. В зависимости от полученных результатов появляется возможность ранней превенции депрессивной патологии климактерического периода, проведения эффективного курса лечения и выбора метода психотерапевтического воздействия с целью улучшения качества жизни и адаптацию в социуме женщин в период менопаузы.



VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

**Агейкин А.В.¹, Мельников В.Л.¹, Колесова Е.В.², Тычков А.Ю.¹,
Алимурадов А.К.¹, Калистратов В.Б.¹**

¹ - ФГБОУ ВО «Пензенский государственный университет»

² - Медицинский центр «Здоровье»

**СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ДИАГНОСТИКЕ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НА ОСНОВЕ
КОМПЛЕКСНОГО АНАЛИЗА СИГНАЛЬНЫХ МАРКЕРОВ**

**Ageykin A.V.¹, Melnikov V.L.¹, Kolesova E.V.², Tychkov A.Yu.¹,
Alimuradov A.K.¹, Kalistratov V.B.¹**

¹ - FGBOU HPE «Penza State University»

² - MC «Health»

**NEW DIAGNOSTIC APPARATUS FOR NEUROTIC
DISORDERS BASED ON A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF
SIGNAL MARKERS**

Актуальность. На сегодняшний день развитие здравоохранения в Российской Федерации направлено на его оптимизацию. Данное понятие включает переход к современному высокотехнологичному оборудованию для повышения качества и расширения возможностей доказательной медицины. Диагностика психического состояния сопряжена с определенными сложностями, особенно в условиях первичного амбулаторного звена, а также в условиях скрининга большого количества пациентов (например, во время прохождения предварительных и периодических медицинских осмотров).

На сегодняшний день существует проблема диагностики невротических расстройств, входящих в группу пограничных, которая в условиях первичного амбулаторного звена опирается лишь на квалификацию и опыт врача-психиатра, не имея под собой

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

инструментальную базу подтверждения диагноза. Поэтому, зачастую, невротические расстройства не идентифицируются. Согласно данным эпидемиологических многоцентровых исследований, проведенных в России, почти у каждого третьего больного имеются выраженные психоэмоциональные расстройства в виде тревоги и депрессии [1, 2], что также является отражением невротических расстройств.

В настоящее время единственным диагностическим аппаратом для принятия решения о состоянии психического здоровья, отвечающего требованиям доказательной медицины, является электроэнцефалография (ЭЭГ). Однако, изолированность методики не позволяет в полном объеме оценить состояние психического здоровья пациента на момент исследования. Кроме этого, многочисленные исследования были посвящены вопросу поиска специфических ЭЭГ-паттернов [2-6].

Кроме этого, большой интерес представляют разработки в области нейроинтерфейсов, позволяющие производить оценку состояния психического здоровья пациента [7].

Но и их принцип основан также на изолированности подхода к диагностике психических расстройств.

Исходя из этого коллективом авторов предлагается использовать совершенно новый подход в диагностике заболеваний психиатрического профиля, основанный на методике комплексного считывания параметров электрических и акустических сигналов с последующим их анализом с использованием программного обеспечения и выборкой специфических паттернов.

Цель. Отобразить преимущества предлагаемой методики в диагностике невротических расстройств.

Материалы и методы. Исследование производилось на базе медицинского центра «Здоровье» (г. Пенза) и Областной психиатрической больницы им. К.Р. Евграфова (г. Пенза), согласно правилам медицинского осмотра, согласия пациента на обработку его



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

персональных медицинских данных, а также с разрешением этического комитета о возможности проведения клинического исследования с целью повышения качества оказания медицинской помощи.

В качестве материала для исследования было отобрано 160 пациентов. Данные пациенты были разделены на 2 группы: на контрольную и экспериментальную.

Контрольная группа (80 человек) из клиники «Здоровье» представлена пациентами, проходящими периодический медицинский осмотр, не имеющими органической патологии со стороны сердца и головного мозга, возрастных категорий от 18 до 50 лет (18-30 лет- 38 человек (20 мужчин, 10 женщин), 30-40 лет - 28 человек (16 мужчин, 12 женщин), 40-50 лет – 14 человек (8 мужчин, 6 женщин)).

Экспериментальная группа (80 человек) из Областной психиатрической больницы им. К.Р. Евграфова не имели патологию со стороны сердечно-сосудистой системы, но имели невротические расстройства из групп F41.2 (54 человека: 18 мужчин, 36 женщин), F43.2 (16 человек: 6 мужчин, 10 женщин) и F45.3 (10 человек: 4 мужчины, 6 женщин). Из них: 18-30 лет: 26 человек (F41.2 – 16 человек (5 мужчин, 11 женщин), F43.2 – 8 человек (4 мужчины, 4 женщины), F45.3 – 2 человека - женщины)); 30-40 лет: 34 человека (F41.2 – 20 человек (6 мужчин, 14 женщин), F43.2 – 10 человек (4 мужчины, 6 женщины), F45.3 – 4 человека (1 мужчина, 3 женщины)); 40-50 лет: 20 человек (F41.2 – 14 человек (6 мужчин, 8 женщин), F43.2 – 4 человека (1 мужчина, 3 женщины), F45.3 – 2 человека – женщины)).

Вся методика исследования сопоставима со стандартной схемой снятия ЭЭГ в условиях лечебно-профилактических учреждений. Особенностью данного метода исследования является то, что

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

пациенту предлагается прочитать впервые увиденную скороговорку, которая будет выступать раздражающим фактором. Она представляет собой набор букв и звуков, которые наиболее часто произносятся речевым аппаратом: «В бреду брэнчал брезгливый брадобрей, победно подбивая к буддизму бедняков», «Лара врала, что была королевой Урала. Лор просил, чтобы я поорал», которую необходимо прочитать на одном из этапов обследования. В этот момент производится запись акустического сигнала на цифровой высокочастотный диктофон (в нашем случае в его качестве выступает Sony ICD-UX513F) с последующей интерпретацией результатов путем сегментации речи на информативные участки и измерением акустических паттернов временных интервалов вокализованных, невокализованных участков и участков пауз, отражающих нарушения моторики речевого аппарата, вызванных психоэмоциональным расстройством.

ЭЭГ регистрируется на 8-канальном электроэнцефалографе «Нейрон-Спектр-1» (г. Иваново, Россия) по стандартной международной схеме накладывания электродов: «10-20». Для скрининговой регистрации ЭКГ используется полиграфический канал регистрации конечностных отведений.

Сама методика исследования может быть представлена следующим образом. В начале в течение 3 минут осуществляется фоновая запись ЭЭГ и ЭКГ сигнала с закрытыми глазами. После этого, в течение 1 минуты запись параметров осуществляется с открытыми глазами. Затем пациенту предоставляется прочитать скороговорку с регистрацией речевого сигнала на диктофон. После произнесения скороговорки в течение последующей 1 минуты с открытыми глазами продолжается регистрация ЭЭГ и ЭКГ данных с открытыми глазами, а затем также в течение 1 минуты с закрытыми глазами, что необходимо для оценки восстановления пациента после воздействия раздражающего фактора.



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

Обработка ЭЭГ и ЭКГ сигналов осуществляется с использованием программного обеспечения «Нейрон-Спектр-1» и в пакете прикладных программ для решения технических и математических задач MATLAB 7.0.1.

Выводы. В ходе исследования были получены данные, подтверждающие наличие определенных признаков, характерных для пациентов с невротическими расстройствами.

На ЭЭГ во время проведения пробы (в момент произнесения скороговорки) у пациентов с невротическими расстройствами выявлено преобладание альфа-ритма в теменно-затылочных и височных областях, а также субдоминирующая тета-и бета-активность. Такие изменения наиболее характерны для женщин возрастной категории 30-40 лет с диагнозом F41.2 (89%). В отношении мужчин данный признак в этой группе встречался в 48% случаев. В других группах данные по анализу оказались приблизительно в одинаковом соотношении (около 50 % подтвержденного диагноза).

На ЭКГ у пациентов с невротическими расстройствами синусовая тахикардия выявлена у 80% обследуемых (из которых 64% женщины, 16%-мужчины); наджелудочковые экстрасистолы, входящие в группу обследуемых с синусовой тахикардией встречались у 54% (26% мужчины, 28% женщины). Оставшаяся часть пациентов (20%) не имела характерных изменений.

При анализе речевого сигнала у здоровых женщин (более 75%) отмечалось ускорение темпа речи. Напротив, изменения в виде замедления темпа речи и замены звуков (гезитации) встречались у женщин с невротическими расстройствами, причем именно у лиц, с выявленными нарушениями на ЭЭГ и ЭКГ (87% случаев любых диагнозов и возрастных групп). У мужчин модуляция голоса у была

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

сопоставима с ЭЭГ-картиной в группе пациентов с субдоминирующей тета- и бета-активностью (65%).

Полученные данные позволяют сделать заключение о возможных общих признаках в изменениях электрических и акустических сигналов у пациентов с невротическими расстройствами.

Следовательно, дальнейшие исследования в данном направлении позволят разработать четкий алгоритм диагностики невротических расстройств, выявить специфические признаки, характерные для каждой нозологии, а также в полном объеме оценить состояние психического здоровья пациентов с возможностью превентивной диагностики психических расстройств.

Лебедева И.С., Паникратова Я.Р., Соколов О.Ю., Помыткин А.Н., Кост Н.В., Мясоедов Н.Ф.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва

**О ПЕРСПЕКТИВАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ фМРТ ДЛЯ
ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Lebedeva I.S., Panikratove Ya.R., Sokolov O.Yu., Pomytkin A.N.,
Kost N.V., Myasoedov N.F.**

Mental health research Center, Moscow

**ON THE PERSPECTIVES OF fMRI FOR THERAPY
OPTIMIZATION IN MENTAL DISORDERS**

Функциональная МРТ – высокотехнологичный подход, реализуемый на магнитно-резонансном томографе, который позволяет получить объективную, неинвазивную, малотравматичную количественную



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

информацию о функциональном состоянии головного мозга с высоким топографическим разрешением.

Очевидные преимущества метода, однако, все еще не трансформировались в его практическое применение в психиатрии и разработка подобных подходов, очевидно, является актуальной задачей. В настоящем сообщении приводится обзор результатов первого этапа собственных исследований, целью которых являлось определение возможностей метода фМРТ в области фармакологических и нефармакологических методов лечения (на модели здоровых добровольцев).

В первом фрагменте работы определяли влияние анксиолитика Селанка и ноотропа Семакса на функциональную связанность (ФС) зон интереса (миндалины и дорсолатеральная префронтальная кора (ДЛПК)) с остальными зонами головного мозга, во втором – анализировали изменение ФС левой ДЛПК под действием высокочастотной ритмической транскраниальной магнитной стимуляции (рТМС).

Исследование проводили на томографе Philips 3T. Были получены анатомические T1-изображения: 170 срезов, размер вокселя 1x1x1 мм, MPR (TR/TE/FA 8 мс/4 мс /8°). Функциональные T2*-изображения были получены с помощью последовательности EPI (TR/TE/FA 3 с /35 мс /90°), 35 срезов, матрица 128 x128 вокселей, размер вокселя 1.8 x 1.8 x 4 мм.

В первой части работы после получения структурных изображений трижды проводили функциональную МРТ (фМРТ): непосредственно перед введением, через 5 и 20 мин после

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

однократного интраназального (по 60 мкл в каждую ноздрю) введения: 1% Семакса (доза 1.2 мг) или 0.15% Селанка (доза 0.2 мг), или 0.1% Нипагина (контроль). Во второй части работы фМРТ проводилась однократно до и после курса рТМС (Нейро-МС\Д Нейрософт, Россия, 20 Гц, 1600 импульсов, 8-10 сеансов).

Предобработку изображений проводили с использованием SPM12 (<http://www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/software/spm12/>). Дальнейшая обработка данных проводилась с помощью CONN-fMRI toolbox 17.b.

Обнаружено, что между тремя группами испытуемых (получавших Селанк Семакс или плацебо) и между всеми временными точками были выявлены различия ФС правой миндалины с зоной в веретеновидной, нижней и средней височных и парагиппокампальной извилинах правого полушария. Post hoc анализ выявил особенности функциональной организации для препаратов - только в группе «Селанк», по сравнению с группой «Семакс», ФС увеличивалась от 0 к 5 минутам.

После курса рТМС было обнаружено увеличение связанности левой ДЛПК с кластером в правой лобной (дорсолатеральной префронтальной) и с кластером в теменной коре (что может отражать рост ФС в фронто-париетальной сети контроля – нейронной сети, ассоциируемой с обеспечением регуляторных (исполнительных) функций) и уменьшение связанности с правым затылочным полюсом (эффект привыкания?).

Полученные результаты указывают на возможности получения методом фМРТ данных функциональной коннектомики, позволяющих объективно и количественно оценить



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

нейрофизиологический профиль лекарственного средства или проводимого нейрармакологического воздействия, что может иметь высокую практическую значимость в психиатрии.

Коньков В.И., Шмилович А.А.

ГБУЗ «МНПЦН ДЗМ», Москва

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России

**ХАРАКТЕРИСТИКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С
РОДНЫМИ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОПИОИДНОЙ
НАРКОМАНИЕЙ**

Konkov V.I., Shmilovich A.A.

*The State Budgetary Institution of health Care «the Moscow Scientific and Practical
Center of Narcology of Department of health Care of Moscow»*

Russian national research medical University named after N. I. Pirogov

**CHARACTERISTICS OF RELATIONSHIPS WITH RELATED
AMONG OPIOID DRUG PATIENTS**

Актуальность. Тип взаимоотношений больных опиоидной наркоманией со своими родными и близкими людьми на разных этапах развития заболевания может носить различных характер, что может определяться различными причинами: как характерологическими особенностями самого больного, так и его родственников.

Цель. Выявить характерологические особенности взаимоотношений больных опиоидной наркоманией со своими родными.

Материалы и методы. Исследование было проведено на 122 госпитализированных больных (75 мужчин и 47 женщин) в возрасте

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЕД»**

от 18 до 55 лет, с синдромом зависимости от опиоидов от полугода до 44 лет, в психическом статусе которых ведущее или существенное место занимали аффективные расстройства. На каждого респондента заполнялась специальная карта обследования, которая включала в себя пол, наследственность, а также результаты обследования, полученные с помощью клинических, клинико-психопатологических методик.

Результаты. В 11 (9%) случаях отмечалась постоянная конфликтность – среди тех больных, у кого были напряженные отношения со своими родителями; причем один из родителей был отчимом или мачехой, которые, как они сами выражались «незлюбил меня». Помимо этого сюда еще накладывался отпечаток злоупотребления алкоголем. Конфликты в этом случае ограничивались не просто руганью, а зачастую и рукоприкладством, попытками изнасилования. На этом фоне респонденты боялись возвращения домой, старались «перекантоваться» в другом месте, зачастую попадая под влияние неблагонадежных авторитетов, которые способствовали началу наркотизации. В дальнейшем в таких семьях отмечалось полное отдаление и отсутствие какой либо помощи со стороны родных (78 (64%) респондентов исследования). В 19 (15,57%) случаях причиной начала конфликта являлась наркотизация – это когда родные узнавали, что их «чадо» колет, до этого же все складывалось благополучно. Взаимоотношения до этого периода носили «ровный и спокойный характер». Но при более детальном расспросе выяснялось, что за пациентами в тот период времени был жесткий и строгий контроль. Все их действия и передвижения ограничивались, проходили через жесткий



**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

«родительский» фильтр — формировалась так называемая гиперопека. Пытаясь вырваться из этого сдерживания, пациенты начинали искать выход в другом сопротивлении. Заводили себе друзей на стороне, часто из антисоциального круга общения. По их же потворству, чтобы «расслабиться и отдохнуть от родительского гнета» начинали наркотизацию. Пубертатная эксплозивность пациентов выступала предиктором начала конфликтности в 27 (22,13%) случаев «виновником» развития конфликтности выступал сам больной. В подростковом возрасте, начиная чувствовать себя «взрослым и самостоятельным», пытаясь это доказать и самоутвердиться, пациенты вступали в конфликт со своими родными. При этом зачастую не считаясь с мнением других членов своей семьи. Наркотизация в данном случае носила характер противопоставления и самостоятельности, и делалась «назло» своим родным и близким. Выход из этого конфликта пациенты видели в употреблении наркотика, чтобы «уйти и забыть» всю проблему. В 65 (53,28%) случаях конфликтность не отмечалась - причиной этому была созависимость родственников. В этих семьях детям многое позволялось, на многое закрывались глаза. Наркотизация в данном случае являлась желанием «попробовать что-то новое и неизвестное». Респонденты этой группы в тот период времени видели за собой опору и поддержку со стороны своих родственников, которая сохранилась и в дальнейшем на период самого заболевания, являясь абсолютной созависимостью.

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
**«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

Выводы: таким образом, из полученных данных видно, что тип взаимоотношений был представлен конфликтностью, гиперопекой, созависимостью.

Киселева Ж.В., Носачев И.Г.

Самарский областной наркологический диспансер

Самарский государственный медицинский университет

**НЕВЕРБАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ВОДИТЕЛЕЙ ПРИ
МЕДИЦИНСКОМ ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИИ
АЛКОГОЛЬНОГО ОПЬЯНЕНИЯ**

Kiseleva J.V., Nosachev I.G.

Samara regional narcological dispensary

Samara state medical University

**NONVERBAL BEHAVIOR OF DRIVERS AT MEDICAL
EXAMINATION OF ALCOHOLIC INTOXICATION**

Проблема алкогольного опьянения водителей в стране остается весьма актуальной как в правовых, организационно-правовых вопросах, так и в вопросах медицинского освидетельствования.

Цель – выявление клинико-этологических особенностей невербального поведения (НП) и его закономерностей при алкогольном опьянении.

Для изучения клинико-психопатологически-этологических особенностей использовалось клиническое и экспериментальное наблюдение с жёстко фиксированными средовыми условиями с выделением уровней поведения (Панов Е.Н.,1978); а) элементарных единиц поведения, единиц двигательных актов; б) простых комплексов поведения; в) частично сложных комплексов поведения



Архив внутренней медицины
www.medarhive.ru

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

(Самохвалов В.П., 1987, 1994; Коробов А.А., 1990,1991), преимущественно мимика, жест, поза.

Изучение НП атипичных (дистимической и депрессивной) форм опьянения (120 мужчин) проводилось в рамках медицинского освидетельствования на состояние алкогольного опьянения. Преобладание атипичных форм опьянения обусловлено задержанием и необходимостью освидетельствования.

Элементарные единицы поведения у лиц с опьянением проявлялись в позе стоя в виде позы Давида, позы Наполеона и позы подчинения, иногда сменяемые на позу раздумья. В позе сидя преобладали поза кучера, поза раздумья и поза сосредоточения, реже поза фараона, поза наездника и поза моления, встречалась поза эмбриона. У большинства лиц взгляд был направлен в сторону, вниз, на руки, реже в окно. Из элементов мимики у всех отсутствовала улыбка в процессе освидетельствования. Рот удлинен, губы сжаты, углы рта вниз, иногда дрожание нижней губы. Нередко наблюдались зевание и облизывание. Брови печальные, нахмуренные, отсутствовал флэш. Глаза печальные, с редким миганием, со слезами и мешком под глазами. Руки фиксированы преимущественно на бедрах, реже на коленях, сжимали друг друга, были сплетены в замок.

Большинство освидетельствуемых при входе не приветствовало присутствующих, редко снимало головной убор. Предложенный стул обязательно перемещался в сторону повышенного сокращения индивидуального расстояния, минимально до 60-100 см. Ориентация при контакте преимущественно прямая и редко сменялась на боковую. Глазной контакт постоянный, устремленный в глаза или лицо врача. Мимические комплексы достаточно однообразны и бедны. Преобладала напряженная мимика и мимика решительности (мимика борца), которая в половине случаев переходила в мимику гнева. Преобладали жесты-акценты, жесты-хлопки, в ходе

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

освидетельствования появлялись жесты обращения и отстранения, а в трети наблюдений - жест кулака. В моторике головы часто было запрокидывание, реже кивки и качание головой, своеобразием было вытягивание головы вперед, чтобы заглянуть в документы врача. Моторика плеч и туловища отличалась бедностью с эпизодами вздрагивания, с одной стороны, и своеобразием в виде частого разминания плеч и туловища, иногда даже с вставанием со стула и хождением вокруг стула. Груминг был редок. Манипулирование не частое, преимущественно одеждой и пальцами.

Таким образом, этологическая составляющая комплексного клинико-психопатологически-этологического метода исследования позволяет выявить ряд дополнительных объективных признаков в клинической картине аффективных вариантов опьянения в юридически значимой ситуации.



ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

А

Абдуллаева В.К. – 27, 36, 38

Абрамов В.А. – 49

Агейкин А.В. – 62

Алимурадов А.К. – 62

Арифджанова А.Б. – 54

Б

Бабарахимова С.Б. – 38

Бойченко А.А. – 24, 49

В

Важинская Н.В. – 19

Ветрова Л.П. – 40

Вишняков Ю.В. – 9

Воликова С.В. – 40

Г

Гладышев В.Н. – 7

Голоденко О.Н. – 24

Д

Десятниченко И.В. – 9

Дубицкая Е.А. – 11, 14

З

Задорожная О.В. – 19

Зозуля С.А. – 21

И

Ирмухамедов Т.Б. – 27, 36

К

Калганов С.П. – 46

Калистратов В.Б. – 62

Киселева Ж.В. – 73

Ключник Т.П. – 21

Колесова Е.В. – 62

Коньков В.И. – 70

Кост Н.В. – 67

Краля О.В. – 34

Кушнерев И.С. – 19

Л

Лебедева И.С. – 67

VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»

С

Левченко Н.С. – 43
Ломова О.С. – 34
Ломова Я.Ю. – 34

Сафарбаев Б.Б. – 52
Сафонова М.В. – 40
Сизов С.В. – 30
Снегирева Т.В. – 40
Соколов О.Ю. – 67
Субботская Н.В. – 16

М

Матякубова М.К. – 59
Мелёхин А.И. – 56
Мельников В.Л. – 62
Мясоедов Н.Ф. – 67

Т

Тычков А.Ю. – 62

Н

Николаева Е.Р. – 43
Носачев Г.Н. – 11, 14
Носачев И.Г. – 11, 73

Ф

Фокина К.С. – 7

О

Олейчик И.В. – 21, 30, 43
Ольховик А.Е. – 40

Ч

Чуркина А.М. – 16

П

Паникратова Я.Р. – 67
Помыткин А.Н. – 67

Ш

Шарипова Ф.К. – 54
Шмилович А.А. – 70

Р

Ряполова Т.Л. – 24, 49

Ю

Юнилайнен О.А. – 30

Я

Якимец А.В. – 21
Яковлева Н.В. – 7

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**

**VII Ежегодный психиатрический Форум с научно-практической конференцией
«ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ: ШАГИ ВПЕРЁД»**