

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Томский национальный исследовательский медицинский центр  
Российской академии наук»  
Научно-исследовательский институт психического здоровья

Российское общество психиатров

Сибирское отделение Российской академии наук

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

---

# **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

*Сборник статей по материалам докладов*

XIX юбилейная научно-практическая конференция  
с международным участием,  
посвященная 40-летию НИИ психического здоровья и  
130-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии  
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

(Томск, 27 октября 2022 г.)

под редакцией академика РАН Н.А. Бохана

**Выпуск 20**

Томск

2022

УДК 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084  
ББК 56.14+56.145.1  
А437

*Рецензенты:*

**И.И. Шереметьева** – д.м.н., профессор, ректор ДПО ФГБОУ ВО  
«Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России  
**А.А. Овчинников** – д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии  
и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России

А437 Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник статей по материалам докладов XIX юбилейной научно-практической конференции с международным участием / под редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Томск : ООО «Интегральный переплет», 2022. Выпуск 20. 170 с.

ISBN 978-5-907509-23-8

Выпуск 20 «Актуальных вопросов психиатрии и наркологии» включает статьи, подготовленные по материалам докладов XIX юбилейной научно-практической конференции с международным участием. В рамках научного мероприятия планируется участие ведущих специалистов региона Сибири и Дальнего Востока, научных сотрудников и практических врачей, клинических ординаторов, аспирантов и студентов, а также всех заинтересованных специалистов: психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, неврологов и врачей других специальностей. Научная программа юбилейной конференции охватывает широкий спектр проблем и рассматривает перспективы развития научных отечественных психиатрических школ. Будут представлены вопросы развития научных, методологических, организационных основ современной психиатрии и наркологии; закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири; клинико-диагностические аспекты эндогенных, пограничных, аффективных и аддитивных расстройств; молекулярно-генетические и молекулярно-биологические исследования в психиатрии и наркологии; роль нейроиммуноэндокринных факторов в патогенезе психических и аддитивных расстройств; клиническая психология и психотерапия; современные подходы к образованию в области психиатрии, наркологии и психотерапии; междисциплинарные аспекты, персонализированный подход, бригадные методы в оказании помощи пациентам с различной психической и соматической патологией; проблемы превенции и профилактики психических расстройств; пути совершенствования оказания психиатрической и наркологической помощи населению; психотерапевтические и медикаментозные современные подходы в психиатрии и наркологии; вопросы эффективности и безопасности применения современных психотропных средств.

Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения.

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

академик РАН **Н.А. Бохан** (главный редактор)  
д.м.н., профессор **А.В. Семке** (зам. главного редактора)  
д.м.н., профессор **С.А. Иванова** (зам. главного редактора)  
д.м.н., профессор **М.М. Аксенов**  
д.б.н., профессор **Т.П. Ветлугина**  
д.м.н., профессор **А.И. Мандель**  
д.м.н., профессор **Е.Д. Счастны**  
к.м.н. **О.Э. Перчаткина** (ответственный за выпуск)  
**И.А. Зеленская** (выпускающий редактор)

### **Генеральный спонсор :**

ООО «Лундбек Рус», ООО «Гедеон Рихтер Фарма»

**Спонсоры :** БЕЛУПО, лекарства и косметика

ООО «Мерц Фарма», ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

© Актуальные вопросы психиатрии и наркологии, 2022. Выпуск 20

© НИИ психического здоровья, 2022

Federal State Budgetary Scientific Institution  
“Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences”  
Mental Health Research Institute

Russian Society of Psychiatrists

Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education “Siberian State Medical University”  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

---

# RELEVANT ISSUES OF PSYCHIATRY AND ADDICTION PSYCHIATRY

*Collection of articles based on materials of reports*

XIX Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation

dedicated to the 40th anniversary of Mental Health Research Institute and  
130th anniversary of the Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy  
FSBEI HE “Siberian State Medical University” Ministry of Health of Russia

(Tomsk, October 27, 2022)

Edited by academician of RAS N.A. Bokhan

Issue 20

Tomsk

2022

UDC 616.89:616-036.2:616-02:616-092:616-071:616-037:616-084  
LBC 56.14+56.145.1  
A437

### *Reviewers:*

**I.I. Sheremetyeva** – MD, Professor, Rector, Altai State Medical University  
of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

**A.A. Ovchinnikov** – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Addiction Psychiatry and  
Psychotherapy of SBEI HPE “Novosibirsk SMU” of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

A437 Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry: Collection of articles based on materials of  
reports of the XIX jubilee scientific and practical conference with international participation / edit-  
ed by academician of RAS N.A. Bokhan. Tomsk: Printing House Integrated Casework Ltd, 2022.  
Issue 20. 170 p.

ISBN 978-5-907509-23-8

Issue 20 of “Relevant issues of psychiatry and addiction psychiatry” includes articles prepared based  
on reports of the XIX jubilee scientific and practical conference with international participation. Within  
the framework of the scientific event, it is planned to involve leading specialists from the region of Siberia  
and the Far East, researchers and practitioners, clinical residents, postgraduate students and students, as  
well as all interested specialists: psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, psychologists, neu-  
rologists and physicians of other specialties. The scientific program of the jubilee conference covers a  
wide range of problems and considers the prospects for the development of scientific domestic psychiatric  
schools. The issues of the development of scientific, methodological, organizational foundations of mod-  
ern psychiatry and addiction psychiatry will be presented; patterns of the formation of non-psychotic men-  
tal disorders in Siberia; clinical and diagnostic aspects of endogenous, borderline, affective and addictive  
disorders; molecular genetic and molecular biological research in psychiatry and addiction psychiatry;  
the role of neuroimmunoendocrine factors in the pathogenesis of mental and addictive disorders; clinical  
psychology and psychotherapy; modern approaches to education in the field of psychiatry, narcology and  
psychotherapy; interdisciplinary aspects, personalized approach, team methods in assisting patients with  
various mental and somatic pathologies; problems of prevention and prophylaxis of mental disorders;  
ways to improve the provision of psychiatric and narcological assistance to the population; psychothera-  
peutic and current medication approaches in psychiatry and narcology; issues of the effectiveness and  
safety of the use of modern psychotropic agents.

For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, psychologists, social workers, healthcare  
providers.

## **EDITORIAL BOARD**

academician of RAS N.A. **Bokhan** (editor-in-chief)  
MD, Prof. **A.V. Semke** (deputy editor-in-chief)  
MD, Prof. **S.A. Ivanova** (deputy editor-in-chief)  
MD, Prof. **M.M. Axenov**  
DSc, Prof. **T.P. Vetlugina**  
MD, Prof. **A.I. Mandel**  
MD, Prof. **E.D. Schastnyy**  
PhD **O.E. Perchatkina** (Publications Assistant)  
**I.A. Zelenskaya** (Production Editor)

### **General sponsor:**

Lundbeck Rus LLC  
Gedeon Richter Pharma LLC

### **Sponsors:**

BELUPO, Pharmaceuticals & Cosmetics  
Merz Pharma GmbH & Co. KGaA  
POLYSAN Scientific & Technological Pharmaceutical Company

## Коморбидные заболевания у несовершеннолетних правонарушителей с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления ПАВ

Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Воеводин И.В., Белокрылов И.И., Гусев С.И.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Кемеровский государственный институт культуры, Кемерово, Россия

Мировая проблема наркотиков становится все серьезнее. Примерно 271 млн человек, т.е. 5,5% населения мира в возрасте 15-64 лет, употребляли наркотики в 2021 г. Долгосрочный анализ показывает, что число людей, употребляющих наркотики, в настоящее время на 30% больше, чем в 2009 г. Текущие данные отражают более высокую распространенность употребления синтетических опиоидов и каннабиса. Согласно отечественным исследованиям, среди потребителей наркотиков наблюдается высокий уровень коморбидной патологии [2]. Во Всемирном докладе о наркотиках за 2021 г. приводятся шокирующие показатели: 35 млн человек в мире страдают от расстройств, связанных с употреблением наркотиков, и нуждаются в лечении, но только 1 из 7 человек получает лечение [1]. Выводы Всемирного доклада показывают, что эффективные лечебные меры, основанные на научных данных, недостаточно доступны, поэтому необходимо активизировать меры для устранения этого пробела. Особенно это касается детей и подростков потребителей ПАВ, количество которых во всём мире растет. В России, согласно данным Росстата, наблюдается достаточно стабильный уровень употребления наркотических и токсических веществ с вредными последствиями (рис. 1).

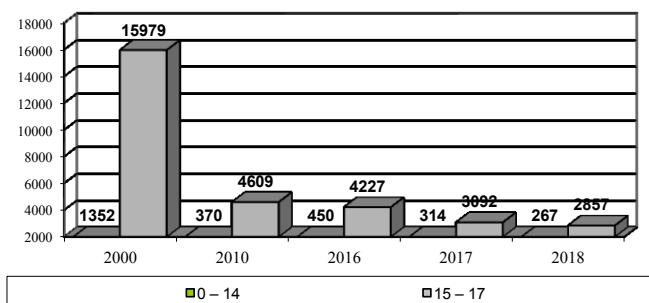


Рис. 1А

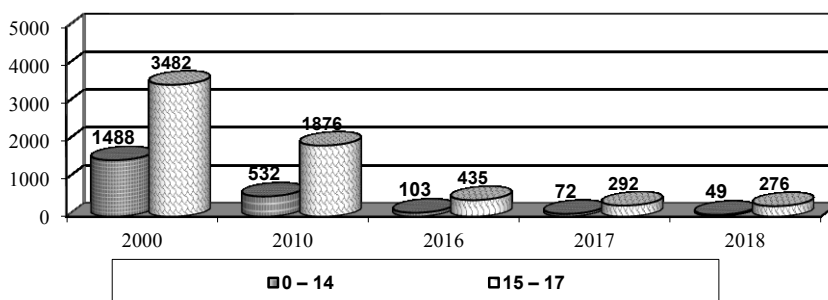


Рис. 1Б

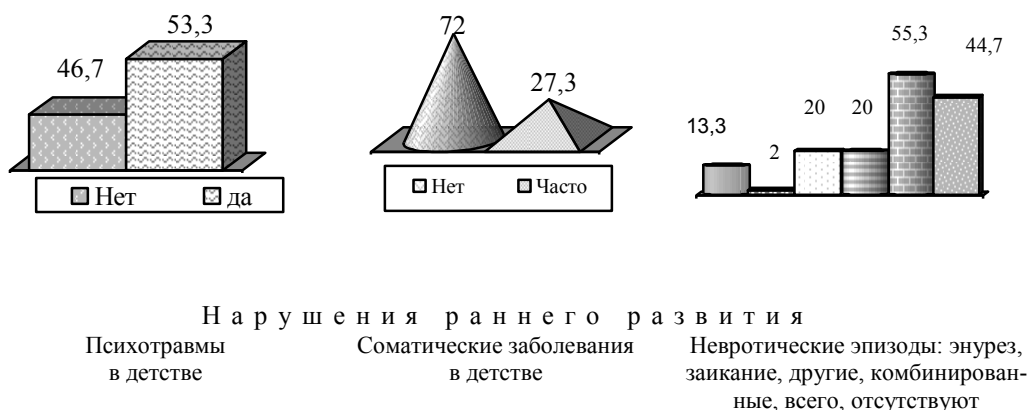
**Рисунок 1. Динамика численности детей и подростков, состоящих на учёте в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических (1А) и ненаркотических (1Б) веществ**

Коморбидные заболевания осложняют течение химических зависимостей и снижают возможности реабилитации и реадaptации [2]. Особенно высокий уровень коморбидности отмечается среди несовершеннолетних правонарушителей [4, 5, 6].

В связи с этим определена **цель исследования**: изучить распространённость и структуру коморбидных заболеваний в популяции несовершеннолетних правонарушителей – потребителей психоактивных веществ.

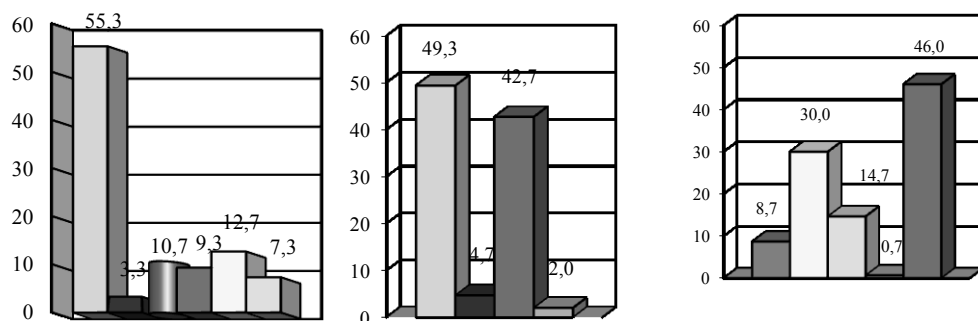
**Материалы и методы.** В соответствии с поставленной целью и задачами проведено комплексное клиническое и психологическое обследование 260 несовершеннолетних правонарушителей, находящихся в воспитательной колонии для несовершеннолетних и имеющих в анамнезе сведения о злоупотреблении наркотическими и психоактивными веществами. Систематизация данных производилась с использованием карты стандартизованного описания «Эпидемиология, клинко-патобиологические закономерности и профилактика психических и поведенческих расстройств в результате злоупотребления психоактивными веществами» (авторы-разработчики: Бохан Н.А., Мандель А.И., Аболонин А.Ф. и др, 2004). Методы исследования: клинко-психопатологический (оценка симптомов, синдромов и состояний у больных на различных этапах заболевания) и методы многомерной математической статистики.

**Результаты.** Проведённый анализ показал, что в изучаемой когорте наблюдается высокий уровень соматической отягощённости: 27,3% подростков часто болели соматическими заболеваниями, 53,3% перенесли психотравмирующие ситуации, у 56,3% наблюдались невротические расстройства в раннем детстве (рис. 2). Следует отметить, что изначально подавляющее большинство несовершеннолетних правонарушителей являются выходцами из семей, нуждающихся в социально-психологической и материальной поддержке [3].



**Рисунок 2. Структура и представленность психогенных и соматогенных нарушений и невротических эпизодов в период раннего развития у несовершеннолетних правонарушителей**

Дети, лишённые должного внимания со стороны родителей и общества, быстро попадают под влияние криминального сообщества и подвержены опасности оказаться в криминальной ситуации. Изначально обладая неустойчивой психикой и находясь под интенсивным воздействием стрессовых факторов, они с легкостью приобщаются к приему психоактивных и наркотических веществ. Большая часть подростков характеризуется высоким уровнем коморбидной соматической и психоневрологической симптоматики. Так, соматическими заболеваниями страдало 44,7% подростков, в том числе вирусным гепатитом (12,7%), хроническими заболеваниями лёгких (10,7%), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (9,3%), венерическими заболеваниями (7,3%) и туберкулёзом (3,3%). Неврологическая патология была выявлена более чем у половины (51%) обследованных юношей: из них 42,7% составляли сотрясения головного мозга, 4,7% – нейроинфекции, 2,0% – ушибы головного мозга. Более половины (54%) подростков ранее уже попадали в поле зрения психиатра и имели психиатрический диагноз: у 30% было выявлено органическое поражение головного мозга, у 14,7% – олигофрения, у 8,7% – расстройства личности, у 0,7% – аффективные расстройства (рис. 3).



**Н а л и ч и е к о м о р б и д н о й п а т о л о г и и**

Соматические заболевания: отсутствуют, туберкулез, дыхательной системы, ЖКТ, вирусный гепатит, венерические

Неврологические заболевания: отсутствуют, нейроинфекции, сотрясения головного мозга, ушибы головного мозга

Психические расстройства: расстройства личности, органическое заболевание ЦНС, олигофрения, расстройства настроения, отсутствие психиатрического диагноза

**Рисунок 3. Структура соматических, неврологических и психических расстройств у несовершеннолетних правонарушителей**

По результатам исследования выявлено, что коморбидные соматические, неврологические и психические расстройства с высокой частотой встречаемости у одного и того же подростка были зарегистрированы одновременно, что в значительной мере утяжеляет течение аддиктивной патологии в связи с мозаичностью и наслоением соматоневрологической симптоматики.

**Выводы.** Среди несовершеннолетних правонарушителей наблюдается высокий уровень полиморбидности (как врожденной патологии, так и приобретённой). Сочетание нескольких коморбидных заболеваний приводит к их взаимоотягощению, хронизации заболеваний, частым тяжелым осложнениям и нарушению социальной адаптации, утяжеляет физическое и психическое состояние, ухудшает прогноз и в значительной мере препятствует проведению реабилитационных мероприятий. Всё это указывает на важность комплексной оценки и лечения подростков, страдающих психическими и поведенческими расстройствами в результате злоупотребления ПАВ, и определяет необходимость применения оптимальной стратегии персонализированной комплексной фармако- и психотерапии.

**Список литературы**

1. World Drug Report 2021. United Nations publication, E.21.XI.8. Vienna: UN, Office on Drugs and Crime, June 2021.
2. Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Прокопьева В.Д., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В., Биологические предикторы, клинко-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных социальных группах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4 (79). С. 40-48.
3. Мандель А.И., Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Гусев С.И., Назарова И.А. Социально-психологические детерминанты делинквентных форм поведения при аддиктивных состояниях. Вопросы ментальной медицины и экологии. 2006. Т. XII, № 1. С. 63 (8)
4. Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Гусев С.И. Клинические и социально-психологические особенности наркотической аддикции у несовершеннолетних правонарушителей. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. Приложение (41). С. 6.
5. Пенитенциарная психология и психопатология: руководство в двух томах / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Я. Семке, А.С. Кононца. Москва, Томск, Кемерово, 2007. Т. 1. 576 с.
6. Клинова М.А., Сахаров А.В. Факторная обусловленность психических расстройств и противоправного поведения у подростков Забайкальского края. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020, № 3 (108). С. 37–44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3\(108\)-37-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3(108)-37-44)

## **Комплексная реабилитация пациентов с соматоформными проявлениями в структуре острых реакций на стресс**

**Аксенов М.М., Перчаткина О.Э.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Социально-стрессовые воздействия приводят к росту числа непсихотических психических расстройств, появлению дезадаптационных дозозологических состояний, утяжелению клинической картины всех форм психических расстройств вследствие присоединения вторичной иммунологической недостаточности. Органический, соматогенный, психогенный факторы определяют снижение качества жизни (объективно и по субъективной оценке больных) [1]. На преодоление последствий длительного психического травмирования и психопатологического симптомокомплекса в структуре расстройств невротического уровня направлена предлагаемая нами реабилитационная программа.

Ранее были проведены многочисленные исследования клинических особенностей и динамики пограничных состояний в условиях Сибири и Дальнего Востока [2, 3]. Изучены внутренние (конституционально-типологические) и внешние (средовые) предпосылки и факторы дезадаптации личности [4]. Полученные сведения относительно распространенности и клинике пограничных психических расстройств (ППР) в условиях Севера Сибири используются для разработки специализированной психопрофилактической помощи для лиц, проживающих в этом регионе. В целях реабилитации больных ППР в условиях Сибири традиционно применяются основные научно-организационные подходы (централизации, децентрализации) и принципы (комплексности, поэтапности, индивидуализации). На основе полученных результатов разработаны дифференцированные социально и личностно ориентированные программы психопрофилактики, превенции и реабилитации, внедрены новые методы и принципы терапии ППР (психосоматические, иммунореабилитационные, социотерапевтические) [5, 6, 7].

Важной терапевтической стратегией невротических (в том числе соматоформных) расстройств является психотерапевтическое воздействие [8, 9]. Требования к терапии сегодняшнего дня предполагают необходимость объективизации психотерапевтического процесса, формирования оценочных и прогностических параметров. Однако в реабилитационной тактике при невротических расстройствах остается недостаточно изученной проблема оптимального баланса между психофармакологическим и психотерапевтическим воздействием с целью усиления эффективности терапии и, следовательно, повышения уровня качества жизни пациентов с данной нозологией.

Существуют различные методы повышения стрессоустойчивости, среди них достаточно перспективным является метод децентрации, который позволяет человеку осознанно дистанцироваться от проблемы и рационально взглянуть на неё со стороны.

**Цель исследования:** апробировать и оценить эффективность метода децентрации в сочетании с традиционной базисной психофармакотерапией для повышения стрессоустойчивости при соматоформных расстройствах.

**Материал и методы.** В исследование вошли пациенты (n=48) с диагнозом: соматоформное расстройство (F45 по МКБ-10). Все они проходили стационарное лечение в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ в 2017-2019 гг. Случаи соматической патологии подтверждены данными клинических и параклинических методов обследования (УЗИ, ЭФГС и т.д.). Помимо несомненного и решающего значения психогенных факторов в возникновении невроза, большую роль имели и вредности соматогенного порядка, ослаблявшие организм и подготавливавшие его к последующему невротическому реагированию. В соответствии с целью исследования решались следующие задачи: 1) разработать и применить диагностический комплекс для изучения уровня стрессоустойчивости у выбранного контингента; 2) разработать и апробировать коррекционно развивающую программу повышения стрессоустойчивости на основе метода децентрации с учётом выявленных особенностей стрессоустойчивости.



Стрессоустойчивость – самооценка способности и возможности преодоления экстремальной ситуации, связанная со скрытым ресурсом личности или запасом, потенциалом различных структурно-функциональных характеристик, обеспечивающих общие виды жизнедеятельности и специфические формы поведения, реагирования и адаптации. Существует определенный набор личностных черт и физиологических особенностей, которые определяют устойчивость организма к стрессу: уровень самооценки, уровень субъективного контроля, уровень личностной тревожности, баланс мотивации достижения и избегания. В нашем собственном исследовании измерение уровня стрессоустойчивости проводилось с помощью психологического тестирования: Бостонский тест стрессоустойчивости «Анализ стиля жизни», методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (1954), опросник для самооценки эмоциональных состояний и уровня бодрствования А. Уэссмана и Д. Рикса (Wessman, Ricks, 1966).

В предлагаемой программе на этапе выявления соматоформных расстройств для последующего проведения лечебно-профилактических мероприятий используются терапевтические комплексы – психофармакологический, психотерапевтический, психопрофилактический. Центральным звеном воздействия является трехэтапный психотерапевтический комплекс: 1) преодоление феномена недоверия, дающее право на «получение доступа» к охраняемому травматическому материалу; 2) помощь пациенту по отреагированию травматического опыта (работа с чувством вины, избеганием, навязчивостями различного рода, отчуждённостью и др.); 3) анализ и коррекция семейных отношений, восстановление отношений с друзьями, микро- и макросоциумом. Базисная терапия строилась на сочетанном психотерапевтическом воздействии (рациональная, гетеросуггестивная, личностно-реконструктивная, семейная), психофармакотерапия (транквилизаторы, анксиолитики с антидепрессивным эффектом, корректоры поведения) и формирование установки на здоровый образ жизни, оптимизация межличностных семейно-социальных контактов. На третьем этапе применялись реабилитационные программы в условиях стационара при затяжных, стойких и труднокурабельных соматоформных расстройствах (при длительности не менее 3 лет): сочетание психофармакологического комплекса (с учётом часто встречавшихся соматических и экзогенно-органических ослабляющих факторов наряду с лечением психотропными средствами осуществлялась и общеукрепляющая терапия), интенсивной психотерапии и психопрофилактического комплекса.

С учётом вышеизложенного была разработана программа реабилитации пациентов с соматоформными расстройствами, основная задача которой ориентирована на дезактуализацию стресса, восстановление ослабленных позиций в микро- и макросоциальной сфере в условиях адаптации к повседневной жизни. Психотерапевтические мероприятия для больных с соматоформными расстройствами предусматривают гуманистические подходы (бихевиоральная и импловивная терапия, систематическая десенсибилизация, прогрессивная мышечная релаксация), а в случаях коморбидности дополняются когнитивной психотерапией, методами самовнушения, эриксоновским гипнозом.

На этапе завершения стационарного лечения главный акцент делается на психосоциотерапевтических мероприятиях, пациент подготавливается к поддерживающей и противорецидивной терапии, осуществляемой после выписки уже за пределами клиники представителями служб здравоохранения. Больные на данном этапе еще более активно привлекаются в образовательные группы. В образовательных программах и в участии в психотерапии часто нуждаются также их родственники (особенно в семейной психотерапии). Целью семейной психотерапии является создание благоприятных условий микро-социального окружения, социальной поддержки, благоприятствующих выработке адаптивных стратегий преодоления социальных трудностей, психогений и внутриличностных проблем, улучшению показателей адаптации во всех социальных сферах жизни, повышению качества жизни. Кроме того, используют неспецифические методы терапии: общеукрепляющее воздействие лечебной физкультуры и стимулирующий эффект физиопроцедур с целью повышения адаптационного ресурса физиологических процессов и укрепления саногенных механизмов у пациентов с соматоформными расстройствами.

На заключительном этапе проводятся сопоставление стандартизованных показателей оценки психического состояния и психосоциального функционирования пациентов и разработка плана лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий с использованием комбинированного подхода, включая в реабилитационные мероприятия фармакотерапию, сочетание различных методов психотерапевтического и психосоциального воздействия, отдавая предпочтение сочетанию групповой и индивидуальной психотерапии, психокоррекции, использованию образовательного и социотерапевтического подходов. На данном этапе необходима оценка возможности активной социализации, активации социальной сферы и социальных контактов с целью активной интеграции больного в общество и активации социальных факторов оздоровления и микросоциальной поддержки. Современные методы повышения стрессоустойчивости и методики преодоления стресса на основе метода децентрации от проблемы особенно актуальны в случаях, когда стрессоры трудно устранимы.

### **Список литературы**

1. Аксенов М.М., Гычев А.В., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Перчаткина О.Э., Рудницкий В.А., Левчук Л.А., Костин А.К. Стрессоустойчивость и дезадаптация при непсихотических психических расстройствах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4 (79). С. 11-17.
2. Аксенов М.М., Семке В.Я., Белокрылова М.Ф., Куприянова И.Е., Епанчинцева Е.М., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Кусков М.В., Стоянова И.Я., Лебедева В.Ф., Рудницкий В. А., Перчаткина О.Э., Никитина В.Б., Васильева Н.А., Агарков А.А. Типология, конституционально-биологические и клинико-динамические характеристики кризисных состояний при пограничных нервно-психических расстройствах. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 5 (56). С. 9-15.
3. Моор Л.В., Рахмазова Л.Д. Клинико-динамическая характеристика и факторы риска панических расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 3 (104). С. 14–20. [https://doi.org/10,26617/1810-3111-2019-3\(104\)-14-20](https://doi.org/10,26617/1810-3111-2019-3(104)-14-20)
4. Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии пациентов с соматоформными расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 2 (107). С. 14–25. [https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-2\(107\)-14-25](https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-2(107)-14-25)
5. Аксенов М.М. Белокрылова М.Ф., Лебедева В.Ф., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Костин А.К. Типология пограничных психических расстройств и стрессоустойчивость. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 2 (25) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>
6. Патент 2356059 Российская Федерация, МПК G01N33/78 (2006.01) С1. Способ прогнозирования течения невротических расстройств / Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Вялова Н.М., Рядовая Л.А., Епанчинцева Е.М., Перчаткина О.Э.; заявитель и патентообладатель Государственное учреждение Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук (ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН) (RU). № 2007142885/15; заявл. 19.11.2007; опубл. 20.05.2009. Бюл. № 14. 9 с.
7. Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Рядовая Л.А., Ракитина Н.М., Перчаткина О.Э., Епанчинцева Е.М. Методологические подходы к оценке биологических факторов психической дезадаптации (на примере невротических расстройств) : методические рекомендации. Томск, 2006. 33 с.
8. Стремнинский С.Ю., Шереметьева И.И., Строганов А.Е., Лещенко Л.В., Курышкин В.И., Кулешова Е.О. Психотерапевтические симптомы-мишени у комбатантов с органическими заболеваниями головного мозга, сочетанными с расстройством адаптации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 2 (107). С 67–74. [https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-2\(107\)-67-74](https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-2(107)-67-74)
9. Кожевникова Т.А., Иокст Т.А. Динамика изменения психологического статуса в процессе психотерапии в комплексной психореабилитации пациентов с невротическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 1 (106). С. 89–96. [https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-1\(106\)-89-96](https://doi.org/10,26617/1810-3111-2020-1(106)-89-96)

## **Поливариантный сценарий протекания периода дошкольного детства и особенности его психолого-педагогического сопровождения в современном дошкольном образовании**

**Акулова Е.Г.<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup> **Томский государственный педагогический университет, Томск, Россия**

<sup>2</sup> **МАДОУ Детский сад № 13, Томск, Россия**

В последнее десятилетие психологи, педагоги и врачи констатируют катастрофическое нарастание в детской популяции целого ряда патофеноменов: снижение иммунитета и десинхронизация различных систем организма. Большое число детей демонстрируют различные формы дизонтогенеза: задержки психоречевого развития, расстройства психорегуляции и самоконтроля, повышенную возбудимость, агрессию, девиантное поведение, психопатоподобные проявления, отсутствие эмоционально-личностной и когнитивной готовности к обучению.

В связи с этим важной задачей, стоящей перед государством и обществом в отношении детей с задержкой психического развития соматогенного происхождения, является создание условий и оказание помощи в их социальной реабилитации и адаптации, а также подготовке к полноценной жизни. Это привело к массовому распространению в России инклюзивного образования на основе системного (образовательного и социального) подхода, данная образовательная форма получила особенную активность распространения в дошкольных учреждениях.

В приказе Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования» говорится о том, что в ДОО группы могут иметь общеразвивающую, компенсирующую, оздоровительную или комбинированную направленность.

По нашему мнению, именно в группах комбинированной направленности осуществляется совместное образование типично развивающихся детей и детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с образовательной программой дошкольного образования, адаптированной для детей с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающей коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию воспитанников с ограниченными возможностями здоровья.

Учитывая тот факт, что в дошкольную организацию дети попадают по месту жительства, в группах детских садов встречаются дети с различными стартовыми возможностями. Так, например, наряду с нормотипичными детьми в группу могут быть включены одаренные дети. Одаренный ребенок – это не только качественно своеобразное сочетание способностей, таких как интеллектуальная, академическая, художественная, социальная, творческая, но и сочетание многих отрицательных качеств, таких как эгоцентризм, недостаток эмоционального баланса, чрезвычайная чувствительность, негативное самовосприятие, некоммуникабельность, повышенная самооценка. Все это часто приводит одаренного ребенка к психоземotionalной дисгармонии, нарушению взаимопонимания между восприятием собственного Я и социальным окружением.

Если предположить, что в дошкольную группу одновременно включены нормотипичные дети, дети с ОВЗ, одаренные и дети с отклоняющимся развитием (со скрытыми, невыявленными отклонениями), то можно наблюдать поливариантный сценарий протекания периода дошкольного детства целого коллектива. Первым с данным феноменом столкнулось педагогическое сообщество дошкольных учреждений, педагоги которых определили педагогическую ситуацию как проблемную, в которой на передний план вышла острая проблема профессиональной неготовности педагога работать в поливариантивной детской среде, используя гибкий индивидуальный подход не только к одному «особенному» ребенку, а к каждому участнику образовательного процесса.

Возникшее в современных реалиях коллективное новообразование в группе дошкольного учреждения можно обозначить как «детское разнообразие». Федеральные государственные образовательные стандарты дошкольного образования трактуют его как «многообразие вариантов протекания периода дошкольного детства, определяемое индивидуальными особенностями самих детей, включая их психофизиологические особенности, в том числе ограниченные возможности здоровья, а также индивидуальными особенностями и возможностями их родителей (законных представителей), социокультурными, региональными, национальными, языковыми, религиозными, экономическими и другими особенностями».

Включение детей с различными сценариями протекания детства переориентирует воспитателей и педагогов на индивидуалистический подход в деятельности. Признать и принять различия, понять философские принципы инклюзии и интеграции, быстро адаптироваться к социальным изменениям – это становится новым требованием педагогической практики. Работа в условиях, требующих особого внимания в области толерантности, высокого профессионализма, знания основ смежных профессий, диагностических навыков, создания комфортной образовательной среды – всё это приводит к поискам инновационных форм психолого-педагогического сопровождения нового феномена российской детской популяции в качестве разнообразных сценариев протекания дошкольного периода детской жизни. Прогрессивность образования всегда основывается на том, чтобы рассматривать образование как подготовку к собственно жизни. Поэтому главная цель психолого-педагогического сопровождения «разнообразия детства» трактуется как научение всех участников образовательного процесса (детей, родителей, педагогов, внешних партнеров) навыкам полноценного развития и общения, что будет способствовать успешному сотрудничеству, формированию гармоничных социальных отношений через комплекс эффективных технологий психолого-педагогического сопровождения. Опыт показывает, что достигнуть данной цели возможно только через принятие и уважение «разнообразия детства» самим педагогом, путем правильной оценки внутренних ресурсов каждого человека, через дифференциацию возможностей и индивидуальный подход к личности ребенка в целом. В рамках психолого-педагогического сопровождения «разнообразия детства» выстраивается новая модель включения взрослого (родителей, учителей-логопедов, психологов, инструкторов по ФК и ЛФК, педагогов дополнительного образования, музыкальных руководителей и т.д.) в детское пространство – «за рамками кабинета». Специалисты выносят коррекционно-развивающий процесс за замкнутые пределы кабинета, участвуют в проектной деятельности совместно с детьми, обогащают предметно-пространственную среду своим профессиональным опытом. Важными принципами работы в данном направлении являются: 1) коррекционно-развивающее обучение по принципу реагирования; 2) вариативный подбор материалов и обеспечение гибкости в ходе осуществления коррекционно-развивающей деятельности; 3) отсутствие прямого воздействия коррекционно-развивающей направленности, самостоятельный выбор ребенком заданий по силам; 4) коррекция состояний тревожности, напряженности и стабилизация эмоционального состояния.

В результате эффективного психолого-педагогического сопровождения поливариантного сценария протекания периода дошкольного детства каждый участник образовательного процесса рассматривается в рамках функционального подхода с точки зрения оценивания его активности, уникальности, способности быть социально успешным. Таким образом, фокус педагогического внимания должен быть ориентирован на эффективное функционирование человека в обществе, а не на его дефект или особенность.

#### **Список литературы**

1. Акулова Е.Г. Инклюзивная технология взаимодействия специалистов ДОУ «За рамками кабинета» как эффективная форма психолого-педагогического сопровождения детей с ООП. Вестник практической психологии образования [Сетевой журнал]. 2019. № 4 (4). С. 43-52. doi:10.17759/bppe.2019040404
2. Выготский Л.С. Коллектив как фактор развития дефективного ребенка. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 196–218.

3. Лошакова И.И., Ярская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов. Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов: Изд-во Педагогического института СГУ, 2002. С. 100-106.
4. Назарова Н.М. Истоки интеграции: уроки для будущего. Ребенок в современном мире. СПб., 2008. С. 49–85.
5. Совершенствование системы поддержки одаренных детей в условиях реализации ФГОС : материалы Всероссийской научно-практической конференции (Чебоксары, 16 октября 2014 г.). Чебоксары: ЦНС «Интерактив плюс», 2014. 248 с.
6. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования от 17 октября 2013 г. [Электронный ресурс]. КонсультантПлюс. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_154637/1ad1a834f2604827f926f8d5cce7251c500a26cd/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_154637/1ad1a834f2604827f926f8d5cce7251c500a26cd/) (дата обращения 09.09.2021)

## **Конгруэнтность трендов болезненности и заболеваемости при алкоголизме в Сибири и на Дальнем Востоке**

**Артемьев И.А.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Рассматриваются динамические ряды больных алкоголизмом, зарегистрированных наркологическими учреждениями (болезненность, накопленная заболеваемость) и заболеваемость – число больных с впервые установленным диагнозом алкогольной зависимости (F10). В разработку вошли некоторые административно-территориальные образования Сибири и Дальнего Востока. Методика выявления основной тенденции развития – тренда – осуществляется выравниванием временного ряда. Выравнивание позволяет характеризовать особенность данного динамического ряда в наиболее общем виде как функцию времени, предполагая, что через время можно выразить влияние всех основных факторов. Для аналитического выравнивания динамического ряда показателей заболеваемости использовались следующие основные типы уравнений тренда, выражающие те или иные качественные свойства развития тенденции. Линейная (показательная) функция:  $y=bx+a$ ; полиномиальная функция (параболическая):  $y=cx^2+bx+a$ .

Качественное выражение изменений выравниваемого динамического ряда имеет количественное выражение в форме коэффициента детерминации ( $R^2$ ), который рассчитывается для оценки качества подбора уравнения регрессии, на основании которой давались prognostические оценки. Коэффициент детерминации характеризует долю вариации (дисперсии) резульгитивного признака ( $y$ ). Коэффициент детерминации рассчитывается для оценки качества подбора уравнения регрессии. Для приемлемых моделей было сделано предположение, что коэффициент детерминации должен составлять не менее 50%, модели с коэффициентом детерминации выше 80% считаются достаточно хорошими.

Удобно сравнивать коэффициенты детерминации для нескольких разных уравнений регрессии, построенных по одним и тем же данным наблюдений. Из нескольких уравнений лучшим считается то из них, у которого больше коэффициент детерминации, коэффициент детерминации может варьировать в диапазоне от нуля до единицы.

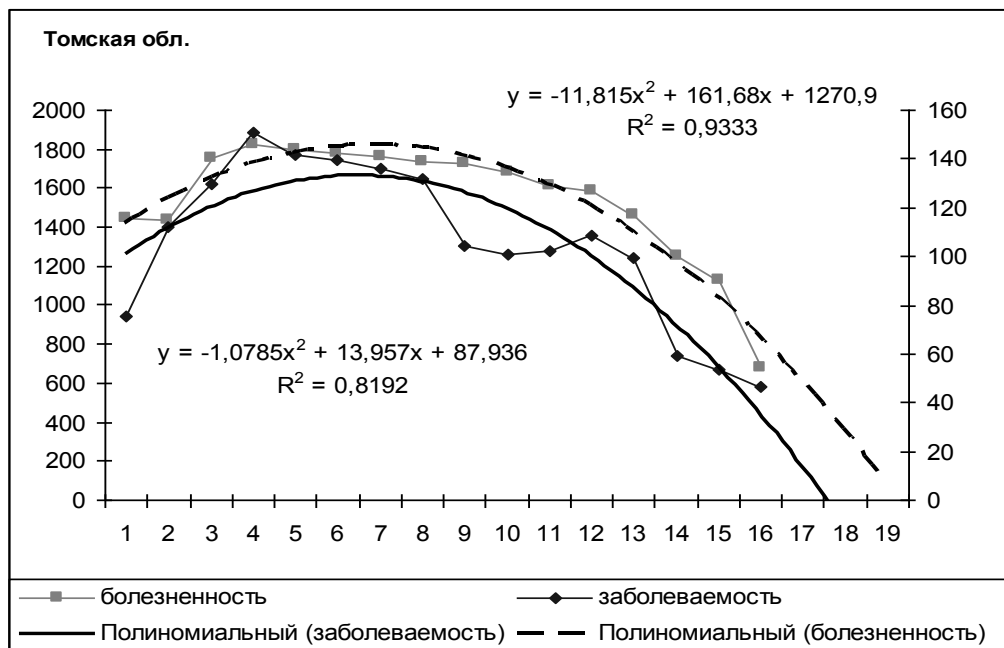
Тренд представляет собой плавно изменяющуюся составляющую, которая отражает влияние факторов, оказывающих долговременное воздействие, и позволяет проследить тенденцию изменения данных. Нами рассматриваются два типа секулярных трендов первичной и накопленной заболеваемости, при этом стремились найти такую форму тренда, чтобы коэффициент детерминации ( $R^2$ ) оказывался самым высоким из всех возможных.

Алкогольная ситуация некоторых территорий Западной Сибири рассматривалась по направлению трендов интенсивных показателей количества зарегистрированных больных алкоголизмом (болезненность, накопленная заболеваемость) и впервые в данном году количества зарегистрированных больных (заболеваемость, первичная заболеваемость) при обращении за наркологической помощью.

Представляет интерес изучение соотношения трендов болезненности и заболеваемости (накопленной и первичной заболеваемости) и графическое представление этих взаимосвязей в соответствующих рядах. Нами выявлены два типа соотношений трендов указанных показателей.

*Тип А.* Показатели первичной и накопленной заболеваемости конгруэнтно снижаются по параболической (полиномиальной) форме тренда.

*Тип Б.* Показатели первичной заболеваемости снижаются по параболической (полиномиальной) форме тренда, а болезненность (накопленная заболеваемость) падает линейно.



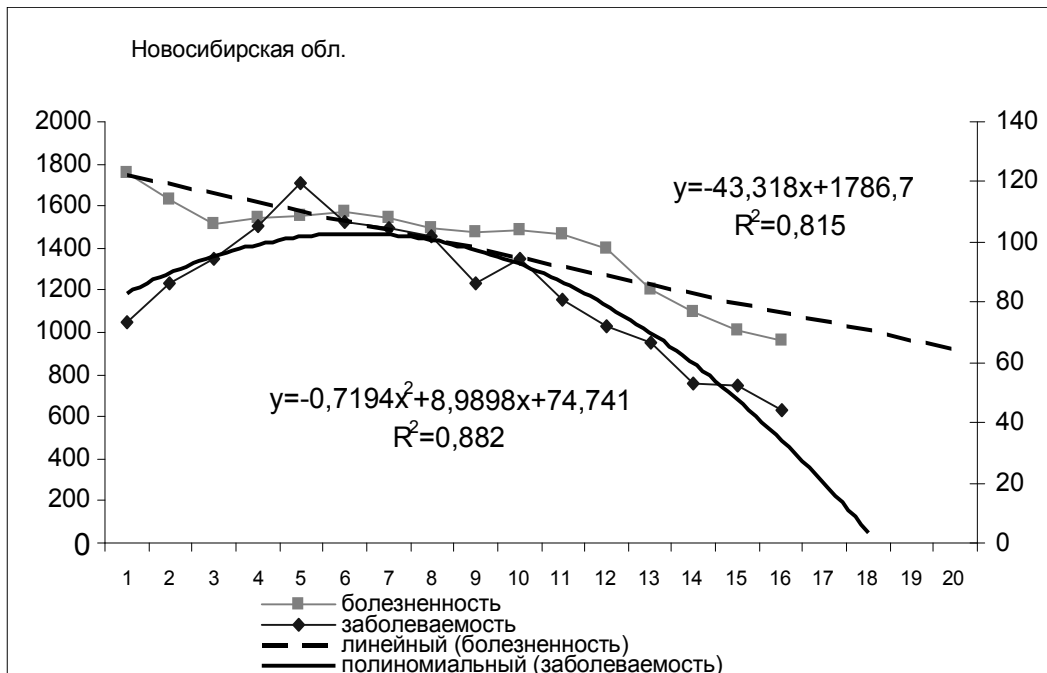
**Рисунок 1. Коэффициенты корреляции ( $\lambda=0,890$ ) и детерминации ( $R^2$ ) заболеваемости и болезненности алкоголизмом в Томской области**

Тип А свидетельствует о сокращении количества больных, которым оказывают наркологическую помощь на фоне низкого выявления в населении, что может указывать на сокращение охвата контингентов, нуждающихся в этом виде специализированной помощи в указанных муниципальных образованиях. Кроме того, высокий коэффициент корреляции ( $\lambda$ ) рассматриваемых показателей указывает на их высокий уровень взаимосвязи. Изменения по параболе, исходя из самой характеристики этой функции, говорит об интенсивности процессов падения величин как накопленной, так и первичной заболеваемости. Тренды по типу А характерны для пяти территорий (Западная и Восточная Сибирь). Томская область: первичная заболеваемость –  $R^2-1=0,819$ , болезненность –  $R^2-2=0,933$ , коэффициент корреляции –  $\lambda=0,890$  (рис. 1). Кемеровская область:  $R^2-1=0,981$ ,  $R^2-2=0,877$ , коэффициент корреляции –  $\lambda=0,874$ . Алтайский край:  $R^2-1=0,897$ ,  $R^2-2=0,956$ ,  $\lambda=0,813$ . Тюменская область:  $R^2-1=0,967$ ,  $R^2-2=0,958$ ,  $\lambda=0,934$ . Забайкальский край:  $R^2-1=0,711$ ,  $R^2-2=0,756$ ,  $\lambda=0,362$ . Омская область:  $R^2-1=0,573$ ,  $R^2-2=0,915$ ,  $\lambda=0,297$ .

Тип Б. Сокращение зарегистрированных больных на этих территориях происходит линейно с высоким значением коэффициента детерминации ( $R^2=0,985-0,722$ ). Эта тенденция будет сохраняться в дальнейшем, учитывая минимальные риски влияния иных факторов на величину накопления учтенного контингента. К концу рассматриваемого периода этот показатель сократился на некоторых территориях на треть.

Вместе с тем изучение заболеваемости алкогольной зависимостью показало ежегодные значительные колебания интенсивных показателей, поэтому полиномиальный тренд в целом отражает тенденцию к сокращению количества первично выявленных больных алкоголизмом. При этом следует признать, что при коэффициенте детерминации  $R^2=0,600-0,568$  нельзя исключать иное направление тренда, отражающее большие величины первичной заболеваемости. Однако происходит сокращение как первичной, так и накопленной заболеваемости алкоголизмом среди населения в изучаемых регионах. Необходимо учитывать так же, что корреляционная взаимосвязь выявленных показателей ( $\lambda=0,801-0,663-0,229$ ) свидетельствует о различной силе связи.

Тренды по типу Б присущи четырем территориям (Восточная и Западная Сибирь, Дальневосточный ФО). Красноярский край:  $R^2-1=0,825$ ,  $R^2-2=0,985$ ,  $\lambda=0,801$ . Новосибирская область:  $R^2-1=0,882$ ,  $R^2-2=0,815$ ,  $\lambda=0,772$ . Республика Тыва:  $R^2-1=0,600$ ,  $R^2-2=0,928$ ,  $\lambda=0,663$ . Республика Саха (Якутия):  $R^2-1=0,613$ ,  $R^2-2=0,722$ ,  $\lambda=0,497$ .



**Рисунок 2. Коэффициенты корреляции ( $\lambda=0,772$ ) и детерминации ( $R^2$ ) заболеваемости и болезненности алкоголизмом в Новосибирской области**

Таким образом, направление трендов болезненности и заболеваемости алкоголизмом населения Сибири и Дальнего Востока может быть как конгруэнтным, тогда снижение количества выявленных и зарегистрированных больных сокращается интенсивно, так и неконгруэнтным, в таком случае изменение (падение) временных показателей происходит с меньшей интенсивностью. Однако на всех изученных сибирских и дальневосточных территориях отмечается тенденция к сокращению специализированной помощи населению с различной степенью интенсивности.

#### Список литературы

1. Семке В.Я., Галактионов О.К., Мандель А.И., Бохан Н.А., Мещеряков Л.В. Алкоголизм: региональный аспект / под общ. ред. В.Я. Семке. Томск, 1992. 217 с.
2. Бохан Н.А. Клиническая гетерогенность алкоголизма и коморбидность: парадигма мультиаксиальной сопряженности проблем. Наркология. 2002. № 1 (2). С. 31–37.

## **Анализ личностных особенностей подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза**

**Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан**

**Введение.** По данным ВОЗ, за последние 30 лет число суицидальных попыток, совершённых детьми и подростками в мире, неуклонно растёт, особенно в развитых государствах Европы и Америки [7]. Актуальность проблемы исследования суицидального поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети интернета, негативно освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения [2]. Реакция родителей, стиль семейного руководства и воспитания могут оказаться важными факторами, предохраняющими асоциальное поведение ребенка в семье и социуме [1]. Подростковый возраст характеризуется большой частотой дебютов депрессивных состояний, возникающих на фоне идей физического недостатка и собственной неполноценности [5]. Усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга российских и зарубежных специалистов [3, 4, 5, 6, 7, 8].

**Цель исследования:** изучить личностные особенности подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза для улучшения и оптимизации оказания медико-психологической помощи данному контингенту населения.

**Материал и методы:** в группу исследования вошли 61 подросток в возрасте 15–19 лет с наличием суицидальных тенденций депрессивного генеза. Для определения степени суицидального риска была использована Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялась шкала оценки депрессии Цунга.

**Результаты и обсуждения.** Обследовано ( $n=61$ ) 44 мальчика и 17 девочек (средний возраст  $16,9\pm 1,48$  года), поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения городской клинической психиатрической больницы Ташкента. В соответствии с данными нозологического распределения по частоте встречаемости выявлены: социализированное расстройство поведения – 30 (49,2%), несоциализированное расстройство поведения – 16 (26,2%), острая реакция на стресс – 4 (6,6%), смешанное расстройство адаптации (эмоций и поведения) – 3 (4,9%), расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения – 2 (3,3%), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации – 2 (3,3%), депрессивное расстройство поведения – 2 (3,3%), ПТСР – 1 (1,6%), расстройство поведения в рамках семьи – 1 (1,6%). Обследование психометрическим методом по шкале Цунга подростков с суицидальными тенденциями выявило: расстройства аффективной сферы умеренной степени тяжести – более чем у половины ( $n=34$ ; 55,7%), практически у трети – депрессия тяжелой степени ( $n=20$ ; 32,8%), депрессивные состояния легкой степени – с самой низкой частотой ( $n=7$ ; 11,47%).

По А.Г. Амбрумовой, В.А.Тихоненко (1980), суицидальное поведение включает проявление любых внутренних и внешних форм психических актов, направленных представлениями о лишении себя жизни. Согласно этому определению, суицидальные мысли, представления, переживания, так же как и суицидальные тенденции, которые подразделяются на замыслы и намерения, относятся к внутренним формам суицидального поведения. Фантазии и яркие представления мортального содержания, связанного с тематикой смерти, являются пассивными суицидальными мыслями. Актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением являются активной формой проявления суицидальности, при этом продумываются способы суицида, время и место действия, приобретаются необходимые средства для совершения самоубийства, происходит присоединение к существующему суицидальному замыслу волевого компонента, побуждающего к непосредственному переходу во внешнее суицидальное поведение. К внешним формам суицидального поведения относятся суицидальные попытки и завершённые суициды.



Психометрическое тестирование по Колумбийской шкале оценки тяжести суицидального риска проводилось в период выхода подростков с суицидальными тенденциями из критического состояния на фоне стабилизации психоэмоционального статуса. При оценке ответов на вопросы были получены следующие результаты: пассивные и абстрактные суицидальные мысли – у 5 (8,19%), активные неспецифические мысли о самоубийстве (мысли о том, чтобы убить себя, но при отсутствии размышлений о конкретных способах) – у 8 (13,11%), актуальные суицидальные идеи, включая размышления о способе самоубийства – у 14 (22,95%), актуальные суицидальные идеи, включая некоторое намерение действовать при отсутствии конкретного планирования – у 12 (19,67%), актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и твердым намерением прекратить бессмысленное существование – у 22 (36,06%).

В дальнейшем было изучено распределение суицидальных идей в зависимости от личностных особенностей подростков с суицидальными тенденциями. Анализируя полученные результаты, определено, что актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением преимущественно наблюдаются у подростков с эпилептоидной и циклоидной акцентуациями характера, в то время как у подростков с истероидным типом акцентуации с большей частотой встречаемости отмечаются пассивные суицидальные идеи и активные неспецифические мысли о самоубийстве. Данные собственного исследования свидетельствуют о статистически значимом преобладании пассивных и активных неспецифических суицидальных идей у личностей истерического склада (19,7%) по сравнению с другими характерологическими типами. Обращало на себя внимание отсутствие актуальных суицидальных идей с конкретным планом действий у истерических личностей. Личности с другими преморбидными особенностями (психастеническими, гипертимными, неустойчивыми) были представлены единичными наблюдениями, что затрудняло проведение статистической оценки, но косвенным образом свидетельствовало об относительной редкости формирования суицидальных тенденций у подростков с такими типами характера. Корреляция тяжести суицидальных идей с преморбидными типологическими особенностями личности была статистически значимой и средней по силе ( $C=0,43$ ,  $p<001$ ).

**Выводы.** Согласно результатам исследования анализ взаимосвязи между видами суицидальных мыслей и личностными особенностями подростков с суицидальными тенденциями показал, что наиболее суицидоопасные мысли в связи с полным погружением в негативные переживания (актуальные суицидальные идеи с конкретным планом и намерением), преимущественно наблюдались у подростков с эпилептоидным, лабильным, циклоидным типами акцентуации, которых можно отнести к группе высокого риска развития суицидального поведения.

#### Список литературы

1. Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами. Новый день в медицине. 2020. № 1 (29). С.109-112.
2. Бабарахимова С.Б. Особенности формирования интернет-аддикции у подростков. Вопросы наркологии. 2017. № 6 (154). С.142-143.
3. Бохан Н.А., Аболонин А.Ф., Мандель А.И., Назарова И.Я., Стоянова И.Я. Агрессия и суицидальное поведение подростков в различных условиях социализации. Суицидология. 2018. Т. 9, № 2 (31). С. 50-60.
4. Григоренко Е.А. Проблема суицидального поведения подростков (обзор литературы). Научное обозрение. Медицинские науки. 2016. № 5. С. 40-45.
5. Abdullaeva V.K., Abbasova D.S. et al. Predict depressive disorders at the earliest stages of its formation in adolescents. Annali d Italia. 2020;1(7):15-18.
6. Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B. Analysis of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents. Central Asian Journal of Pediatrics. 2019;2(1):201-204.
7. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states. Danish Scientific Journal. Год;3(5):24-27.
8. Nurkhodjaev S., Babarakhimova S., Abdullaeva V. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents – Indian Journal of Forensic medicine & Toxicology. 2020;14(3):7258-7263.

## **Особенности синдрома эмоционального выгорания среди психологов волонтеров при COVID-19**

**Байкалова М.А., Пронин С.В., Чухрова М.Г.**

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет»**

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный университет экономики и управления»  
Новосибирск, Россия**

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) всё чаще наблюдается у представителей помогающих профессий, в частности у волонтеров-психологов. Формирование и прогрессирование синдрома выгорания влечет за собой множество негативных для специалиста последствий. К ним относятся негативные эмоциональные переживания, сложности в общении с коллегами, клиентами и близкими, истощение, усталость, разные психосоматические симптомы, такие как нарушения сна, сбои в работе дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой и других систем. СЭВ развивается на фоне профессиональной деформации, мешающей специалисту качественно справляться с должностными обязанностями, вследствие чего снижается качество предоставляемых психологом услуг. Термин «эмоциональное выгорание» характеризует особое длительное состояние лиц, постоянно взаимодействующих с людьми (учителей, психологов, психиатров, священников, полицейских, юристов, тренеров, сотрудников сферы обслуживания и др.). СЭВ является следствием неблагоприятно пережитого стресса на рабочем месте [1, 2]. Формирование и дальнейшее развитие синдрома СЭВ чревато конфликтами, частым выходом на больничный лист, увеличением количества профессиональных ошибок, пренебрежением служебными обязанностями. Поэтому важно принимать меры по его своевременному выявлению и профилактике с целью устранения негативных установок к работе.

**Целью исследования** является выявление предрасположенности к эмоциональному выгоранию, а также разработка эффективных мер профилактики исследуемого синдрома.

**Материалы и методы.** Исследование проведено на базе Сибирского института практической психологии, педагогики и социальной работы с участием волонтеров-психологов общественной организации НП «Волонтер. Сиб». Исследовательская выборка ( $n=20$ ) включала 6 мужчин и 14 женщин от 18 до 68 лет. Средний возраст исследуемых – 33 года. Из общего числа респондентов 8 человек имеют высшее образование, 4 – среднее образование, 8 – не указали сведений о полученном образовании. Анализ результатов проводился на основе программы статистической обработки данных SPSS 24. Дисперсионный ANOVA анализ использовали при оценке пригодности данных для статанализа. Введена переменная взвешивания с поправкой на возраст тестируемых лиц. Основными методами исследования были два психометрических опросника: Диагностика эмоционального выгорания (авторы: К. Маслач, С. Джексон, адаптация Н.Е. Водопьяновой [2009]), Индекс жизненного стиля (Life Style Index, LSI), разработанный в 1979 г. Р. Плутчиком, Г. Келлерманом, Х.Р. Контом.

**Результаты исследования.** Установлено, что по степени выраженности психоэмоциональное истощение является доминирующим симптомом при СЭВ среди участников исследования. При анализе механизмов психологических защит выявлена корреляционная связь между следующими парами защит: замещение и реактивное образование ( $r=0,843$ ), регрессия и замещение ( $r=0,479$ ), проекция и реактивное образование ( $r=0,609$ ), замещение и вытеснение ( $r=0,950$ ), замещение и рационализация ( $r=0,603$ ), рационализация и реактивное образование ( $r=0,674$ ), регрессия и компенсация ( $r=0,788$ ), вытеснение и компенсация ( $r=0,588$ ), рационализация и проекция ( $r=0,716$ ). Кроме того, корреляционная связь обнаружена между общей напряженностью защит и реактивным образованием ( $r=0,674$ ), замещением ( $r=0,678$ ), регрессией ( $r=0,892$ ), компенсацией ( $r=0,571$ ), проекцией ( $r=0,21$ ), вытеснением ( $r=0,642$ ), рационализацией ( $r=0,697$ ). Также можно отметить, что у 25% волонтеров в процессе их работы в период пандемии COVID-19 преобладали такие формы психологических защит, как отрицание, вытеснение и рационализация.

В заключении необходимо подчеркнуть, что СЭВ представляет собой процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии и в основном проявляется признаками доминирующего эмоционального и умственного истощения, физическим утомлением, личностной отстраненностью и снижением чувства удовлетворенности от проделанной работы. При этом у большинства (60,38%) исследуемых наблюдаются психическое истощение и плохое/неудовлетворительное настроение. С высокой частотой встречаемости у волонтеров-психологов зарегистрированы рационализация (49,20%), отрицание (44,80%), вытеснение (35,43%); общее эмоциональное напряжение выявлено более чем у трети наблюдаемых (38,80%).

Необходимо подчеркнуть, что деятельность волонтера-психолога имеет особое значение для психологического здоровья отдельного человека и общества в целом, особенно в период пандемии COVID-19. Поэтому важно выработать методику поддержки волонтеров-психологов в состоянии эмоционального выгорания, а также разработать модель профилактики данного симптома.

#### Список литературы

1. Рекомендации для медицинских работников, находящихся в условиях повышенных психоэмоциональных нагрузок в период пандемии COVID-19. Версия 1.0 от 06.05.2020 г. Авторы составители: Треушникова Н.В., Бачило Е.В., Бородин В.И., Антонова А.А. М., 2020. 46 с.
2. Пронин С.В., Чухрова М.Г., Заварзина Л.Ф., Астраков С.В. Анализ факторов, влияющих на синдром эмоционального выгорания у среднего медперсонала крупной городской больницы. Мир науки, культуры, образования. 2013. № 3 (40). С. 395-399.

### **Первичная госпитализация женщин в возрасте 40-65 лет в психиатрический стационар**

**Белокрылова М.Ф.<sup>1, 2</sup>, Епанчинцева Е.М.<sup>1</sup>, Никитина В.Б.<sup>1</sup>,  
Гарганеева Н.П.<sup>1, 2</sup>, Рудницкий В.А.<sup>1</sup>, Костин А.К.<sup>1</sup>,  
Сазонова О.В.<sup>1</sup>, Мальцев В.С.<sup>1</sup>, Карташова И.Г.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия**

**Введение.** В современных условиях, несмотря на развитую сеть учреждений психиатрического сервиса, сохраняется стигматизация психиатрии. Не каждый готов преодолеть страх раскрытия своих переживаний перед врачом-психиатром (нередко – и перед врачом-психотерапевтом). Часто откладывающийся визит к врачу приводит к расширению психопатологической симптоматики, ухудшению психического состояния человека [1, 2, 3, 4]. Тем не менее череда непредвиденных обстоятельств, жизненных ситуаций, продолжающийся стресс, выраженное нарушение социальной адаптации вынуждают к поиску специалиста в области психического здоровья.

**Целью исследования** являлось изучение факторов, предшествовавших первичному обращению к психиатру и первичной госпитализации в психиатрический стационар женщин в возрасте 40-65 лет.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в рамках сплошного обследования 204 женщин в возрасте 40-65 лет, поступивших в течение года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств и подписавших письменное информированное согласие на участие в исследовании. Из общей группы 109 (53,43%) женщин впервые обратились к психиатру, 45 (22,05%) – поступили повторно, 50 (24,5%) – получали стационарное лечение более двух раз.

Использованы методы: клинико-психопатологический, физикальный, психологический, клинико-лабораторный, статистический. Диагностическая оценка психического состояния осуществлялась согласно критериям МКБ-10. Оценка возрастных изменений функционирования гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы проводилась в соответствии с Этапами старения репродуктивной системы женщин (критерии STRAW+10) [6]. С помощью расчета менопаузального индекса Куппермана (Kupperman H.S., 1953) в модифицированном варианте Е.В. Уваровой (1982) определяли выраженность вегетативных, метаболических и психоэмоциональных изменений в рамках климактерического синдрома. Индекс массы тела определяли по формуле: вес тела (кг)/рост<sup>2</sup>(м). Уровень личностной тревожности рассчитывали с помощью Шкалы личностной тревожности Дж. Тейлора (1953) в адаптации В.Г. Норакидзе (1984). Уровень стрессоустойчивости (показатель, обратный стрессочувствительности) определяли по тесту стрессоустойчивости Ю.В. Щербатых [5].

Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 8.0

**Результаты и обсуждение.** Из 109 пациенток 67 (61,47%) имели среднее специальное образование, 38 (34,86%) – высшее, 4 (3,67%) – среднее; при этом 87 (79,82%) женщин из общей группы продолжали трудовую деятельность. Были замужем – 71 женщина (65,14%), не состоявшие в браке на момент обследования – 38 (в том числе вдовы – 5 женщин, разведенные – 17, одинокие – 16). 61 (55,96%) пациентка была в постменопаузальном периоде; у 5 – менопауза наступила в возрасте 40–44 лет (ранняя); у 46 – своевременная менопауза (в 45–55 лет); в 10 случаях – хирургическая, в 21 (19,27%) – в пременопаузальном периоде, у остальных 27 женщин признаков гормональной перестройки не наблюдалось.

Распределение по нозологической структуре непсихотических психических расстройств показало: 39,45% (n=43) – расстройства адаптации (F43), 30,28% (n=33) – другие тревожные расстройства (F41), 23,85% (n=26) – органические непсихотические расстройства (F06.4, F06.6), 2,75% (n=3) – аффективные расстройства (дистимия, F34.1), 2,75% (n=3) – невращения (F48.0), 0,92% (n=1) – недифференцированное соматоформное расстройство (F45). Вторым диагнозом у 37 женщин было органическое астеническое расстройство. Преобладающими сопутствующими заболеваниями внутренних органов были: гипертоническая болезнь (преимущественно II стадии) – 77,06% (84/109), болезни щитовидной железы (чаще хронический тиреоидит) – 37,61% (41), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 32,11% (35). С меньшей частотой встречались: болезни желудка и двенадцатиперстной кишки – 9,17% (10), синдром раздраженного кишечника – 17,43% (19). Обнаружена высокая сочетаемость гипертонической болезни с метаболическими нарушениями углеводного (30,28%) и жирового обменов (55,05%). Индекс массы тела в группе составил 27,1 (24,0–31,5) кг/м<sup>2</sup>. У 39 пациенток (35,78%) в соответствии с МКБ-10 был установлен диагноз: ожирение, обусловленное избыточным поступлением энергетических ресурсов (E66.0).

При сборе анамнестических данных у 27 женщин (24,77%) установлено, что субъективной причиной их обращения к врачу-психиатру являлась обеспокоенность состоянием своего физического здоровья, обусловленная приобретенными ранее соматическими заболеваниями.

Большинство пациенток (n=82, 75,23%) среди факторов, предшествовавших госпитализации в психиатрический стационар, отметили различные стрессовые события (в том числе в 39,45% случаев были актуальны напряженные ситуации или повышенные нагрузки на работе; в 44,04% – проблемы во взаимоотношениях с родственниками и/или конфликты; для 28,44% женщин психотравмирующими являлись заболевания и/или смерть родственников или членов семьи и др. Более половины из этих женщин (n=43) находились в условиях одновременного воздействия напряженных, стрессовых ситуаций, касающихся разных аспектов их жизни, и связывали с ними ухудшение самочувствия как физического, так и психического. Не было выявлено статистически значимых различий между замужними и одиночными женщинами по показателям стрессоустойчивости.

В общей группе обследованных женщин определена значительная прямая корреляционная связь между менопаузальным индексом и базовым ( $R=0,599$ ,  $p=0,000000$ ), а также итоговым ( $R=0,602$ ,  $p=0,000000$ ), показателями стрессочувствительности. Повышенная чувствительность к стрессу статистически значимо чаще встречалась у пациенток в пременопаузальном периоде – 105,0 (80,0-119,0) балла в отличие от женщин в постменопаузе – 78,0 (49,0-96,0) балла ( $p=0,006967$ ) и от пациенток, не имеющих климактерических изменений – 74,0 (52,0-105,0) балла ( $p=0,049535$ ). «Предрасположенность к психосоматическим реакциям», измеряемая с помощью третьей шкалы теста на стрессоустойчивость, обнаружила статистически значимую прямую корреляционную связь с менопаузальным индексом ( $R=0,628$ ,  $p=0,000000$ ). «Склонность всё излишне усложнять» (вторая шкала) характеризовалась статистически значимой умеренной корреляционной связью ( $R=0,412$ ,  $p=0,000000$ ). Величина менопаузального индекса не зависела от возраста пациенток, и, как ни странно, даже от наличия признаков климактерического синдрома, поскольку проявления соматической патологии и вегетативные симптомы были взаимосвязаны с психопатологическими нарушениями у женщин. Данный показатель не имел статистически значимых различий в группах женщин в пременопаузальном периоде, постменопаузальном периоде и без проявлений климакса. Вместе с тем наблюдалась статистически значимая умеренная прямая корреляционная связь ( $R=0,506$ ,  $p=0,000000$ ) менопаузального индекса и уровня тревожности (для большинства обследованных женщин был характерен высокий уровень тревожности).

**Заключение.** Проведенный анализ показал, что женщины с первичным обращением к психиатру в возрасте 40-65 лет обнаруживали высокий уровень тревожности, в 45% случаев имели повышенный базовый показатель стрессочувствительности (выше 100 баллов), большинство (65%) из них отличались «склонностью всё усложнять», что способствовало фиксации на стрессовых ситуациях и отражалось на физическом самочувствии, сопровождалось развитием артериальной гипертензии, обострением других соматических заболеваний. Более половины пациенток подвергались воздействию совпадающих по времени психогений, затрагивающих наиболее актуальные сферы жизни. Психоэмоциональные нарушения, обнаруживаемые у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в пременопаузальный период и в постменопаузу, в большинстве случаев были сопряжены с симптоматикой коморбидных заболеваний внутренних органов и психопатологическими расстройствами, обусловленными преодолением влияния психосоциальных факторов.

### Список литературы

1. Боровкова Е.И. Клинические проявления, диагностика и ведение пациенток в пери- и менопаузе. Российский вестник акушера-гинеколога. 2017. Т. 17, № 3. С. 112-117. DOI: 10.17116/rosakush2017173112-117
2. Костарев В.В. Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 3 (96). С. 64-70. DOI: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-64-70
3. Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Симуткин Г.Г. Депрессивные расстройства у женщин в климактерическом возрасте (обзор зарубежной литературы за 2012–2016 гг.). Бюллетень сибирской медицины. 2018. Т.17, № 2. С. 100–113. DOI:10.20538/1682-0363-2018-2-100-113
4. Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М. Астения как актуальная проблема здоровья женщин с непсихотическими психическими расстройствами: возрастной аспект. Бюллетень сибирской медицины. 2020. Т. 19, № 1. С. 21–28. DOI: 10.20538/1682-0363-2020-1-21-28
5. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. СПб.: Питер, 2006. 256 с.
6. Harlow SD, Gass M, Hall JE, Lobo R, Maki P, Rebar RW, Sherman S, Sluss PM, de Villiers TJ; STRAW 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. Menopause. 2012 Apr;19(4):387-95. doi: 10.1097/gme.0b013e31824d8f40. PMID: 22343510; PMCID: PMC3340903.

## **Психические расстройства и клинико-психологические особенности у подростков с несуицидальными самоповреждениями**

**Берёзкин Д.В., Кузавков А.В.**

**Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия**

---

Несуицидальными самоповреждениями (НССП) являются широко распространенной формой девиантного поведения в среде современных подростков. По приводимым С.В. Давидовским и С.А. Игумновым данным, среди подростков, проходящих стационарное психиатрическое лечение, НССП встречаются в диапазоне от 30% до 82,4% случаев [1]. Показано, что 18% населения развитых стран наносили себе НССП в подростковом возрасте [9]. Под НССП понимается преднамеренное, повторяющееся нанесение телесных повреждений без суицидальных намерений, с целью снижения психологического дискомфорта. Следует учитывать, что группы людей с НССП и суицидальным поведением могут взаимно перекрываться, т.е. комбинироваться. Так у лиц, имеющих в анамнезе попытки самоубийства, могут наблюдаться НССП или же наоборот – при нанесении НССП возможно совершение суицида [1, 3].

У подростков первые проявления НССП наблюдаются в период между 12 и 14 годами, с 14–15 лет они резко возрастают и достигают максимума к 16–19 годам [1]. В отличие от суицидального поведения, которое чаще наблюдается у лиц мужского пола, НССП с более высокой частотой встречается у женщин [2]. Согласно данным за 2015–2019 гг. по Минской области Республики Беларусь, среди детей и подростков с НССП большинство (85%) составили девочки [1]. НССП распространены среди людей, имеющих психические расстройства, такие как посттравматическое стрессовое расстройство [1, 5], депрессивные расстройства [1, 7], обсессивно-компульсивное расстройство [1, 5], тревожное расстройство [1, 6], пограничное расстройство личности (ПЛР) [1, 8] и расстройство пищевого поведения [1, 6].

В настоящей статье приводятся данные, полученные при работе с подростками (n=32) с НССП, обратившимися за психотерапевтической помощью и проходившими обследование в отделении медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи СПб ГКУЗ Центра восстановительного лечения (ЦВЛ) «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина (Санкт-Петербург) в первой половине 2021 г.

**Цель:** по материалам обследования группы подростков с НССП дать клинико-нозологическую характеристику встречающихся у них психических расстройств, выявить клинико-психологические особенности в связи с НССП, сформулировать дальнейшее направление клинико-психологических исследований этой группы детей.

**Контингент и методы обследования.** В настоящей статье были проанализированы сведения о 32 подростках, обратившихся за психотерапевтической помощью. У всех подростков на момент обращения зафиксировано нанесение самопорезов на разные части тела, чаще в области предплечья. В работе применялся комплексный системный подход с использованием клинического метода, который включал полуструктурированное (направленное) индивидуальное интервью, с открытой формулировкой вопросов по выявлению основных жалоб пациентов. Психодиагностические методы: шкала депрессии Цунга, методика выявления детской депрессии CDI. В психодиагностике старших подростков применялся патохарактерологический детский опросник (ПДО).

По возрастному параметру в группе подростков выявлено следующее распределение: большинство приходилось на 16-17-летних подростков (n=21; 66%), далее следовали 15-летние (n=6; 19%), с более низкой частотой встречаемости зарегистрированы дети 11–12 лет (n=2; 6%) и подростки 13–14 лет (n=3; 9%). Среди обследованных подростков большая часть приходилась на девочек/девушек (n=24; 75%) по сравнению с мальчиками/юношами (n=6; 25%).

У подавляющего большинства подростков женского и мужского пола ( $n=23$ ; 72%) наблюдались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40–48). У 62% детей ( $n=20$ ) фиксировались различные расстройства адаптации (F43.2), в том числе: у 41% ( $n=13$ ) – смешанное расстройство эмоций и поведения (F443.25), у 9% детей ( $n=3$ ) – смешанная тревожная и депрессивная реакция (F443.22), у 6% ( $n=2$ ) – расстройство адаптации с преобладанием нарушений поведения (F43.24), у 6% ( $n=2$ ) – пролонгированная депрессивная реакция (F43.21). У 6% подростков ( $n=2$ ) отмечалось обсессивно-компульсивное расстройство, преимущественно навязчивые мысли (F42.0), у 3% ( $n=1$ ) наблюдалось паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0). У 16% ( $n=5$ ) обследованных подростков были выявлены смешанные расстройства поведения и эмоций детского возраста (F92.0-8). У 3% детей ( $n=1$ ) наблюдались хронические моторные тики или вокализмы. В группе обследованных подростков с редкой частотой встречались синдром Аспергера (F84.5) и шизоаффективное расстройство депрессивного типа (F25.1) – соответственно  $n=2$ ; 6% и  $n=1$ ; 3%.

**Результаты и выводы.** Наибольшая активность НССП в группе обследованных подростков наблюдается в старшем подростковом возрасте, при этом в редких случаях может наблюдаться и в более раннем возрасте (11–12 лет). У данной поведенческой девиации прослеживается выраженная половая специфика. НССП встречаются значительно чаще у девочек-подростков, чем у мальчиков. Как показало наше собственное исследование, наиболее частыми психическими расстройствами у подростков являются различные расстройства адаптации. Полученные нами данные имеют расхождение со сведениями, приводимыми в научной литературе по материалам подростковых выборок в других регионах и странах ближнего зарубежья, полученными в начале 2010-х гг.

У подавляющего большинства подростков с НССП наблюдаются нарушения адаптации в большинстве жизненных сфер: семья, обучение, общение со сверстниками, экзистенциальные проблемы. Все (100%) респонденты имели те или иные нарушения семейной адаптации, переживали хронический конфликт с родителями, сверстниками или учителями. У большинства (71%) подростков отмечались трудности в общении со сверстниками. Более половины (53%) обследованных испытывали сложности в принятии себя как личности, переживали экзистенциальный кризис, связанный с поисками смысла жизни и профессиональной ориентации. 41% подростков испытывали напряженность в связи с учебной дезадаптацией. У 22% подростков наблюдались сложности во всех четырех основных жизненных сферах. 47% высказывали жалобы, касающиеся трех из четырех рассматриваемых сфер жизни, с меньшей частотой встречаемости (по 15%) сложности выявлены либо в двух сферах, либо только в сфере семейных отношений. Выраженность депрессивных переживаний по шкале самооценки депрессии Цунга и по опроснику CDI М. Ковач оказалась различной. С помощью методики Цунга были выявлены менее выраженные депрессивные проявления (у 65% подростков – лёгкая невротическая депрессия, у 25% – депрессия не наблюдалась, у 10% – умеренное депрессивное состояние), в то время как по методике CDI выявлено преобладание (85%) значительного снижения настроения (группа риска по совершению суицида), у 15% – существенное снижение настроения. Согласно этой методике наиболее острые негативные переживания у обследованных подростков связаны с межличностными проблемами и низкой самооценкой, идентификацией себя с ролью «плохого», «агрессивного» (шкала В опросника CDI). Причем у всех (100%) подростков наблюдалось значительное повышение значений по этой шкале. Следует предположить, что различия результатов двух методик обусловлены тем, что подростки с НССП испытывают сложности в понимании своего состояния и эмоций. Для подростков с НССП характерно наличие выраженных акцентуаций характера. В большинстве (75%) случаев наблюдалось дискордантное сочетание характерологических черт, например: истероидно-шизоидных, шизоидно-гипертимно-эпилептоидных, истероидно-сенситивно-психостенических. Для дальнейших исследований детей и подростков с НССП необходимы расширение выборки, подбор адекватных методов математической обработки результатов, разделение группы по возрастам, выделение группы старших подростков с НССП для исследования характерологических особенностей.

### Список литературы

1. Давидовский С.В., Игумнов С.А. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. Суицидология. 2020. № 11 (3). С. 33-43.
2. Давидовский С.В., Ибрагимова Ж.А., Игумнов С.А., Костюк Д.Д., Мещеряков Ю.В., Стефанин А.Л. Клинико-психологические и социально-демографические особенности суицидального поведения населения Минска (Республика Беларусь). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 3 (108). С. 102–113. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3\(108\)-102-113](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3(108)-102-113)
3. Макарова О.С., Пыркова К.В., Красильникова А.М., Насибуллина Р.Р. Образ тела и особенности совладающего поведения у подростков с самоповреждающим поведением (клинические случаи). Неврологический вестник. 2020. Т. LII, № 1. С. 92-96. doi: 10.17816/nb21253
4. Пятницкая И.В., Короткевич Т.В., Игумнов С.А. Анализ суицидального и парасуицидального поведения детского населения Республики Беларусь за 2009–2011 годы. Психиатрия и психотерапия, клиническая психология. 2012. № 2 (08). С. 76–83.
5. Bolognini M, Plancherel B, Laget J, Stéphan P, Halfon O. Adolescents' self-mutilation--Relationship with dependent behaviour. Swiss Journal of Psychology / Schweizerische Zeitschrift für Psychologie / Revue Suisse de Psychologie. 2003;62(4):241–249. <https://doi.org/10.1024/1421-0185.62.4.241>.
6. Darche M.A. Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. Psychiatr. Hosp. 1990;21:31–35.
7. Iannaccone M, Cella S, Manzi SA, Visconti L, Manzi F, Cotrufo P. My body and me: self-injurious behaviors and body modifications in eating disorders – preliminary results. Eat Disord. 2013;21(2):130-9. doi: 10.1080/10640266.2013.761087. PMID: 23421696.
8. Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. Am J Psychiatry. 2003 Aug;160(8):1501-8. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1501. PMID: 12900314; PMCID: PMC4362719.
9. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012 Mar 30;6:10. doi: 10.1186/1753-2000-6-10. PMID: 22462815; PMCID: PMC3348041.

### **Тромбоциты как объект поиска биомаркёров и исследования компонентов каскадов белкового фосфорилирования при аутизме**

**Бокша И.С., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б.,  
Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш.**

**ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия**

Вследствие высокой гетерогенности нейроонтогенетических расстройств аутистического спектра (РАС) их классификация в настоящий момент проводится на основании клинической симптоматики (за исключением аутизма, связанного с моногенными синдромными формами, диагностируемыми на основании генетического, цитогенетического и хромосомного анализа), а «биологические маркёры» ещё только начинают вводиться в практику при классификации и диагностике РАС [1]. Поиск биомаркёров РАС актуален для наиболее раннего выявления, диагностики и начала терапии РАС [2].

Понимание патогенеза РАС осложнено их гетерогенностью, в то же время большинство исследователей признают вклад нарушений онтогенетической регуляции активности сигнальных каскадов белкового фосфорилирования (СКБФ) [3]. Объектами исследования СКБФ в периферической крови служат лимфоциты и тромбоциты (Тр), последние предпочтительнее, так как продолжительность их жизни короче, а происходящие в экспрессии генов в мегакариоцитах изменения сравнительно быстро отражаются на протеоме Тр. В Тр не задействован сигналинг иной, чем реакции на стимулы тромбообразования. В биохимических исследованиях Тр при РАС обнаружены отклонения от контроля: в концентрации серотонина и N-ацетилсеротонина, плотности серотонинового переносчика, концентрации ГАМК, секреции гранул с АТФ [3]. СКБФ в Тр существенно проще, чем в нейронах, потому что они происходят от различных онтогенетических клеточных предшественников, но интерактом Тр содержит важнейшие СКБФ, вторичные мессенджеры и сигнальные киназы.



Благодаря своей биохимической «гомологии» с нейронами Тр могут служить адекватной моделью синдромной формы РАС – ломкой X-хромосомы (X-ФРА) [4], основной маркер которой – утрата белка FMRP. Отметим, что кроме FMRP в нейронах и мегакариоцитах обнаружены другие РНК-связывающие белки: STAU1, STAU2, CASC3 [3], а функциональная роль FMRP (стабилизация и транспорт мРНК) в мегакариоцитах вполне отражает его роль в нейронах. Белок FMRP в норме присутствует так же и в Тр, которые образуются из мегакариоцитов путем выпячивания цитоплазмы, содержащей все её компоненты, и для доставки мРНК в отпочковывающиеся Тр с помощью микротрубочек используются РНК-связывающие белки, в том числе FMRP [5].

Хотя моделирование X-ФРА на мышах позволило открыть биохимические закономерности, вызываемые отсутствием FMRP (повышенную активность Gp1 mGluR-зависимого сигналинга, сниженный уровень образования цАМФ, снижение активности ингибиторной ГАМК-ергической нейромедиаторной системы, усиление трансляции матриксной металлопротеиназы ММР9), но модель оказалось бесполезна при апробации лекарств в контролируемых исследованиях на пациентах с X-ФРА. Актуальна разработка модели РАС (в том числе X-ФРА), основанной на клетках периферических тканей человека, и есть примеры таких попыток на Тр [4, 5]. Удалось уверенно отделить больных X-ФРА от здоровых по уровню FMRP в Тр, и уровень FMRP оказался связанным с коэффициентом интеллекта по тесту Векслера [5]. С использованием Тр проведены первые исследования белков-компонентов СКБФ при X-ФРА на ограниченном числе больных [3].

Ряд ключевых нарушений регуляции СКБФ, обнаруженных в нейронах человека при X-ФРА и у мышинных моделей (мышей Fmr1KO), воспроизводятся в Тр. Например, гиперактивность путей MAPK/ERK и PI3K/Akt/mTOR: при X-ФРА в Тр усилено фосфорилирование ERK и Akt более чем в 1,5 раза по сравнению с нормой [3]. Обнаружены отрицательные корреляции между уровнями фосфорилированных ERK и Akt и когнитивными функциями по тесту Векслера. Интенсивность фосфорилирования ERK и Akt в Тр статистически значимо усилена вдвое в подгруппе больных с X-ФРА с уровнем FMRP ниже порога обнаружения, а у индивидуумов-мозаиков, сохраняющих поддающийся обнаружению уровень экспрессии FMRP, фосфорилирование этих киназ на уровне контроля [3]. Лечение ловастатином корректировало гиперактивацию ERK, но не Akt в Тр пациентов с X-ФРА [4]. В Тр обнаружены рецепторы нейромедиаторных систем (глутаматной, серотониновой, дофаминовой), нарушения со стороны которых зарегистрированы в мозге при X-ФРА. Некоторые лекарства, влияющие на метаболизм и синаптическое высвобождение нейромедиаторов в нейронах, сходным образом действуют и на Тр. Так, ингибиторы ацетилхолинэстеразы, применяемые при лечении болезни Альцгеймера, нормализуют нарушенную регуляцию метаболизма APP в Тр и стабилизируют снижение когнитивных функций, что важно и для исследований РАС, поскольку APP является одним из регуляторов синаптической пластичности, связанных с СКБФ mTOR [3].

Поскольку повышенный уровень синтеза белков обнаружен в лимфоцитах и фибробластах пациентов с X-ФРА, представляются актуальными исследования уровня синтеза белка в Тр пациентов с X-ФРА и других РАС, что позволит расширить возможности использования Тр как модели изучения СКБФ при РАС. Эти разработки свидетельствуют о том, что изучение биохимических параметров Тр может помочь в предсказании когнитивного фенотипа индивидуумов с РАС (по меньшей мере при X-ФРА) и способствовать лучшему клиническому сопровождению пациентов.

Тр не только воспроизводят биохимические нарушения, обнаруженные в нейронах при X-ФРА, но также и «реагируют» на лекарства, направленные на ЦНС и на молекулярные механизмы, лежащие в основе патологии. Так, оценка уровня фосфорилирования ERK в Тр применялась в клиническом испытании ловастатина [4]. Под действием лечения повышенный уровень фосфорилирования ERK поддавался коррекции у большинства обследованных, а изменения фосфорилирования ERK коррелировали с клиническим ответом на оценку Шкалы адаптивного поведения Вайнленд (VABS) [4]. Изменение уровня периферических биомаркеров свидетельствует о том, что наблюдаемые улучшения отражают благоприятное действие лекарства на патофизиологию X-ФРА.

Обнаружение компонентов СКБФ mTOR и сопряженных с ним путей в Тр дает возможность опробовать эти белки в качестве претендентов на роль «биомаркёров» с целью выделения из клинического спектра РАС подгрупп с отклонением активности СКБФ mTOR от контрольных диапазонов для возможных целенаправленных клинических испытаний действия препаратов. Учитывая современный уровень разработки проблемы, это направление исследований представляется наиболее перспективным и реальным по выполнимости в ближайшее время.

#### Список литературы

1. Мукаетова-Ладинска Е.Б., Симашкова Н.В., Мукаетова М.С., Иванов М.В., Бокша И.С. Расстройства аутистического спектра у детей и взрослых: подходы к проблеме в разных странах. Журнал неврологии и психиатрии им С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 12. С. 92-99. <https://doi.org/10.17116/jnevro201811812192>
2. Simashkova NV, Boksha IS, Klyushnik TP, Iakupova LP, Ivanov MV, Mukaetova-Ladinska EB. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical-Biological Approaches. J Autism Dev Disord. 2019 Sep;49(9):3906-3914. doi: 10.1007/s10803-019-04071-4. PMID: 31124027.
3. Бокша И.С., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш. Сигнальные каскады белкового фосфорилирования при аутизме (с акцентом на путь mTOR). Биохимия. 2021. Т. 86, № 5. С. 643-666. <https://doi.org/10.31857/S0320972521050031>
4. Pellerin D, Çaku A, Fradet M, Bouvier P, Dubé J, Corbin F. Lovastatin corrects ERK pathway hyperactivation in fragile X syndrome: potential of platelet's signaling cascades as new outcome measures in clinical trials. Biomarkers. 2016 Sep;21(6):497-508. doi: 10.3109/1354750X.2016.1160289. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27058300.
5. Lessard M, Chouiali A, Drouin R, Sébire G, Corbin F. Quantitative measurement of FMRP in blood platelets as a new screening test for fragile X syndrome. Clin Genet. 2012 Nov;82(5):472-7. doi: 10.1111/j.1399-0004.2011.01798.x. Epub 2011 Nov 29. PMID: 21992468.

## Особенности формирования алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности

Бохан Н.А.<sup>1, 2</sup>, Кисель Н.И.<sup>1</sup>, Биче-Оол У.К.<sup>3</sup>, Мандель А.И.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ России

<sup>3</sup> ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер», Кызыл, Республика Тыва

Распространенность и структура потребления алкоголя, модели потребления алкоголя и последствия его потребления различаются в зависимости от местных условий – культурных особенностей страны, этнического состава населения, социально-психологических факторов, характеризующих отношение населения к алкоголю [1, 2, 3, 4]. В современных условиях меняется традиционная роль женщины в семье, обществе, возрастает роль социально-психологических факторов, в определенных условиях являющихся пусковым звеном в развитии алкогольной зависимости. Отмечается отчетливая тенденция к росту удельного веса женского алкоголизма по отношению к мужскому – от 1:12 к 1:5 [Росстат, 2020]. Особую актуальность проблема взаимосвязи наркологических расстройств с этнической принадлежностью индивида приобретает для представителей коренных народностей [4, 5]. Республика Тыва (РТ) представляет собой пример территории, показатель учтенной распространенности алкоголизма на которой превышает средний по СФО и составляет 1391,7 в расчете на 100 тыс. населения, или около 1,4% от общей численности населения РТ. В 73% случаев смертности населения РТ от внешних причин, в организме умерших выявлен этиловый алкоголь. Из числа зарегистрированных в Республиканском наркологическом диспансере пациентов численность мужчин незначительно (56,7%) превосходит число (43,3%) женщин. Из общего числа употребляющих алкоголь с вредными последствиями 68,9% составляют женщины [2, 6].

Перманентный рост женского алкоголизма, соотношение больных алкоголизмом мужчин и женщин (1,3:1) определили **цель исследования** – выявление особенностей формирования и течения алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности.

**Материал и методы.** Проведено клиническое обследование 78 женщин с алкогольной зависимостью (F10.2 и F10.3), проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Республики Тыва. В работе применялись клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, математико-статистический методы. Для установления клинико-динамических параметров алкогольной зависимости, а также социально-демографических характеристик больных алкоголизмом использовалась карта стандартизованного описания обследуемого по теме НИР «Этнокультуральные особенности наркологических расстройств» (составители: д.м.н., профессор Н.А. Бохан; д.м.н., профессор А.И. Мандель). Данные дополнялись катамнестическими сведениями из амбулаторных карт Республиканского наркологического диспансера.

**Результаты и обсуждение.** Клинико-анамнестические данные относительно условий воспитания обследованных женщин показали, что в 55,2% случаев были выявлены разного рода нарушения воспитательного процесса (48,7% обследованных), злоупотребление алкоголем со стороны родителей (у 39,7% отцов и у 20,5% матерей обследованных). На наследственную предрасположенность к развитию психических расстройств, в частности алкогольной зависимости, у обследованных женщин указывает то, что близкие родственники умерли от опоя у 28,2% пациенток, 11,5% обследованных сообщили об алкогольных психозах у родственников и родных первой линии родства. Завершенные и незавершенные суициды со стороны отцов, матерей или сибсов встречались у 35,9%.

Анализ социального статуса тувинок выявил следующее: 85,9% женщин на момент обследования не имели постоянного места работы или были заняты неквалифицированным трудом; 80,8% женщин неоднократно меняли места работы; 66,7% не состояли в официальном браке или были разведены; в 50% случаев встречался «супружеский алкоголизм». Выявленные особенности социального функционирования напрямую связаны с высоким процентом встречаемости среди обследованных женщин негативных социальных последствий в виде лишения родительских прав (32% женщин). Средний возраст женщин, находившихся на момент исследования на стационарном лечении, составил 41,6±9,9 года. Изучение динамики клинической картины алкогольной зависимости у обследованных женщин показало: первая проба алкоголя состоялась в возрасте 18,9±3,1 года. Знакомство с алкоголем у большинства (80,8%) женщин сопровождалось развитием «флеш-реакции», проявляющейся покраснением кожных покровов, тахикардией, подъемом артериального давления, тошнотой, рвотой, головной болью, головокружением, слабостью [7]. Систематически (не реже 1-2 раз в неделю) женщины начинали употреблять алкоголь в среднем с 26,2±4,6 года. В тувинской группе чаще встречался прием алкогольных напитков слабой и средней крепости – до 20% объемной доли этилового спирта (крепленое пиво, арага – молочная водка, приготовленная из квашеного молока кобылиц). Потеря количественного контроля в опьянении приходилась в среднем на возраст 29,7±4,8 года, амнестические формы опьянения у тувинских женщин регистрировались в среднем с 31,7±5,6 года. Формирование алкогольного абстинентного синдрома приходилось на возраст 34,0±6,7 года. Алкогольные психозы в клинической картине алкогольной зависимости у тувинских женщин встречались в 38,6% случаев, из них в 29,5% случаев – повторные (от 3 до 9 психотических эпизодов). Психотическая симптоматика чаще была представлена алкогольным галлюцинозом (86,7%) и реже – алкогольным делирием (13,3%). Впервые за наркологической помощью женщины обращались в среднем в 38,3±8,4 года, мотивами обращения были психотические расстройства.

**Заключение.** В Республике Тыва остается высоким уровень распространенности алкоголизма в женской популяции. Основными социально-психологическими факторами, оказывающими влияние на формирование алкоголизма у женщин, являются семейная отягощенность алкоголизмом (особенно по отцовской линии), нарушение микроструктуры родительской семьи, воспитание женщин в дисфункциональных семьях.

По результатам исследования выявлено, что у женщин тувинской этнической принадлежности формирование алкогольной зависимости в среднем происходит за 4 года (от первых признаков алкоголизма до развития абстинентного синдрома). Вместе с тем имеет место высокая распространенность алкогольных психозов, развивающихся у 29,5% обследованных женщин повторно, наблюдаются негативные социальные последствия алкоголизации в виде лишения родительских прав (32%), что в целом указывает на прогредиентность развития алкогольной зависимости у женщин тувинской национальности.

#### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Асланбекова Н.В. Этнотерриториальная гетерогенность формирования алкогольной зависимости у коренного населения Сибири. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013. № 6. Вып. 2. Алкоголизм. С. 9–14.
2. Бохан Н.А., Мандель А.И., Пешковская А.Г., Бадырғы И.О., Монгуш Ч.К. Медико-социальные показатели наркологической ситуации населения Республики Тыва. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 3 (72). С. 29–32.
3. Яковлева М.В., Осолкова С.Н., Винникова И.Н., Бекенева Л.В. Нозологическая структура и клинические проявления у больных психическими расстройствами и коморбидной аддиктивной патологией, обратившихся в Якутский психоневрологический диспансер в 2015–2019 гг. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020; 3 (108): 57–66. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3\(108\)-57-66](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3(108)-57-66)
4. Мандель А.И., Бохан Н.А., Попова Н.П., Шушпанова Т.В., Кисель Н.И. Наркологическая ситуация в арктических и северных районах республики Саха (Якутия), среди населения Республики Тыва и коренного населения Сибири. Интегративный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению. Сборник материалов XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом ВПА (15–18 мая 2021 года) Санкт-Петербург [Электронный ресурс [www.psychiatr.ru/events/833](http://www.psychiatr.ru/events/833)]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб. : НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2021. С. 1135–1136.
5. Шушпанова Т.В., Мандель А.И., Бохан Н.А., Бадырғы И.О., Новожеева Т.П., Счастный Е.Д., Солонский А.В., Грущенко Н.Ф., Удут В.В., Шушпанова О.В., Маркова Е.В., Князева Е.М. Роль нейроэндокринных факторов в формировании алкогольной зависимости и экологии человека в различных этнических популяциях: новые подходы в терапии. Якутский медицинский журнал. 2019. № 4. С.113–118.
6. Министерство здравоохранения Республики Тыва ГБУЗ РТ «Республиканский наркологический диспансер». Основные показатели деятельности наркологической службы в Республике Тыва в 2017–2019 годах. Статистический сборник. Кызыл, 2020.
7. Shushpanova TV, Bokhan NA Stankevich KS, Novozheeva TP, Mandel AI, Schastnyi ED, Kisel NI, Shushpanova OV, Udut VV, Saffonov SM, Boev RS, Knyazeva EM. An innovator GABA receptor modulator and liver oxidase system microsomal cytochrome P450 activator in patients with alcoholism. Pharmaceutical Chemistry Journal. 2021;54(11):1093–1100. DOI: 10.1007/s11094-021-02327-x.

## **Идеалы, ценности, оптимизм и смысл жизни личности как показатели духовного здоровья**

**Брюханцева Н.В.**

**Томское региональное отделение общественной организации «Педагогическое общество России», Томск, Россия**

Удивительно, но уже древние греки обратили внимание на факт, что все люди разные, поэтому каждый человек должен согласовывать свои поступки не только со своими внутренними желаниями, но и потребностями и возможностями других людей. Совершенно определенно ещё в XVIII в. И.Г. Гердер говорил о том, что существует «странное противоречие в человеке. Как животное, человек служит Земле и привязан к ней, как к своему родному жилищу, но человек заключает в себе семена бессмертия... Человек может удовлетворить свои животные потребности, и те, кто довольствуется этим, чувствуют себя на Земле очень хорошо. Но как только человек развивает более благородные задатки, он повсюду начинает находить несовершенство и неполноту» [5, 135].

Н.А. Бердяев в своей работе более точен, – он утверждает, что, если человек не найдет в себе клад, – точнее, свой талант, предназначение, – его жизнь может не состояться. Скорее всего, «несущей конструкцией» личности является тот духовный, нравственный стержень, который помогает его становлению человеческого в личностном. В этом человеку помогает семья и образование.

Статья расходов на образование – самая большая в бюджетах развитых стран. Образование понимается в них как стратегически важная сфера для развития общества, его развитие увязывается напрямую в образовательной политике этих стран с развитием каждого человека. Самообразование поэтому должно строиться не столько по линии профессионализации и специализации, не по линии роста знания, а по линии увеличения целостности и универсальности, гармонизации личности, по линии увеличения гуманитарности. То есть сначала – гуманитарность и целостность, а на их фоне – подготовка профессионала, особенно это касается сфер деятельности человека, связанной с людьми: образование, медицина, сфера услуг, политика, управление разных уровней и т.п. Проблема личности, её совершенствование и становление не нова. Ею занимались и продолжают заниматься огромное количество исследователей разных сфер научного знания. Нас интересуют вопросы самопознания, самореализации и психического здоровья. На наших глазах изменился и продолжает меняться духовно-психологический климат общества. Кардинально трансформируется содержание внутренней жизни современного человека, балансирующего на грани мимикрирующих моральных ценностей, обилия информационных потоков, увеличения скорости жизненных процессов, установок личности, социума не только в отдельных странах, но и на планете в целом.

На фоне данных изменений один из безусловных вызовов нашего времени заключается в том, чтобы профессионально обеспечить решение проблемы самопознания, самореализации и уже на базе названного создать условия для культивирования человеческого в человеке. Данный фактор напрямую связан с преодолением отчужденности человека, дезориентированности его и, как следствие, – опустошенности отдельной человеческой жизни, нарушении его психологического, даже психиатрического равновесия, здоровья. Мы убеждены, что в системе гуманитарного образования, гуманизации образования важно наличие, формирование, развитие личностных и социальных идеалов и ценностей. Осознать и оценить систему существующих сегодня идеалов и ценностей в социуме сложно. Вопросы, связанные с позитивным – оптимистическим мировоззрением кажутся нам принципиально важными для полноценного развития современного человека в условиях современного информационного прессинга и постоянно усложняющегося жизненного выбора. Сложный путь познания своих способностей и возможностей в сфере самопознания и самореализации – путь достаточно долгий и сложный. Можно утверждать, что молодой человек, выбирающий своё жизненное направление и профессию без помощи своей семьи или профессиональных консультантов, не сделает это легко, быстро и просто. Данные вопросы выбора и самоопределения не праздные, а жизненно важные, поскольку в нашем эклектичном мире возникает масса проблем по причине несочетаемости важных компонентов целостных структур.

По существу, любой человек становится искателем талантов, интересов, увлечений, возможностей собственной личности. Понятно, что он сам должен не только обрести, но и выбрать себе эти возможности. Ошибка выбора сама по себе не страшна, печальным может стать отношение самого человека к данной ошибке. Тяжёлые последствия появляются только тогда, когда человек не в состоянии осознать ошибочность собственного выбора, не способен исправить ситуацию новыми поисками себя, а продолжает движение по заведомо ошибочному направлению, вгоняя себя в апатию, пессимизм, депрессию, психиатрическое заболевание. К. Ясперс, который был не только основоположником экзистенциализма, но и талантливым врачом-психиатром, высказывался достаточно осторожно, но убедительно по данному поводу, подтверждая выводы своего коллеги-философа И.Г. Гердера: «В соматическом смысле, то есть с точки зрения анатомии, физиологии, фармакологии, патологической анатомии и терапии, человек для врача не отличается от животного».

В психопатологии проблема «человеческого» присутствует всегда... Очень сомнительно, что животные подвержены душевным заболеваниям. Конечно, у животных то же бывают заболевания центральной и периферической нервной системы. Кроме того, существуют панические реакции... У животных также могут развиваться «симптоматические психозы», вызванные органическим поражением мозга. У них случаются чувствительные, двигательные нарушения, изменение нрава – беспричинная агрессивность, апатия... Функциональные психозы в собственном смысле у животных не описаны (наличие истерии у них не доказано) Шизофрения и циркулярное расстройство встречается у людей всех рас, но у животных их не бывает никогда. Стремясь выявить исконно человеческое начало в психическом заболевании, мы должны рассматривать последнее как феномен, присущий только человеку» [10, 31-32].

Говоря о таких человеческих качествах, как сила духа, упрямство духа, стойкость духа, невозможно не вспомнить имя выдающегося психолога и психиатра В. Франкла. Его личная жизнь была разломана посередине страшными годами с 1942 по 1945, проведенными в нацистском концлагере с мизерной вероятностью выжить. Будучи учёным, Франкл ещё накануне мировой войны завершил разработку своей научной теории стремления человека к смыслу как главной движущей силы поведения и развития личности. Звучит трагически, но именно в концлагере эта теория получила беспрецедентную проверку жизнью и подтверждение – наибольшие шансы выжить, по наблюдениям учёного, имели не те, кто отличался наиболее крепким здоровьем, а те, кто отличался наиболее крепким духом, кто имел свой смысл, ради которого стоило жить.

Наша цивилизация пребывает в стремительном процессе постоянных преобразований, что в определённой степени ведёт к постоянным изменениям взаимодействия тела и души, идеального и материального, личного и социального. С одной стороны, мы понимаем, что каждый человек уникален и неповторим, с другой, знаем, что есть общие для всех характеристики. Например, каждый живет в своём микросоциуме: это его ближайшее окружение. Существует структура, которую можно определить и как макросоциум: нация, страна. Вместе с тем существует и мегасоциум, где находит своё место каждый человек, правда, оно может быть значительным или несущественным. В зависимости от того, к какому социуму человек имеет большее отношение, зависит уровень и степень его образованности, разносторонности взглядов, мнений, круга общения, культуры. Уровень ответственности человека на каждой ступени социума тоже отличается. Именно поэтому можно утверждать, что качество стрессоустойчивости на каждом уровне отличные. Современный человек испытывает разнообразное воздействие сил, мнений, потоков бесконечной информации, которые часто заставляют его отказываться от собственного мнения или из-за нежелания его иметь, или из-за невозможности его так быстро сформировывать. Сковывающая человека духовная несамостоятельность, бурно произрастающий скептицизм, пессимизм, отказ от мышления свидетельствуют о духовном банкротстве. Необходимо признать тот факт, что все перечисленные разнонаправленные силы, противоречия, ускоряющаяся жизнь, безответственность человека и желание не отвечать за собственный выбор личной и социальной жизни могут привести к серьёзным психологическим и психическим проблемам. Следует учитывать генетическую предрасположенность, и каждый человек должен осознавать данный сложный механизм во избежание более сложных ситуаций. Известно, что до организации психиатрической службы, больных психические заболевания лечили при монастырях: монотонным, регулярным трудом, молитвами, травами. Положительные результаты были. Понятно, что изменилось время, жизнь приобретает стремительный ритм, но человек уже многое знает, умеет, ему только необходимо умело пользоваться этими знаниями для сохранения собственного здоровья, сделать это знание доступным каждому человеку. Современный человек часто только декларирует приоритет духовного над материальным. В настоящее время он является более материалистом, чем когда-либо. В данной ситуации, скорее всего, мало человеческой вины, скорее это его беда, которая может быть оценена как кризис роста, переходного периода, кризис становления.

Опасность ситуации заключается в том, что естественно-научный материализм XIX – XX столетий настолько серьёзно потряс основы мироздания, основанного на вере, оптимизме, гуманизме, что для восстановления основ человеческого существования необходимо выработать идеальные начала, построенные на ценностях, соответствующих требованиям XXI в. Формируются они медленно, мучительно, но они необходимы, поскольку без цели, идеалов, ценностей, смыслов останавливается развитие самого человека и социума. Человек интересен и необычен тем, что от природы рождается далеко не тем, кем впоследствии может стать. Он должен к своему физическому телу, данному природой, бесконечно присоединять и пополнять вторую (социальную) и третью (духовную) части, именно эти составляющие делают его в полном смысле слова человеком. Собственное обретение есть смысл, содержание и суть того идеала, который человек сам создал по образу и подобию и воплощает на протяжении всего своего существования в жизнь.

#### Список литературы

1. Балханов В.А. Современная наука в поисках мировоззренческих оснований. Вестник Бурятского университета (Улан Удэ). Серия 5. 1997. Вып. 1. С. 77-98.
2. Брюханцева Н.В. Возможности фантазии и перспективы идеала / под ред. А.А. Степанова. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2006. 134 с.
3. Бердяев Н.А. Самопознание (опыт философской автобиографии). М.: Междунар. отношения, 1990. 336 с.
4. Валеев Д.Н. Три лика. М. : Мысль, 1990. 271 с.
5. Гердер И.Г. Идеи к философии истории человечества. М. : Наука, 1977. 703 с.
6. Кратин Ю.Г. Нейрофизиология и теория отражения. Ленинград : Наука, 1982. 83 с.
7. Перцев А.В. Душа в дебрях технологий. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2004. 224 с.
8. Франкл В. Человек в поисках смысла. М. : Прогресс, 1990. 366 с.
9. Франкл В. Сказать жизни «Да!». Психолог в концлагере / пер. с нем. 7-е изд. М. : Альпина нонфикшн, 2016. 239 с.
10. Ясперс К. Общая психопатология. М. : Практика, 1997. 260 с.

### **Периферические биомаркеры устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости**

**Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Прокопьева В.Д., Лобачева О.А.,  
Мандель А.И., Ярыгина Е.Г., Бойко А.С., Белокрылов И.И., Бохан Н.А.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Алкоголизм во всем мире остается серьезной медико-социальной проблемой, что обуславливает необходимость дальнейшего изучения механизмов формирования и развития алкогольной зависимости с целью разработки более эффективных методов лечения и реабилитации пациентов [1]. Особую значимость в патогенезе алкогольной зависимости представляет проблема устойчивости терапевтической ремиссии, решение которой возможно на основе поиска объективных биологических критериев, способных повысить точность прогнозирования её продолжительности.

**Цель исследования.** Поиск периферических биомаркеров прогнозирования устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости на основе комплексного изучения фундаментальных процессов, вовлеченных в патогенез заболевания – окислительного стресса, нейроиммунного воспаления, эндокринной регуляции.

**Пациенты и методы.** Обследованы 145 мужчин в возрасте 30–60 лет (средний возраст  $46,11 \pm 10,09$  года), поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (синдром зависимости – F10,21 и синдром отмены – F10.30)».

Лабораторные исследования у пациентов проведены в динамике лечения: 1-я точка – на 3–5-й день поступления в стационар после алкогольной детоксикации; 2-я точка – на 15–17-й день от начала поступления и стандартной антиалкогольной терапии. Контроль при биологических исследованиях – образцы крови 75 условно здоровых мужчин соответствующего возраста, не имеющих проблем с употреблением алкоголя.

Окислительный стресс оценивали по уровню его маркеров в плазме крови: продуктам окислительной модификации белков (карбонилы белков – КБ) и липидов (ТБК-реактивные продукты – ТБК-РП). Концентрацию цитокинов (IFN $\gamma$ , IL-1b, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, IL-17A, TNF $\alpha$ ), как факторов нейроиммунного воспаления, измеряли в образцах сыворотки крови на мультиплексном анализаторе MAGPIX по технологии xMAP (USA). Факторы эндокринной регуляции оценивали по уровню гормонов в сыворотке крови (кортизол, тестостерон, тиреотропный гормон – ТТГ, трийодтиронин свободный – Т3, тироксин свободный – Т4) методом иммуноферментного анализа (ИФА). Психологическую диагностику проводили с использованием аппаратно-программного психодиагностического комплекса «Мультипсихометр» (ЗАО «Научно-производственный центр «ДИП», Россия). Личностные особенности исследовали русскоязычной версией опросника «16 Personality Factors Questionnaire» (16 PF – Р. Кэттелл).

**Результаты исследования.** Изучение периферических маркеров окислительного стресса в 1-й точке исследования обнаружило статистически значимое повышение уровня КБ и ТБК-реактивных продуктов по отношению к контролю. Дальнейшее лечение приводило к позитивной динамике параметров, и их концентрация во 2-й точке статистически значимо не отличалась от контроля. При исследовании периферических маркеров нейроиммунного воспаления в сыворотке крови пациентов по сравнению с контролем выявлена высокая концентрация практически всех цитокинов в 1-й точке исследования, с наиболее значимым повышением провоспалительных цитокинов, в частности IFN $\gamma$  и IL-6. Цитокиновый профиль в динамике антиалкогольной терапии (2-я точка) практически не изменялся [2]. Изучение факторов эндокринной регуляции в 1-й точке установило высокую концентрацию кортизола и тестостерона в сыворотке крови пациентов по сравнению с контролем и снижение всех тиреоидных гормонов. Во 2-й точке концентрации кортизола оставалась высокой, тестостерона – снижалась до уровня контроля, концентрация ТТГ во 2-й точке не отличалась от контроля; Т3 и Т4 оставалась сниженной [3]. Следующей задачей являлось выявление на основе интегративных взаимосвязей клинических и биологических параметров потенциальных периферических биомаркеров прогнозирования устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости. Сформированы две группы пациентов: 1-ю группу составили пациенты с неустойчивой ремиссией продолжительностью до 6 месяцев; во 2-ю группу включены пациенты со сформировавшейся устойчивой ремиссией от 12 месяцев и более. В связи с трудностью четкого разделения между этапами ремиссий пациенты с длительностью ремиссии от 7 до 11 месяцев в данном анализе не рассматривались. Анализировали исследуемые показатели в плазме и сыворотке образцов крови, взятых у пациентов на 3–5-й день поступления в стационар после проведения алкогольной детоксикации (1-я точка). Впервые показано, что для пациентов с неустойчивой терапевтической ремиссией продолжительностью до 6 месяцев по сравнению с группой пациентов с устойчивой терапевтической ремиссией характерно повышение КБ, ТБК-РП, тестостерона, а также снижение коэффициента отношения кортизол/тестостерон (К/Т), уровней свободных фракций Т3 и Т4 [4, 5].

Исследование личностных особенностей показало, что пациенты, имевшие в анамнезе терапевтические ремиссии, более пессимистичны и тревожны, чем пациенты без терапевтических ремиссий. Выявлены статистически значимые корреляции между длительностью терапевтической ремиссии, отношением кортизол/тестостерон (К/Т), личностными факторами М, Q3; между К/Т и факторами М, Q2; между уровнем тестостерона и фактором С. Результаты анализа показывают, что самоконтроль и фактор, отражающий непрактичность, абстрактность и творческий потенциал, могут рассматриваться в качестве индивидуально-психологических предикторов длительности ремиссии [6].



С использованием метода однофакторной логистической регрессии построена прогностическая модель устойчивости ремиссии. В качестве прогнозируемой переменной выступала неустойчивая ремиссия. Наиболее значимыми биомаркерами для предсказания неустойчивой ремиссии длительностью до 6 месяцев являлись коэффициент отношения кортизол/тестостерон, уровень свободных фракций тиреоидных гормонов Т3 и Т4; чувствительность модели превышала 80% при уровне статистической значимости  $p < 0,0001$ . Тестостерон, факторы окислительного стресса (КБ и ТБК-РП), длительность заболевания лучше предсказывают устойчивую ремиссию при высоких уровнях значимости модели [5]. Таким образом, в результате проведенных исследований выявлен комплекс периферических биомаркеров, обладающих широкой доступностью и потенциальной возможностью для трансляции в наркологическую практику с целью выявления когорты пациентов с неустойчивой терапевтической ремиссией и своевременного проведения превентивных мероприятий для стабилизации ремиссии и профилактики ранних рецидивов у больных с алкогольной зависимостью.

**Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ и администрации Томской области в рамках научного проекта № 18-44-700002.**

#### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Иванова С.А., Прокопьева В.Д., Артемьев И.А., Невидимова Т.И., Мастерова Е.И., Воеводин И.В., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Старые и новые проблемы наркологии в контексте междисциплинарных исследований. Вопросы наркологии. 2017. № 1. С. 26-62.
2. Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Мандель А.И., Бойко А.С., Прокопьева В.Д., Бохан Н.А. Факторы иммуноэндокринной регуляции при алкогольной зависимости на этапе формирования терапевтической ремиссии. Российский иммунологический журнал. 2019. Т. 13 (22), № 2. С. 183-186. DOI: 10,31857/S102872210006447-6
3. Ветлугина Т.П., Лобачева О.А., Никитина В.Б., Прокопьева В.Д., Мандель А.И., Бохан Н.А. Гормоны стресс-реализующей системы при алкогольной зависимости: возможность прогнозирования длительности ремиссии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020. № 5 (120). С. 73-78. DOI: 10,17116/jnevro202012005173.
4. Патент (ru) № 2726409 С1. Способ прогнозирования длительности терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости / Ветлугина Т.П., Бохан Н.А., Лобачева О.А., Никитина В.Б., Мандель А.И., Кисель Н.И. № 2019143405; заявлен 19.12.2019; опубл. 14.07.2020, Бюл. № 20.
5. Ветлугина Т.П., Прокопьева В.Д., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И., Кисель Н.И. Поиск биологических факторов, ассоциированных с устойчивостью терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021; 2 (111): 5–12. [https://doi.org/10,26617/1810-3111-2021-2\(111\)-5-12](https://doi.org/10,26617/1810-3111-2021-2(111)-5-12).
6. Белокрылов И.И., Ветлугина Т.П., Мандель А.И., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Кисель Н.И. Личностные факторы, кортизол и тестостерон как возможные предикторы длительности ремиссий при алкогольной зависимости. Современные проблемы науки и образования. 2021. № 3. <http://www.science-education.ru/article/view?id=30894>. DOI 10,17513/spno.30894

## **Возрастной и образовательный факторы в формировании алкогольной зависимости**

**Воеводин И.В.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Современная наркологическая ситуация характеризуется не только выраженным патоморфозом расстройств [1], но и столь же выраженными изменениями в социальном статусе больных [2, 3]. В литературе подчеркивается однобокость представлений о низком образовательном уровне, как о ведущем факторе риска проблемного употребления алкоголя. В исследовании L. Wells (2018) выявлено, что если низкий образовательный уровень связан с повышением интенсивности, то высокий – обусловлен увеличением частоты алкоголизаций [4].

При изучении проблемы алкогольной зависимости среди населения отдельными аспектами выступают факторы возраста и образовательного уровня пациентов. Установлено, что каждый возраст имеет свои специфические риски алкоголизации [5, 6].

Таким образом, изучение возрастных и образовательных аспектов алкогольной зависимости позволяет обосновать индивидуализированные подходы к вмешательствам.

**Материал исследования:** проанализированы 382 истории болезни пациентов с алкогольной зависимостью, поступивших в отделение аддиктивных состояний клиник НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН в период с 01.01.2017 г. по 31.12.2019 г.

Среди обследованных в целом: мужчин – 302 (79,1%), женщин – 80 (20,9%); возраст пациентов от 21 до 78 лет, средний возраст на момент поступления [Me (25th%; 75th%)] – 44 (37; 53) года; относятся к молодой (до 35 лет включительно) возрастной группе – 81 (21,2%), к старшей возрастной группе – 301 (78,8%); с высшим образованием – 197 (51,6%), со средним образованием – 185 (48,4%). Соответственно, к первой группе исследования (пациенты молодого возраста с высшим образованием) относились 38 (9,9%) пациентов, ко второй группе (пациенты старшего возраста с высшим образованием) – 159 (41,6%), к третьей группе (пациенты молодого возраста со средним образованием) – 43 (11,3%), к четвертой группе (пациенты старшего возраста со средним образованием) – 142 (37,2%) пациента. Описанная ранее тенденция «феминизации» аддиктивного поведения среди молодежи [1, 4] подтвердилась только в группе высокообразованной молодежи (31,6% женщин), при этом в группе молодых пациентов со средним образованием наблюдается обратная тенденция – низкого удельного веса женщин в группе (11,6%).

**Результаты исследования.** Как в младших, так и в старших возрастных группах среди пациентов с высшим образованием выявлена тенденция к более позднему дебюту заболевания: 29 (27; 30) vs 24 (22; 26),  $Z=4,89$ ;  $p=0,000001$  – среди молодых пациентов, 40 (32; 45) vs 35 (30; 39),  $Z=2,48$ ;  $p=0,0130$  – в старших группах и, соответственно, к меньшей длительности алкогольной зависимости.

Фактор наследственности, отягощенной наличием психических расстройств и суицидального поведения, оказался более значимым для молодых пациентов по сравнению со старшими группами (отмечен в историях болезни в 34,6% случаев vs 3,0%,  $\text{Chi-square}=72,8$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ). При этом фактор наследственности, отягощенной алкогольной и/или наркотической зависимостью, статистически значимо более актуален для пациентов со средним образованием по сравнению с высокообразованными пациентами (65,4% vs 34,1%,  $\text{Chi-square}=34,1$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ).

Роль психотравмирующих ситуаций, как триггера формирования алкогольной зависимости и срыва ремиссий, статистически значимо чаще выявляется в группах лиц с высшим образованием (79,7% vs 47,6%,  $\text{Chi-square}=42,8$ ;  $df=1$ ;  $p<0,0001$ ). Кроме того, значение образовательного фактора установлено при анализе обстоятельств дебюта проблемного употребления алкоголя ( $\text{Chi-square}=188,0$ ;  $df=6$ ;  $p<0,0001$ ). Пациенты с высшим образованием сравнительно чаще начинали проблемную алкоголизацию в кругу однокурсников по месту учебы (64,0% vs 6,5%), с более редкой частотой – в одиночестве (6,6%) либо в компании знакомых по общим интересам (4,6%), при этом данные варианты отсутствуют в группах пациентов со средним образованием. Начало алкоголизации при среднем образовании было связано с компанией по месту жительства (70,3% vs 20,8%), коллегами по месту работы (16,2% vs 4,1%), употреблением в кругу семьи (6,5%) либо в компании случайных лиц (0,5%), при отсутствии данных вариантов среди высокообразованных пациентов. Выявленные различия в структуре инициальных мотивов алкоголизации также более связаны с образовательным фактором, чем с возрастным: в группах лиц с высшим образованием сравнительно выше удельный вес атарактических и ниже доля субмиссивных мотивировок. При анализе актуальных мотивировок данная тенденция сохраняется, но к ним добавляется тенденция к более высокому удельному весу мотивировок гиперактивации при наличии среднего образования и мотивировок зависимости – при наличии высшего образования.

В клинической картине алкогольного абстинентного синдрома (ААС) не выявлено статистически значимых межгрупповых различий для проявлений вегетативного компонента. Группы молодых пациентов обнаружили более высокую выраженность проявлений эмоциональной лабильности в рамках аффективных проявлений ААС по сравнению с пациентами старшего возраста. Различия в группах пациентов с разными уровнями образования коснулись тревожных и депрессивных проявлений в аффективном компоненте ААС (более выражены у пациентов с высшим образованием), выраженности поведенческого компонента ААС (более выражен у пациентов со средним образованием). Специфическим отличием молодых высокообразованных пациентов является высокая выраженность идеаторного компонента ААС, молодых пациентов со средним образованием – высокая выраженность дисфорических проявлений в аффективном компоненте. В структуре аффективного компонента ААС у молодых пациентов с высшим образованием сравнительно чаще обнаружены истерические проявления, а у молодых пациентов со средним образованием – депрессивно-дисфорические проявления и дисфория с агрессией, в обеих группах пациентов с высшим образованием – депрессивные проявления. В целом вариант ААС более чем в половине случаев квалифицирован как нейровегетативный. Частота встречаемости церебрального варианта ААС сравнительно повышена в группах лиц со средним образованием, висцерального варианта ААС – в старших возрастных группах, психопатологического варианта ААС – среди молодых пациентов со средним образованием. Диагноз коморбидного психического расстройства при алкогольной зависимости был выставлен в единичных случаях, при этом клиническая или субклиническая тревожная симптоматика зафиксирована у 55,5% пациентов, депрессивная симптоматика – у 33,2%, в целом наличие тревожной и/или депрессивной симптоматики отмечается в 62,6% случаев (с преобладанием в группах пациентов с высшим образованием). Выявленные факты могут свидетельствовать о необходимости повышения уровня диагностики коморбидных тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с алкогольной зависимостью. Нарушения профессиональной и семейной адаптации более выражены в группах молодых пациентов (потеря работы – 35,8% случаев vs 12,0% в старшей группе; распад семьи – 39,5% vs 18,9%), однако снижение социального статуса без полной его утраты, переход на менее квалифицированную работу – у пациентов с высшим образованием (12,2% vs 1,1%).

**Заключение.** Учет возрастных и образовательных особенностей пациентов с алкогольной зависимостью позволит более дифференцированно подойти к организации вмешательства в отношении данных больных, обеспечить персонализацию помощи.

#### Список литературы

1. Бохан Н.А., Воеводин И.В., Лукьянова Н.А., Пушкаренко А.Б. Аддиктивные и тревожно-депрессивные расстройства у студентов Томской области: динамика, половозрастной и миграционный аспекты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2017. № 3 (96). С. 38-45.
2. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И. Структура и распространенность психических и поведенческих расстройств у лиц призывного возраста в Томской области в 2016–2018 гг. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2019. № 4 (105). С. 26–33. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4\(105\)-26-33](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-4(105)-26-33)
3. Цыганков Б.Д., Шамов С.А., Земсков М.Н., Цыганков Д.Б., Пляскина Т.В. Сравнительная характеристика групп больных, зависимых от алкоголя и психоактивных веществ, проходивших стационарное лечение в различные временные периоды. *Наркология*. 2019. Т. 18, № 3. С. 69-73.
4. Meyer JP, Isaacs K, El-Shahawy O, Burlaw AK, Wechsberg W. Research on women with substance use disorders: Reviewing progress and developing a research and implementation roadmap. *Drug Alcohol Depend*. 2019 Apr 1;197:158-163. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.01.017. Epub 2019 Feb 21. PMID: 30826625; PMCID: PMC6440852.
5. Wells L, Östberg V. Parental education differentially predicts young adults' frequency and quantity of alcohol use in a longitudinal Swedish sample. *SSM Popul Health*. 2018 Sep 5;6:91-97. doi: 10.1016/j.ssmph.2018.09.001. PMID: 30238054; PMCID: PMC6143747.
6. Wilson TD, Wray LA, Turrisi RJ. Positive alcohol expectancies and injunctive drinking norms in drinking to cope motives and alcohol use among older adults. *Addict Behav Rep*. 2019 Jul 21;10:100207. doi: 10.1016/j.abrep.2019.100207. PMID: 31384661; PMCID: PMC6661415.

## **Пространственное распределение биопотенциалов и их источников в структурах мозга при алкогольной зависимости с коморбидным аффективным расстройством**

**Галкин С.А.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Введение.** Алкоголизм и аффективные расстройства – это распространенные заболевания, сопровождающиеся выраженными медико-психологическими последствиями, нарушением социального функционирования, частичной или полной утратой трудоспособности [1, 2]. Проблема коморбидности алкогольной зависимости и аффективных расстройств остается актуальной и требует дальнейшего изучения, несмотря на огромное количество исследований, посвященных ей. В настоящее время проводится множество работ по выявлению патогенетических взаимодействий при коморбидности алкогольной зависимости и аффективных расстройств [3, 4, 5]. Существует ряд гипотез патогенеза аффективных расстройств и алкоголизма, подтвержденных большим количеством как экспериментальных, так и клинических данных. Однако биологические исследования по проблеме коморбидности алкоголизма и аффективной патологии немногочисленны, что определяет актуальность данной тематики. Перспективным направлением в настоящее время является поиск нейрофизиологических маркеров патогенеза психических и поведенческих расстройств, что подтверждается возросшим интересом исследователей во всем мире к нейровизуализационным и функциональным методам [6].

**Целью** работы являлась оценка нейрофизиологических коррелятов коморбидности алкогольной зависимости и аффективных расстройств – по уровню пространственного распределения биопотенциалов и их источников в структурах головного мозга.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось на базе отделения аддиктивных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Формирование выборки и клиническую оценку состояния пациентов осуществляли квалифицированные врачи-психиатры с применением карты стандартизованного описания обследуемого, которая включала идентифицирующие больного данные, анамнез жизни, наркологический анамнез, неврологический и соматический статусы.

Критериями включения в исследование были: установленный диагноз алкогольной зависимости и/или аффективного расстройства по МКБ-10, возраст 25–55 лет, добровольное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, умственная отсталость, эпилепсия, беременность, черепно-мозговые травмы любой степени тяжести.

Всего было обследовано 90 пациентов после детоксикации: 60 пациентов с алкогольной зависимостью (F10.2 и F10.3 по МКБ-10) и 30 пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами: F31.3 – 9 пациентов (30%), F32.0-2 – 7 (23,3%), F33.0-2 – 5 (16,7%), F34.1 – 9 (30%).

Электроэнцефалографические исследования у пациентов проведены на 3–5-й день поступления в клинику после детоксикации. Запись и оценка электрической активности головного мозга проводилась на 16-канальном электроэнцефалографе «Неврополиграф» по международной системе «10–20». Процедура исследования включала в себя регистрацию фоновой ЭЭГ в состоянии спокойного расслабленного бодрствования с закрытыми глазами в течение 2 минут. Сигналы обрабатывались с помощью быстрого преобразования Фурье, анализировались значения спектрального анализа мощности ритмов ЭЭГ ( $\text{mkB}^2$ ). Трехмерная локализация источников электрической активности головного мозга осуществлялась с помощью программы BrainLoc 6.1. Программа предназначена для определения и отслеживания в объеме головного мозга человека источников электрической активности, представленных для каждого момента времени в виде одного или нескольких эквивалентных токовых диполей.

**Результаты исследования.** При анализе данных спектральной мощности ЭЭГ-ритмов были выявлены статистически значимые различия между исследуемыми группами пациентов. У пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами, отмечаются статистически значимо более высокие показатели спектральной мощности альфа-ритма в центральных ( $p=0,013$ ), теменных ( $p=0,017$ ) и затылочных ( $p=0,017$ ) отведениях по сравнению с пациентами, страдающими только алкогольной зависимостью. Также у пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами, отмечаются статистически значимо более высокие показатели спектральной мощности бета-ритма в лобных ( $p=0,015$ ) отведениях. Статистически значимых различий показателей спектральной мощности тета-ритма между исследуемыми группами пациентов обнаружено не было ( $p>0,05$ ). Параметры эквивалентных дипольных источников определялись у пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами, преимущественно в 7-м (50,4%), 6-м (28,1%) 8-м (18,4%) аксиальных срезах, тогда как у пациентов, страдающих только алкогольной зависимостью, как правило, в самом глубоком – 8-м (83,6%) аксиальном срезе. По результатам локализации источников электрической активности мозга, выведенным программой BrainLoc, электрическая активность у пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами, локализовалась: в районе теменно-затылочной борозды (6-й срез), в зоне таламуса, гиппокампа (в медиальном направлении), четверохолмия и парагиппокампальной извилины (7-й срез). У пациентов, страдающих только алкогольной зависимостью, электрическая активность наблюдалась в области дна четвертого желудочка, боковой затылочно-височной извилины и нижней височной извилины (8-й срез). Кроме того, обращает на себя внимание слегка преобладающая правосторонняя тенденция мозговой активности у пациентов с алкогольной зависимостью, коморбидной с аффективными расстройствами. Тогда как у пациентов, страдающих только алкогольной зависимостью, отмечается левостороннее смещение.

**Заключение.** В результате проведенного исследования было показано, что наличие коморбидного аффективного расстройства у пациентов с алкогольной зависимостью сопровождается регионарными изменениями биопотенциалов с усилением альфа- и бета-активности, а также вовлечением в патологический процесс более поверхностных структур мозга (6-й и 7-й аксиальные срезы) с преобладающей правосторонней тенденцией.

#### Список литературы

1. Бохан Н.А., Семке В.Я. Коморбидность в наркологии. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. 498 с.
2. Розин А.И., Рощина О.В., Пешковская А.Г., Белокрылов И.И. Коморбидные сочетания алкогольной зависимости и депрессивных расстройств. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018; 4 (101): 40–45. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4\(101\)-40-45](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-4(101)-40-45)
3. Ветрилэ Л.А., Невидимова Т.И., Давыдова Т.В., Захарова И.А., Савочкина Д.Н., Галкин С.А., Бохан Н.А. Аутоантитела к нейромедиаторам дофамину, норадреналину, серотонину, глутамату и ГАМК при коморбидном течении депрессии и алкогольной зависимости. Патологическая физиология и экспериментальная терапия. 2019. № 4. С. 5–12.
4. Галкин С.А. Особенности биоэлектрической активности коры головного мозга у пациентов с коморбидностью алкогольной зависимости и депрессивных расстройств. Вопросы наркологии. 2020. № 5 (188). С. 37–46. DOI: 10.47877/0234-0623\_2020\_5\_37
5. Левчук Л.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А. Периферические маркеры повреждения нервной ткани при аддиктивных и аффективных расстройствах. Нейрохимия. 2021. Т. 38, № 1. С. 77–82. DOI: 10.31857/S1027813321010076
6. Галкин С.А., Рощина О.В., Пешковская А.Г. Влияние коморбидного депрессивного расстройства на объем рабочей памяти и функциональную активность мозга у алкогользависимых пациентов. Якутский медицинский журнал. 2020. № 3 (71). С. 115–119. DOI: 10.25789/УМЖ.2020.71.29

## **Связь суицидального риска и соматотипа у больных шизофренией**

**Герасимова В.И., Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Актуальность.** Суицидальное поведение, будучи второй по частоте причиной смерти среди больных шизофренией, остается значимой проблемой для практического здравоохранения [1, 2]. При этом по-прежнему не разработано точных инструментов оценки суицидального риска, что определяет необходимость поиска надежных потенциальных биомаркеров, которые могли бы предсказывать возникновение и развитие суицидального поведения у лиц с шизофренией.

В настоящий момент обширно описана роль конституции в течении и исходе болезни, что позволяет прогнозировать патокинез заболевания [3]. Однако роль конституционально-морфологических характеристик в развитии суицидального поведения больных шизофренией освещена недостаточно. В то же время морфофенотип может быть потенциальным структурным биомаркером суицидального риска.

**Цель:** исследовать связь между уровнем суицидального риска и соматотипом у больных шизофренией.

**Материалы и методы.** Нами были обследованы 50 больных шизофренией, прошедших лечение в клиниках ФГБНУ НИИ ПЗ ТНИМЦ и Томской клинической психиатрической больницы. Критериями включения в исследование являлись: возраст пациентов от 18 до 60 лет, верифицированный диагноз шизофрении по исследовательским критериям МКБ-10, способность дать письменное информированное согласие.

Все исследуемые прошли оценку тяжести клинко-психопатологической симптоматики с помощью Шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) в адаптированной русской версии – SCI-PANSS [4]; оценку суицидального риска с помощью Шкалы суицидальных мыслей Бека (Beck Scale for Suicide Ideations – SSI). Кроме того, было проведено антропометрическое исследование по методике В.В. Бунака (1941) в модифицированной версии В.П. Чтецова [5] с последующим вычислением интегрального индекса типа телосложения [6].

Исследуемые были разделены на три группы в зависимости от соматотипа: астенического ( $n=15$ ), нормостенического ( $n=25$ ) и гиперстенического ( $n=10$ ). Различий по полу, возрасту и возрасту манифестации заболевания между группами выявлено не было. Были установлены различия в уровне суицидального риска между группами. Статистический анализ проводился с помощью программного пакета STATISTICA для Windows v.12.0, с использованием критерия Крускала-Уоллеса, критерия хи-квадрат. Значение  $p$  менее 0,05 было принято значимым.

**Результаты.** Было обнаружено, что между группами существуют статистически значимые различия по уровню суицидального риска ( $p=0,047$ ): в группе исследуемых с астеническим соматотипом медиана суммарного балла по шкале BSIS составила 4 [3; 10] против 2 [1; 8,5] в группе исследуемых с нормостеническим соматотипом и 1 [1; 5] в группе исследуемых с гиперстеническим соматотипом. Кроме того, обнаружены статистически значимые различия между группами пациентов по уровню выраженности негативных симптомов по шкале PANSS ( $p=0,021$ ): 28 [26; 30] в группе исследуемых с гиперстеническим соматотипом против 23 [20; 26] в группе с астеническим соматотипом и 26 [22; 28] в группе с нормостеническим соматотипом.

**Выводы.** Полученные данные указывают на наличие связи между уровнем суицидального риска и соматотипом: исследуемые с астеническим соматотипом продемонстрировали больший уровень суицидального риска. В то же время было обнаружено, что у исследуемых с гиперстеническим соматотипом выраженность негативной симптоматики была выше, нежели в других группах, что может влиять на полученные результаты. Кроме того, исследование проводилось на небольшой выборке пациентов. Данный вопрос нуждается в дальнейшем изучении.

### Список литературы

1. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657. Epub 2013 Dec 2. PMID: 24313570.
2. Носова Е.С., Жуков И.В., Радулов С.П. Психические расстройства и суицидальное поведение: результаты анализа медицинской документации. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2021; 2 (111): 54–63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2\(111\)-54-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2(111)-54-63)
3. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплет», 2018. 174 с.
4. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13(2):261-76. doi: 10.1093/schbul/13.2.261. PMID: 3616518.
5. Чтецов В.П., Негашева М.А., Лапшина Н.Е. Изучение состава тела у взрослого населения: методические аспекты. *Вестник Московского университета. Серия 23: Антропология.* 2012. № 2. С. 43-52.
6. Rees WL, Eysenk HJ. A factorial study of some morphological aspects of human constitution. *J. Mental Sci.* 1945; 91(382):8-21. <https://doi.org/10.1192/bjp.91.382.8>

## Клинико-иммунологические аспекты депрессии у больных рассеянным склерозом

Гольдин Б.Г.<sup>1</sup>, Гольдина И.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Новосибирск, Россия

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт фундаментальной и клинической иммунологии», Новосибирск, Россия

**Введение.** Согласно современным представлениям, рассеянный склероз (РС) является социально значимым полиэтиологическим аутоиммунным заболеванием нервной системы с прогрессирующей неврологической дисфункцией. Наличие реципрокных взаимоотношений между иммунной и нервной системами, высокая степень коморбидности психических расстройств с аутоиммунными заболеваниями, вовлеченность иммунокомпетентных клеток и продуцируемых ими биологически активных соединений в патогенез аффективных расстройств подтверждает гипотезу о наличии общих для данных патологических процессов иммуноопосредованных механизмов патогенеза.

У больных РС течение заболевания в ряде случаев сопровождается изменениями в психоэмоциональной сфере. Однако вклад аффективной симптоматики в качество жизни больного РС часто остается недооцененным и снижает комплаентность пациента. В связи с этим диагностика коморбидной аффективной патологии у лиц, страдающих РС, и разработка стратегий её коррекции приобретает важное научно-практическое значение.

**Цель исследования:** выявление частоты и степени выраженности рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) (F33 по МКБ-10) у больных РС, а также определение особенностей цитокинового статуса у больных РС на фоне РДР.

**Материал и методы.** Объектом исследования были 90 больных, из них 37 мужчин в возрасте 38 (31,0; 47,0) лет и 53 женщины в возрасте 39 (31,0; 50,0) лет с установленным диагнозом: рассеянный склероз (G35), удовлетворяющим критериям McDonald (2005, 2010, в модификации 2017 г.), с непрерывно-прогредиентным течением, со средней степенью инвалидизации и длительностью заболевания 17 (14,0; 18,0) лет.

Протокол исследования был разработан в соответствии с Хельсинской Декларацией Всемирной Медицинской Ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками 2013 г. и «Правилами надлежащей клинической практики», утверждёнными Приказом МЗ РФ № 200н от 01.04.2016 г. Все пациенты – участники исследования подписывали добровольное информированное согласие.

Мононуклеарные клетки крови (МНК) больных выделяли стандартным методом центрифугирования венозной крови на градиенте плотности фиколла 1,078 г/см<sup>3</sup>. Определение продукции цитокинов в культуральных супернатантах МНК проводили методом твердофазного варианта иммуоферментного анализа. Выраженность симптоматики РДР выявляли по шкалам депрессии М. Гамильтона и А.Т. Бека, а также при проведении клинического обследования психиатром согласно клиническим критериям МКБ-10.

Статистическую обработку данных проводили с использованием коммерческого пакета программ Statistica 10,0 (StatSoft, USA), непараметрического критерия Манна-Уитни. Результаты представляли в виде медианы и интервала между 1-м и 4-м квартилями – Me (25%; 75%). Различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Наличие симптомов РДР наблюдалось в 93,3% (84 больных) исследованных случаев РС. Аффективная симптоматика у этих больных заключалась в нарушении настроения, преимущественно в сторону угнетения, в снижении самооценки и уровня эмоциональной и физической активности с тенденцией к повторяемости, сочетании когнитивно-аффективных симптомов с соматическими проявлениями – вегетативными нарушениями в виде тахикардии, гиперемии кожных покровов, гипергидрозом, нарушением сна и аппетита. В структуре аффективных расстройств преобладало РДР средней степени тяжести: 15,0 (14,0; 17,0) и 22,0 (20,0; 26,0) балла по шкалам депрессии М. Гамильтона и А.Т. Бека соответственно, которое было диагностировано в 53,6% случаев, а также тяжелое течение РДР: 20,0 (19,0; 21,0) и 39,0 (33,0; 46,0) балла по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека соответственно, установленное в 26,2% случаев. Тогда как РДР легкой степени наблюдалась лишь в 20,2% исследованных случаев: 10,0 (9,0; 11,0) и 14,0 (12,0; 17,0) балла по шкалам М. Гамильтона и А.Т. Бека соответственно.

У больных РС с РДР легкой степени (G35, F33.00) в отличие от больных без аффективной симптоматики отмечалась более высокая продукция ИЛ-6. Содержание ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6 в культуральных супернатантах МНК больных с РДР в форме тяжелой депрессии (G35, F33.2) превышало соответствующие параметры больных с легкой депрессивной симптоматикой. Была выявлена прямая корреляционная взаимосвязь между степенью выраженности РДР и уровнем спонтанной продукцией ИЛ-1 $\beta$ , ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6 мононуклеарными клетками крови больных РС в культуре.

**Заключение.** Непрерывно-прогредиентное течение рассеянного склероза в большинстве случаев сопровождалось развитием коморбидного аффективного расстройства в форме РДР (G35, F33), в структуре которого преобладало депрессивное расстройство средней степени тяжести и тяжелое, характеризовавшееся наличием как когнитивно-аффективных, так и соматических симптомов. Степень выраженности РДР коррелировала с изменением иммунологических параметров – тяжелая аффективная симптоматика сопровождалась изменением функциональной активности иммунокомпетентных клеток – повышением продукции цитокинов, синтезируемых Т-хелперами I типа.

## **Роль акатизии в эффективности антипсихотической терапии у больных шизофренией**

**Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Акатизия является сложным клиническим синдромом, который включает в себя как объективные компонент или моторный, так и субъективный компонент (жалобы пациента на чувство внутреннего беспокойства, напряжение, непреодолимое желание к движению, утомляемость). Возникновение антипсихотик-индуцированной акатизии у пациентов с шизофренией может модифицировать клинику течения основного заболевания, оказывая негативное влияние на психическое состояние пациента и утяжеляя прогноз (Гончарова А.А. и др., 2018).



Это также может затруднять диагностику акатизии, а именно её проявления неверно трактуются и ошибочно интерпретируются как наличие у пациента психомоторного возбуждения, синдрома беспокойных ног, тревоги, ажитации, интоксикации/абстинентного синдрома, что искажает картину психического состояния пациента, препятствует его адекватной оценке и ведет не только к нерациональным методам лечения основного заболевания, но и всей дальнейшей реабилитации больных шизофренией (Pringsheim T. et al., 2018). Акатизия, в особенности при тяжелой степени выраженности, может провоцировать актуализацию суицидальных тенденций (Корнетова Е.Г. и др., 2018). Подбор рациональной психофармакотерапии позволяет улучшить качество жизни и уровень адаптации пациентов с шизофренией. Однако не только достижение клинической эффективности на фоне лечения, но и развитие нежелательных побочных явлений должно определять выбор антипсихотического препарата.

**Цель.** Оценить влияние акатизии и её клинических компонентов на эффективность антипсихотической терапии у больных шизофренией.

**Материалы и методы.** Было обследовано 250 (135 мужчин и 115 женщин) стационарных больных, получающих базисную антипсихотическую терапию, с верифицированным диагнозом шизофрении по диагностическим критериям МКБ-10, в возрасте 40 [32; 50] лет, с длительностью заболевания 13 [7; 22] лет, возрастом манифестации шизофренического процесса 23 [19; 30] года. Наличие акатизии оценивалось с использованием Шкалы акатизии Барнса (Barnes Akathisia Rating Scale – BARS) (Barnes T.R., 1989). На основании чего все пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с акатизией (n=92; 36,8%), 2-я группа – пациенты без акатизии (n=158; 63,2%). Эффективность психофармакотерапии оценивалась с использованием рейтинговой шкалы общего клинического впечатления (Clinical Global Impression – CGI) (Guy W., 1976). Оценка была выполнена в динамике при поступлении пациента и через 6 недель терапии. Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения Statistica for Windows (V. 12.0), пороговое значение достигнутого уровня значимости  $p < 0,05$ .

**Результаты.** На момент поступления в стационар актуальное психическое состояние пациентов с акатизией (5 [4; 5] баллов) и без акатизии (5 [4; 5] баллов) не имело статистически значимых различий ( $p=0,886$ ) и было оценено как «значительно выраженные психические нарушения». В динамике различия в группах сравнения также не были установлены ( $p=0,587$ ), актуальное психическое состояние было оценено как «незначительное улучшение» – 3 [3; 3] балла и 3 [2; 4] балла соответственно. Эффективность терапии по CGI составила: для лиц с акатизией – 11 [7; 12] и без нее – 10 [6; 11], различия не были установлены ( $p=0,199$ ). Однако при оценке эффективности терапии у пациентов с акатизией по компонентам акатизии и её клинической выраженности обнаружено, что больные шизофренией, которые сообщали о незначительно выраженном чувстве субъективного утомления по BARS, имели лучшие показатели эффективности терапии по сравнению с пациентами, которые сообщали об умеренно и значительно выраженном чувстве субъективного утомления по BARS, связанном с акатизией. В целом эта тенденция наблюдается для всех компонентов акатизии, несмотря на отсутствие статистически значимых различий (табл. 1).

**Таблица 1. Клиническая выраженность компонентов акатизии по BARS в зависимости от эффективности терапии по CGI у пациентов с акатизией**

Шкала CGI	BARS						
	Незначительно выраженный	Умеренно выраженный	Значительно выраженный	p	1-2	1-3	2-3
Объективный компонент	10 [6; 12]	11 [10; 12]	10 [5,5; 11,5]	0,266	0,468	1,0	0,52
Субъективный компонент	10 [6; 11]	11 [9; 12]	11 [9; 12]	0,106	0,206	0,241	1,0
Утомляемость	9 [6; 11]	11 [9,5; 12,5]	11 [10; 12]	0,006*	0,016*	0,035*	1,0
Клиническая выраженность	10 [6; 11]	11 [10; 12]	11 [6,5; 12,5]	0,073	0,088	0,436	1,0

**Заключение.** Таким образом, в ходе оценки клинической эффективности терапии у пациентов целесообразно учитывать не только клинический эффект от проводимого лечения, но и принимать во внимание развитие акатизии, а именно клиническую выраженность её компонентов, что позволит реализовать персонализированный подход к терапии и улучшить уровень адаптации и социального функционирования у лиц с шизофренией.

#### **Список литературы**

1. Гончарова А.А., Корнетова Е.Г., Дубровская В.В., Сорокина В.А., Семке А.В. Клинико-динамические и клинико-социальные факторы при акатизии у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 3 (100). С. 46-51. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3\(100\)-46-51](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-3(100)-46-51).
2. Pringsheim T, Gardner D, Addington D, Martino D, Morgante F, Ricciardi L, Poole N, Remington G, Edwards M, Carson A, Barnes TR. The Assessment and Treatment of Antipsychotic-Induced Akathisia. *Can J Psychiatry*. 2018 Nov;63(11):719-729. doi: 10.1177/0706743718760288. Epub 2018 Apr 23. PMID: 29685069; PMCID: PMC6299189.
3. Корнетова Е.Г., Гончарова А.А., Корнетов А.Н., Давыдов А.А., Дубровская В.В., Семке А.В., Бохан Н.А. Суицидология. 2018. Т. 9, № 3 (32). С. 63-70. DOI 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-63-70
4. Barnes TR. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry*. 1989 May;154:672-6. doi: 10.1192/bjp.154.5.672. PMID: 2574607.
5. Guy W. NIMH. AIMS, Abnormal Involuntary Movement Scale. ECDEU assessment manual for psychopharmacology, rev. edn. Rockville, Maryland: National Institutes of Mental Health, 1976:534–537.

**Исследование поддержано грантом РФФИ № 19-315-90010.**

### **Взаимосвязь качества жизни пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, с клиническими, психологическими и социальными факторами**

**Гуськова О.А.<sup>1</sup>, Ярославская Е.И.<sup>1</sup>, Приленский Б.Ю.<sup>2</sup>, Петелина Т.И.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Тюмень, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» Минздрава России**

**Введение.** COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) – это заболевание с высоким индексом контагиозности и непредсказуемым течением, оно часто приводит к поражению различных органов и систем [1]. COVID-19 оказывает негативное влияние на психологическое состояние пациентов и снижает качество жизни (КЖ). КЖ представляет собой комплексную характеристику значений, перспектив, функциональности, духовности и удовлетворенности жизнью с учетом культурного контекста жизни человека. Изучение влияния COVID-19 на КЖ чрезвычайно важно для формирования целостного представления о физическом и психологическом состоянии пациента после перенесенного инфекционного заболевания и разработки программ по восстановлению здоровья.

**Цель.** Изучить особенности и взаимосвязи КЖ пациентов, перенесших доказанную пневмонию COVID-19, через 3 месяца после выписки, с сердечно-сосудистой патологией, психологическим состоянием и социальными факторами.

**Материалы и методы.** Набор материала проводили в рамках «Проспективного наблюдения пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию». В исследование вошло 102 пациента через 3 месяца после выписки из стационара с диагнозом пневмонии, вызванной вирусом SARS-COV-2. Средний возраст обследованных составил 46,53±15,86 года. Тяжесть перенесенной пневмонии для включения в многофакторный анализ как самостоятельного показателя оценивали по данным выписного эпикриза. Для расчета парных сравнений по возрасту выделено 3 возрастные категории обследованных: лица 19-39 лет (группа 1), 40-59 лет (группа 2) и 60-84 года (группа 3).

КЖ оценивалось посредством опросника SF-36. Признаки тревоги и депрессии оценивали при помощи диагностических шкал Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7) и Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Шкала воспринимаемого стресса-10 применялась для оценки наличия стресса.

**Результаты.** Половину обследованных (50%) составили женщины. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) выявлены у 48% пациентов. Наиболее распространены артериальная гипертония (44%) и хроническая сердечная недостаточность (24,5%). Для 28,4% пациентов характерны признаки тревоги, для 26,5% – признаки депрессии, признаки стресса выявлялись реже (у 7,8% опрошенных). В ходе сравнения возрастных групп в самой старшей группе 3 определена наибольшая распространенность ССЗ: статистически значимо чаще встречаются артериальная гипертония (18,6%,  $p < 0,01$ ), ишемическая болезнь сердца (11,8%,  $p = 0,01$ ) и хроническая сердечная недостаточность I-II функционального класса (NYHA) (10,8%,  $p < 0,01$ ). Физический компонент здоровья в возрастной группе 1 статистически значимо выше в сравнении с возрастными группами 2 ( $p = 0,03$ ) и 3 ( $p < 0,01$ ). Также более низкие показатели КЖ связаны с физическим здоровьем среди пациентов с ССЗ. Корреляция между баллами опросника SF-36 по показателям, отражающим физическое здоровье (физический компонент здоровья, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование, общее состояние) и количеством ССЗ является статистически значимой, так же как взаимосвязь между возрастом и КЖ. При этом коэффициенты корреляции между значениями КЖ по шкале физический компонент здоровья и возрастом статистически значимо выше при сравнении коэффициентов корреляции между значениями КЖ и количеством коморбидных ССЗ ( $r = -0,427$ ,  $p < 0,01$  и  $r = -0,252$ ,  $p = 0,01$  соответственно). В результате многофакторного анализа определено, что на физический компонент здоровья значимо влияет только возраст.

В группе пациентов с наличием признаков тревоги и депрессии качество жизни, отражающее психологическое здоровье, оказалось значимо более низким в сравнении с пациентами без признаков нарушений эмоциональной сферы. Многофакторный анализ показал, что на психологический компонент здоровья значимое влияние оказывают уровни депрессии и стресса.

При сравнении полученных данных по фактору гендерной принадлежности признаки депрессии статистически значимо чаще выявлены у женщин (18,6%), чем у мужчин (7,8%;  $p = 0,01$ ), так же как и признаки тревоги (у 18,6% женщин и 9,8% мужчин;  $p = 0,05$ ). КЖ женщин ниже в сравнении с мужчинами не только по обобщенным показателям опросника SF-36 (физический и психологический компоненты здоровья), но и по отдельным шкалам (ролевое физическое функционирование, ролевое эмоциональное функционирование, социальное функционирование, жизненная активность, интенсивность боли).

У состоящих в браке пациентов определены статистически значимые ( $p = 0,03$ ) более высокие показатели по шкале физического функционирования. Среди неработающих пациентов значения по шкале интенсивность боли статистически значимо ( $p = 0,04$ ) ниже в сравнении с теми, кто регулярно участвует в трудовой деятельности.

**Обсуждение.** Снижение физического компонента здоровья и соответствующих показателей КЖ среди пациентов после COVID-19-ассоциированной пневмонии определяется наличием хронических заболеваний и в большей степени возрастными изменениями, чем тяжестью перенесенного инфекционного заболевания. При анализе возрастных групп установлено, что с повышением возраста пациентов происходит ухудшение КЖ по шкалам, связанным с физическим здоровьем. Также представители самой старшей возрастной группы статистически значимо чаще страдают от ССЗ, что негативно сказывается на физическом компоненте КЖ. По данным литературы, субъективная тяжесть последствий COVID-19-ассоциированной пневмонии для пациентов пожилого возраста возникает вследствие более тяжелого течения заболевания и большего числа последующих осложнений. Дополнительное влияние оказывает возрастное снижение физиологических ресурсов организма, которое увеличивает уязвимость к возбудителям инфекционных заболеваний и затрудняет восстановление.

Ухудшение КЖ по шкалам физического состояния у пациентов с ССЗ представляется закономерным и согласуется с результатами других исследований, подтверждающих негативное влияние нарушений сердечно-сосудистой системы на КЖ вне зависимости от возраста. Тем не менее результаты многофакторного анализа показывают большее влияние возраста на физическое здоровье, чем количество сопутствующих заболеваний. При восстановлении после COVID-19-ассоциированной пневмонии возрастные особенности влияют на снижение КЖ, как непосредственно способствуя более тяжелому течению заболевания и более длительному восстановлению, так и опосредованно через более частую и выраженную коморбидную патологию.

Низкий уровень КЖ при нарушениях эмоциональной сферы можно объяснить негативными эмоциями и представлениями, связанными с заболеванием, высоким уровнем самостигматизации и низкой самооценкой. Во время переживания стресса запускаются нейроэндокринные изменения, которые приводят к определенным эмоциональным, когнитивным и поведенческим реакциям, отражающим состояние психологического здоровья, и нарушают адаптацию к окружающей среде. Таким образом, психотерапевтическое воздействие, направленное на изменение перечисленных реакций, должно способствовать улучшению психологического компонента КЖ.

Подверженность женщин эмоциональным нарушениям и психическим расстройствам и, как следствие, нарушению социальной адаптации можно объяснить влиянием физиологических, психологических и социальных факторов. Женщины, перенесшие COVID-19-ассоциированную пневмонию, испытывают ограничения в повседневной деятельности по причине влияния физического состояния, эмоциональных проблем и сфокусированности на болевых ощущениях, проявляющихся в снижении жизненной активности и социального функционирования.

Положительно на КЖ влияют наличие супруга и регулярной трудовой деятельности. Проживание в семье с супругом рассматривается как фактор социальной поддержки. Брачный статус снижает вероятность развития физических, психологических и социальных проблем, связанных с возрастными изменениями. Трудовая занятость рассматривается как вариант копинг-стратегии, помогающей переключаться с негативных переживаний на деятельность. Помимо этого, регулярная трудовая деятельность обеспечивает душевную и эмоциональную стабильность.

Поскольку нарушение эмоционального фона, снижение стрессоустойчивости и адаптации к переменам во внешнем и внутреннем мире подлежат коррекции, проведение мероприятий, направленных на их изменение, должно способствовать улучшению психологического компонента КЖ. Следовательно, для улучшения КЖ пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, представляется актуальным проведение комплексных восстановительных мероприятий, включающих работу по улучшению физического и психологического здоровья, учитывающих социальный аспект жизни человека.

**Выводы.** У лиц, перенесших пневмонию COVID-19, через 3 месяца после выписки низкие показатели физического аспекта КЖ связаны с наличием коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний и в большей степени с возрастом. Психологический аспект КЖ ухудшается под влиянием стресса и нарушений эмоциональной сферы. У женщин в сравнении с мужчинами отмечается более низкое КЖ по всем сферам. Факторами, улучшающими КЖ, определены наличие супруга и регулярная трудовая деятельность. Проведение мероприятий, направленных на улучшение эмоционального состояния и повышение устойчивости к стрессу, должно способствовать изменению психологического компонента КЖ.

#### **Список литературы**

1. Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 1 (110). С. 71–77. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-71-77](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-71-77)

## **Семейная система и особенности личности (на примере агрессивности)**

**Гуткевич Е.В., Шалыгина Е.А.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный  
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Проблема формирования здоровой личности всегда занимала особое место в жизни общества. Она остается актуальной и на сегодняшний день. Семья как структурная составляющая общества находится в постоянном развитии, отвечает за первичную социализацию личности, формирование ценностей, правил, норм, усвоение навыков межличностного взаимодействия и других особенностей функционирования личности [1]. Показано, что агрессия выступает неконструктивной формой адаптации к неблагоприятным ситуациям и может выражаться в отсутствии гибкости при решении проблемных ситуаций и др. [2]. Многие авторы разделяют понятия «агрессия» и «агрессивность», так как агрессивность личности не всегда может проявляться в агрессивных действиях, так же как и агрессивные действия не всегда указывают на агрессивность личности [3]. В детском возрасте на формирование агрессивности в наибольшей степени влияют обстановка в семье, взаимоотношения детей и родителей, стили воспитания в семье, примеры агрессивного поведения. В теории семейных систем М. Боуэна особое внимание отводится эмоциональному компоненту семейной системы, которая находится под влиянием двух процессов – совместности (сплочения) и дифференциации (разделения) членов семьи. Баланс данных процессов отражает особенности функционирования семьи и взаимодействие её членов друг с другом. Домашняя среда является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к личностно значимому месту [4]. Пространство домашней среды формируется в том числе и самой семьей. Семейное функционирование и адаптация являются критерием, который учитывает многомерную совокупность показателей психического здоровья [5].

**Цель работы:** установление влияния внутрисемейных отношений в домашней среде на формирование отдельных свойств личности. Предметом исследования является агрессивность как личностная особенность, объектом исследования является семья как источник формирования агрессивности. Гипотезы исследования: уровень агрессивности у условно здоровых (далее – здоровых) и лиц с психическими расстройствами зависит от семейной сплоченности и адаптации; показатели силы привязанности к дому у здоровых и лиц с психическими расстройствами имеют разную значимость.

**Материалы и методы.** Исследование взаимосвязи семейной адаптации и сплоченности с формированием агрессивности проводилось с использованием следующих методов и методик: Структурированное интервью с пациентом / опрос в Google-форме; опросник Л.Г. Почебут «Агрессивность» – предназначен для определения уровня агрессивного поведения личности; Опросник Д.Х. Олсон, Дж. Портнер, И. Лави «Шкала семейной адаптации и сплоченности» – определение уровня эмоциональной связи внутри семьи; Опросник С.И. Резниченко, С.К. Нартова-Бочавер, В.Б. Кузнецова «Привязанность к дому» – изучение отношения к своему жилью в целом и его содержанию в частности.

Методы математической статистики: описательная статистика (обобщение первичных результатов, полученных от двух выборок), SPSS Statistics 23 (определение нормальности распределения выборок по критерию Шапиро-Уилка, корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена).

Исследование проходило на базе клиники ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН», Научно-исследовательский институт психического здоровья г. Томска, а также в Google-форме (электронный вид серии опросников). В исследовании приняли участие 14 пациентов (женщин – 9, мужчин – 5) в возрасте от 21 года до 60 лет с диагнозами по МКБ-10: шизофрения (F20) и шизотипическое расстройство (F21), с давностью заболевания более 1 года и повторными госпитализациями в пси-

хиатрическую клинику. Выборка здоровых лиц, принявших участие в исследовании в Google-форме, составила 14 человек (женщин – 11, мужчин – 3) в возрасте от 17 до 26 лет.

**Результаты.** По итогам проведенного исследования в обеих группах отмечается преобладающий тип семейной сплоченности – разделенный тип. Разобщенный тип (несбалансированный) семейной сплоченности выражен в большей степени в группе пациентов. В выборке здоровых лиц в отличие от выборки пациентов отмечается наличие связанного (несбалансированного) типа семейной сплоченности. В обеих группах преобладающим типом семейной адаптации является хаотичный. Распределение функциональности семейной системы представлено следующим образом: преобладающими в обеих группах являются среднесбалансированные семьи. Процент сбалансированных семей оказался выше в выборке здоровых, в то время как в выборке пациентов выше процент несбалансированных семей.

При проведении теста «Агрессивности» были выявлены следующие значения: в группе пациентов преобладающими видами агрессивности является самоагрессия и предметная агрессия, в то время как в здоровой выборке – самоагрессия и вербальная агрессия. При помощи корреляционного анализа была выявлена прямая зависимость степени агрессивности и семейной адаптации в выборке пациентов ( $r=0,616$ ,  $p=0,33$ ) и в выборке здоровых лиц ( $r=0,619$ ,  $p=0,018$ ), что подтверждает гипотезу исследования.

В результате оценки привязанности к дому отмечено, что средний балл «Силы значимости места для его обитателей» в выборке пациентов выше (4,14), чем в выборке здоровых лиц (3,42). Также между двумя группами наблюдаются различия в природе привязанности к дому. В выборке здоровых лиц преобладающей привязанностью к дому является эмоционально-смысловая, в то время как в выборке пациентов преобладающей привязанностью выступает функциональная

**Выводы.** Таким образом, семья оказывает большое влияние на личность и выступает как один из факторов формирования тех или иных форм поведения и реагирования человека, а также отношения к домашней среде. Место, помимо географического пространства, пронизано индивидуальными смыслами человека, которые формируются во взаимодействии и жизнедеятельности в данном месте. Дом для каждого человека – это то перцептивное пространство, которое определяет привязанность к месту, где формируется субъект-средовое взаимодействие. При благоприятной обстановке внутри семьи, эмоциональной близости всех членов, установлении гармоничных правил функционирования семьи, способности семейной системы быстро адаптироваться к изменяющимся условиям, поддержке и помощи у человека формируются конструктивные формы поведения и повышается уровень личной адаптации. Неблагоприятная семейная обстановка, изолированность членов семьи друг от друга, отсутствие поддержки, взаимовыручки, эмоциональная холодность могут привести к формированию таких специфических личностных качеств как агрессивность, замкнутость и подозрительность.

#### **Список литературы**

1. Гуткевич Е.В., Семке А.В., Семке В.Я. Семья психически больного в системе социальных координат (российские исследования). Семейно-генетический кризис. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 1 (64). С. 71–76.
2. Михайлова В.П., Корытченкова Н.И., Александрова Л.А. Юридическая психология [Электронный ресурс]: учебное пособие. 3-е изд., стереотип. М.: Изд-во Флинта, 2013.
3. Михайлова О.Б., Сафи С.М., Шептура А.В. Агрессивность личности: основные подходы и перспективы в изучении. Мир науки. Интернет-журнал. 2017. Т. 5, № 6 [Электронный ресурс]. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/72PSMN617.pdf> (дата обращения 20.05.2021).
4. Нартова-Бочавер С.К., Бочавер А.А., Резниченко С.И., Хачатурова М.Р. Дом и его обитатели: психологическое исследование / Отв. ред. С.К. Нартова-Бочавер. М.: Памятники исторической мысли, 2018. 293 с.
5. Гуткевич Е.В., Шатунова А.И. Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 3 (104). С. 21–32. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-21-32](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-21-32)

## **Негативный опыт детства у подростков с высоким риском депрессии как мишень психотерапии**

**Дашиева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Особенности детско-родительских отношений и переживания раннего детства оказывают огромное влияние на развитие у ребенка системы отношений с окружающим миром, его личностное развитие и интерпретацию жизненного опыта. Ранние переживания относительно взаимоотношений со значимыми взрослыми образуют систему мыслей, воспоминаний, убеждений, ожиданий, эмоций и поведения по отношению к себе и к другим, которая прогнозирует, интерпретирует и регулирует поведение в более старшем возрасте. Формирующиеся в неблагоприятных условиях у ребенка/подростка индивидуальные когнитивные стили как способ интерпретации прошлых и/или предвосхищения будущих событий могут привести к эмоциональной уязвимости, различным нарушениям психологического здоровья (Бобров А.Е., Уласень Т.В., 2019; Сахаров А.В., Клинова М.А., 2020; Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е., 2021).

В подростковом возрасте происходит закрепление неадаптивных убеждений, связанных с прошлым, в котором «отсутствовал навык проводить критический анализ, и не было возможности опровергнуть их из-за ограничений в опыте отношений» (Янг Д.Э., Уэйнбергер А.Д., Бек А.Т., 2008). Результаты многочисленных исследований демонстрируют влияние негативных жизненных событий, перенесенных в детском возрасте, на физическое и психическое здоровье, возникновение проблем поведения, саморегуляции (Peshevska D.J. et al., 2014; McLaughlin K.A., 2016; Hunt T.K.A., Slack K.S., Berger L.M., 2016; McLaughlin K.A., 2017), формирование когнитивных, языковых, социальных навыков (Nurius P.S. et al., 2015; Perez N.M., Jennings W.G., Baglivio M.T., 2018) и снижение социального функционирования и благополучия (Korotona L.M. et al., 2016; Stempel H. et al., 2017; Bethell C.D. et al., 2017). Именно в этом возрастном периоде представляется перспективным изучение негативного опыта в контексте превенции нарушений психического здоровья и определения «мишеней» для психокоррекционной и психотерапевтической работы (Куприянова И.Е. и др., 2019).

С целью изучения субъективной значимости отдельных негативных жизненных событий и выявления риска развития депрессии было обследовано 507 учащихся городских и сельских средних общеобразовательных школ (241 мальчик, 266 девочек). Использованы шкала депрессии М. Ковак для детей и подростков 7–17 лет (Children's Depression Inventory, CDI) и шкала жизненных событий для подростков (Adolescent Mental Life Events Scale, ASLEC). Для обработки результатов исследования использована программа STATISTICA v.10,0. Анализ показателей распространенности осуществлялся с помощью критерия  $\chi^2$  с определением уровня значимости (p) и числа степеней свободы (df).

**Результаты.** Высокий уровень риска депрессии наблюдается у 16,6% респондентов, статистически значимо ( $p=0,001$ ,  $\chi^2=14,79$ ) чаще у девочек в сравнении с мальчиками (23,9% и 8,8%). Максимальные показатели приходится на шкалу «Межличностные проблемы» (26,2%). Негативные жизненные события, как имеющие высокую значимость для функционирования, отмечены у 25% подростков исследуемой группы. По отдельным сферам функционирования (психологическая, семейная, школьная, физическая и экстремальные события) показатели уровня субъективной значимости событий не имели значимых различий. Жизненные события соперничество и экстремальное стрессовое событие имеют высокий уровень субъективной значимости у мальчиков. Тогда как для девочек более характерны проблемы в отношениях с противоположным полом. Это может объясняться тем, что для мальчиков исследуемого возраста актуальными являются необходимость выстраивания отношений в конкурентной среде, определение собственного иерархического места в группе сверстников (соперничество) и связанная с мужским по-

лом более высокая частота попадания в рисковые ситуации с потенциальной угрозой для здоровья и жизни (входят в экстремальные события). Межличностное взаимодействие при высокой значимости для подростков, причем независимо от пола, является особенно важным для девочек в контексте романтических отношений (взаимоотношения с противоположным полом). Различия на уровне тенденции обнаружены по событиям: споры с одноклассниками или друзьями ( $p=0,064$ ; 3,42), более значимыми для мальчиков, и трудности в выборе профессии ( $p=0,075$ ; 3,17) и волнение в связи с учебой ( $p=0,063$ ; 3,43), более значимые для девочек. Вне зависимости от уровня риска депрессии подростки с высоким уровнем значимости негативных жизненных событий наиболее часто выделяют: родительские требования к учебе (63%), трудности в выборе профессии (54%), не нравится школа (43,8%), напряженные отношения с учителем (42,7%) и затруднения в учебе (38,2%). События семейные конфликты, физическое наказание в семье, критика со стороны окружающих имеют значимые различия в группах подростков с высоким и низким уровнями риска депрессии. Данные события относятся к повторяющимся и обыденным и вносят вклад в формирование аффективной симптоматики. Трудности выявления такой симптоматики специалистами определяется, с одной стороны, обыденностью и систематичностью данных событий при их высокой субъективной значимости, с другой стороны – субъективным согласием респондентов с имеющейся ситуацией. Субъективная значимость для подростка при незначимости для родителей определяет стойкость этих ситуаций, а также проблемы, выявляемые при консультировании, среди которых родительское сопротивление, активное отрицание и непризнание подобного рода затруднений.

При организации психотерапевтической работы с подростками следует учитывать данные о высокой значимости событий, связанных с учебной деятельностью и профессиональным самоопределением, отмечаемых как мальчиками, так и девочками. События, связанные со школой и учебой, имеют более выраженный индивидуальный характер и большую вариативность. Безусловно, выявленные различия в субъективном восприятии мальчиками и девочками отдельных негативных жизненных событий должны учитываться при консультативной работе с подростками. Однако как не менее важный результат нашего исследования мы рассматриваем данные о том, что представители обоих полов воспринимают как значимые большинство пережитых ими негативных событий. При этом наибольшую субъективную значимость имеют жизненные события, относящиеся к психологической и семейной сферам. Предотвращение неблагоприятных последствий пережитого негативного опыта для психического здоровья и личностного развития подростка обуславливает необходимость организации психологической помощи при ранних признаках эмоционального неблагополучия с учетом специфики этого опыта.

Полученные в исследовании данные послужили основой для разработки алгоритма психотерапевтической помощи подросткам с высоким риском депрессии и высоким уровнем субъективной значимости отдельных негативных жизненных событий (Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е., 2021).

#### **Список литературы**

1. Бобров А.Е., Уласень Т.В. Результаты сравнительного анализа структуры психических расстройств у воспитанников учреждений социальной защиты и учащихся общеобразовательных школ. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 3 (104). С. 33–39. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3\(104\)-33-39](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-33-39)
2. Куприянова И.Е., Карауш И.С., Дашиева Б.А., Иванова Т.И., Салмина-Хвостова О.И. Негативные жизненные события у подростков – учащихся городских и сельских школ Сибири как риск развития депрессии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 2 (103). С. 98–107. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-98-107](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-98-107)
3. Карауш И.С., Дашиева Б.А., Куприянова И.Е. Негативные события в жизни подростка и риск депрессии (ранние дезадаптивные схемы, психотерапия). Томск: «ООО Интегральный переплет», 2021. 192 с.
4. Сахаров А.В., Клинова М.А. Психическое здоровье подростков, совершивших противоправные действия. Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2020. 172 с.



## **Социальная фобия и структура коморбидных психических расстройств**

**Диденко А.В.<sup>1, 2</sup>, Аленина О.К.<sup>1</sup>, Сазонова О.В.<sup>1</sup>, Яковлева А.Л.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия**

В клиническом аспекте социальная фобия редко встречается в качестве единичного диагноза и характеризуется сочетанием с расстройствами личности, аффективными нарушениями и другими тревожными расстройствами, приводящими к утяжелению общей клинической картины (Koynucu A., Ince E., Ertekin E. et al., 2019). Данное сочетание можно характеризовать как коморбидность в аспекте клинко-патогенетической взаимосвязи указанных расстройств, отражающуюся, в конечном счете, на общем психическом состоянии и социальном функционировании индивида. Показано, что обращение к врачу и диагностика социальной фобии связаны с выраженностью именно коморбидных психопатологических проявлений и их динамикой. Наличие коморбидных с социальной фобией психических расстройств трансформирует клиническую картину и приводит к снижению способности пациентов к эмоциональной регуляции, ухудшению социального функционирования, а также влияет на параметры качества жизни (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я., 2017; Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К., 2020).

**Цель** – изучить структуру коморбидной психической патологии при социальной фобии.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено на базе клиник НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН. Всего обследовано 135 пациентов, проходивших лечение в клиниках по поводу спектра психических расстройств, определяемых по МКБ-10. Критерии включения: наличие у всех пациентов клинических проявлений, дающих основание для постановки диагноза социальной фобии (F40.1) в виде тревоги, страха оценки, сопровождающихся соответствующими психовегетативными проявлениями, связанными с определенными социальными ситуациями, а также, по возможности, избеганием потенциально-угрожающих ситуаций. Вторым условием включения было наличие диагностированных коморбидных психических расстройств, соответствующих диагностическим рубрикам МКБ-10: F3 (аффективные расстройства); F4 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства); F5 (поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами); F6 (расстройства личности и поведения в зрелом возрасте). Критериями невключения в исследование явились возраст больных моложе 18 и старше 55 лет, наличие органических, симптоматических психических расстройств (F0), психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ (F1), перенесенные манифестные психозы эндогенного происхождения, шизотипическое расстройство (F2), декомпенсированная соматическая патология. В группу исследования вошло 84 (62,2%) женщины и 57 (37,8%) мужчин. Средний возраст обследованных – 32,8±11,3 года, средняя продолжительность клинических проявлений социальной фобии – 13,1±8,1 года. Методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-психологический с использованием Шкалы социальной тревоги Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) в адаптации И.В. Григорьевой, С.Н. Ениколопова (2016) и статистический.

На основании количественных параметров выраженности социальной тревожности по шкале Либовица была проведена кластеризация данных методом К-средних. Процедура кластеризации позволила разделить обследованную группу на три подгруппы, соответствующие выраженности социальной тревожности: низкий уровень социальной тревожности (кластер 1) – среднее значение уровня социальной тревожности 24,8±7,5 (n=48); средний уровень социальной тревожности (кластер 2) – среднее значение уровня соци-

альной тревожности  $52,6 \pm 8,3$  ( $n=54$ ); высокий уровень социальной тревожности (кластер 3) – среднее значение уровня социальной тревожности  $87,4 \pm 15,4$  ( $n=33$ ).

Анализ структуры коморбидных психических расстройств у пациентов с высоким уровнем социальной тревожности показал высокий удельный вес личностных расстройств ( $n=10$ ; 30,3%), доля которых статистически значимо выше по сравнению с пациентами со средним ( $n=5$ ;  $p=0,012$ ) и низким ( $n=3$ ;  $p=0,004$ ) уровнями социальной тревожности. Личностные расстройства были представлены преимущественно смешанным типом, сочетающим тревожные, избегающие и зависимые черты. Кроме этого, в структуре коморбидных психических расстройств у пациентов с высоким уровнем социальной тревожности было диагностировано генерализованное тревожное расстройство ( $n=6$ ; 18,2%), не встречающееся у пациентов двух других подгрупп.

В сравнительном аспекте отмечалась следующая особенность: с увеличением интенсивности социальной тревожности в структуре коморбидных психических расстройств параллельно нарастало количество диагностированных случаев расстройств депрессивного спектра. В структуре коморбидности в целом по группе ( $n=135$ ) расстройства депрессивного спектра распределились по убыванию следующим образом: дистимия ( $n=14$ ; 10,4%), рекуррентное депрессивное расстройство ( $n=8$ ; 5,9%), биполярное аффективное расстройство ( $n=3$ ; 2,2%), депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами ( $n=2$ ; 1,5%). Статистически значимое преобладание доли расстройств депрессивного спектра отмечалось у пациентов с высоким уровнем социальной тревожности ( $n=11$ ) в сравнении с подгруппой с низким уровнем социальной тревожности ( $n=6$ ;  $\chi^2=5,12$ ;  $p=0,024$ ). По мере нарастания уровня социальной тревожности происходило статистически значимое снижение доли лиц с диагнозом «Другие смешанные тревожные расстройства» с 12 случаев при низком уровне социальной тревожности до 2 случаев в подгруппе с высоким уровнем социальной тревожности ( $p=0,03$ ). Некоторые диагностические категории, например, «Обсессивно-компульсивное расстройство» ( $n=7$ ), отмечались только в подгруппе с низким уровнем социальной тревожности, а диагноз «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» выявлен только в подгруппах с низким ( $n=7$ ; 14,6%) и средним ( $n=11$ ; 20,4%) уровнями социальной тревожности. В отношении диагностической категории «Расстройство приспособительных реакций» (всего в общей группе  $n=27$ ; 20,0%) в структуре коморбидных психических расстройств трех подгрупп статистически значимых различий выявлено не было.

Анализ общей структуры коморбидных психических расстройств у пациентов с социальной фобией показал определенные соотношения диагностических категорий: аффективные расстройства (расстройства депрессивного спектра) F3 ( $n=27$ ; 20%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F4 ( $n=90$ ; 66,7%); расстройства личности F6 ( $n=18$ ; 13,3%). Установлено, что с увеличением выраженности социальной тревожности, определяемой по Шкале социальной тревоги Либовица, отмечается нарастание в диагностической структуре доли личностных расстройств, расстройств депрессивного спектра и появление генерализованной тревожной симптоматики.

#### **Список литературы**

1. Григорьева И.В., Ениколопов С.Н. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)». Национальный психологический журнал. 2016. № 1 (21). С. 31-44. DOI: 10.11621/npj.2016.0105
2. Диденко А.В., Аксенов М.М., Аленина О.К. Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клиничко-диагностические проблемы (аналитический обзор) [Электронный ресурс]. Клиническая и специальная психология. 2020. Т. 9, № 4. С. 1-20. DOI: 10.17759/cpse.2020090401
3. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Стоянова И.Я. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117, № 4. С. 15–22. DOI: 10.17116/jnevro20171174115-22.
4. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs Context*. 2019 Apr 2;8:212573. doi: 10.7573/dic.212573. PMID: 30988687; PMCID: PMC6448478.

## **Региональный аспект суицидальной смертности в России – фокус актуальных исследований**

**Диденко Е.В.<sup>1</sup>, Бохан Н.А.<sup>1, 2</sup>, Симуткин Г.Г.<sup>1</sup>, Лебедева В.Ф.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия**

Проблема самоубийств в контексте социально-экономической ситуации в России актуализировалась с конца 90-х гг. ВОЗ (2014) приводит статистику о 800 тыс. самоубийств ежегодно, 75% из них в странах с низким/средним доходом, и призывает правительства скоординировать межнациональную стратегию предотвращения самоубийств. Риск суицида при шизофрении превышает 10% и в 12 раз выше среди населения в целом. Психопатологическая симптоматика при шизофрении определяет поведение больных: при депрессивно-бредовых расстройствах с бредом самоуничтожения, вины, греховности и актуализацией суицидальности [1]. Около 10% пациентов с агорафобией и паническим расстройством совершали хотя бы одну суицидальную попытку. Паническое расстройство осложняется депрессией с ростом риска суицидов, 80% из них причинно обусловлены депрессией [2]. Показатель самоубийств рассматривается как предиктор болезненности психическими расстройствами с доверительной вероятностью 99,7% [3]. Рост финансовой нагрузки на здравоохранение при БАП определяется инвалидизацией, антисоциальным поведением и высоким риском суицида [4].

Предложена отечественная стратегия мер по предупреждению преждевременной смертности и росту продолжительности жизни населения. В рамках концептуальной модели суицидального поведения выделены три ранговые детерминанты: 1) биологические, клинические, личностно-психологические; 2) риска; 3) популяционная частота, социальные и этнокультуральные [5]. Ресурсосбережение от превентивных программ при предотвращении трети суицидов в стране составит 50 млрд рублей [6]. В Кировской области в 1993-2009 гг. число самоубийств ежегодно снижалось на 0,8, что связано с повышением социальной защищенности населения [7]. Чтобы уровень смертности от суицидов в Вологодской области соответствовал среднероссийскому на нужды психиатрической службы требуется рост затрат на 16%, включая лечение депрессий [8].

С 2001 по 2012 г. доля субъектов РФ с высокой суицидальностью снизилась с 17% до 11%. Ареал неблагоприятных субъектов располагается на юго-востоке России. Кризисы 1991, 1998 и 2008 гг. повлияли на уровень самоубийств и их территориальное распределение. В начале 1990-х повышенный уровень суицидальной смертности отмечался в близко расположенных к столице субъектах. Суицидальная смертность в России и регионах определяется относительным постоянством высокого уровня суицидов в определенных кластерах [9].

Указывается на высокую распространенность суицидов в Кемеровской области в конце 90-х гг. и их омоложение [10]. В Восточной Сибири отмечается высокий вклад алкогольного фактора в формирование суицидального поведения [11]. В Забайкалье зарегистрированы сверхвысокая смертность от суицидов с 1993 г. (>60), распространенность завершенных суицидов у сельского населения (>90), мужчин трудоспособного возраста (>160) [12]. В Забайкальском крае распространено детско-подростковое суицидальное поведение, доля завершенных самоубийств выше общероссийских; высока обращаемость в соматические стационары по поводу парасуицидов и выраженность неосознанных аутоагрессивных тенденций [13]. В Иркутской области сверхвысокий уровень суицидальной активности населения определяется за счет взрослого мужского населения; интенсивный показатель завершенных суицидов составил 43,1 (преобладание повешения,  $p < 0,001$ ), суицидальных попыток – 205,7 (превалирование отравления,  $p < 0,001$ ) [14]. Томская область, так же как Дагестан, Адыгея, Северная Осетия, Курская область и Санкт-Петербург, в период радикальных социальных преобразований в 1990-х – начале 2000-х относилась к территориям с низкой частотой суицидов (9,8–22,4) [15]; отчасти низкая частота суицидов объясняется эффективной организацией психиатрической помощи (Томская область, Санкт-Петербург). По другим данным, в Восточно-Сибирском, Уральском, Северном, Дальневосточном, Волго-Вятском, Западно-Сибирском районах этот показатель превышен более чем в 2 раза [16].

По ВОЗ, уровень суицидов отражает психическое здоровье нации, к неблагополучным относятся регионы с показателем самоубийств свыше 20 на 100 тыс. населения. В Удмуртии, Башкирии, Мордовии, Чувашии, Марий Эл эти показатели достигают 50–70 [17]; в финно-угорской (коми) субпопуляции – 95 [18]. В регионе Семипалатинского ядерного испытательного полигона даже после прекращения испытаний уровень самоубийств в 2,5 раза превышал среднероссийский [19]. Распространенность самоубийств в Марий Эл в 1984–2005 гг. составила 57, среднегодовой уровень в 1,85 раза выше у сельчан [20]. Так как представителей финно-угорской группы (венгры, финны, марийцы, коми) относят к лицам с повышенной склонностью к суицидальному поведению, Удмуртия рассматривалась как модельный регион суицидального поведения в случае психических расстройств [21].

В 1990 г. менее 20 самоубийств на 100 тыс. населения зарегистрировано в федеральном округе Северокавказский (10); от 20 до 30 – в ФО Южный (20), Центральный (23), Северо-Западный (26), Приволжский (28); более 30 – в ФО Дальневосточный (31), Сибирский (32), Уральский (32). С 2000 г. показатель самоубийств стал возрастать: Северокавказский (12), Южный (24), Центральный (28), Северо-Западный (40), Приволжский (49), Уральский (49), Дальневосточный (50) и Сибирский (52). В 2010 г. во всех ФО произошло снижение данного показателя: Северокавказский (6), Центральный (15), Южный (18), Северо-Западный (22), Уральский (30), Приволжский (30), Дальневосточный (34), Сибирский (37).

Динамика коэффициента суицидальной смертности в Курганской области за 15 лет отражает спад с 52 в 2000 г. до 40 в 2014 г. В Башкортостане за 18 лет показатель с 37 в 1990 г. возрос до 70 в 1993 г. и снизился до 66 в 2004 г. и 47 в 2008 г. Угрожающими выглядят показатели смертности подростков – от 3,6 среди юношей Орловской области до 316,5 в Чукотском АО, а среди девушек от 0 в Карачаево-Черкессии, Рязанской и Магаданской областях до 81,6 в Чукотском АО. В Вологодской области за 18 лет показатель изменился с 31 в 1991 г. до 27 в 2008 г. с пиком суицидов в 1999 г. (61). В Пензенской области суицидальный показатель возрос с 26 в 1990 г. до 39 в 1999 г. и уменьшился до 33 в 2007 г.

За 1959–2013 гг. изучение связи злоупотребления алкоголем с завершёнными самоубийствами показало резкое снижение завершённых самоубийств после антиалкогольной кампании 1984 г. и последующий возвратный рост данного показателя. Темпы снижения после 2001 г. прогрессивно замедлились в 2009 г. соответственно уменьшению темпов потребления алкоголя. 45% самоубийств в России связано с потреблением алкоголя [22].

В Воронежской области завершённые суициды составили: 1995 г. – 315, 2002 г. – 618, 2006 г. – 511; за это время покончили жизнь самоубийством 5 002 воронежца; рост суицидальной активности в 1,8 раза сменился спадом в 1,2 раза, что связано с динамикой общеэкономической ситуации в стране, частичным преодолением социально-экономического кризиса; тенденция к снижению появилась с 2006 г. – 22,1 [23]. Новосибирские авторы считают самоубийство многофакторным явлением (факторы социальные, личные, природные, окружающей среды и внутренних переживаний); ими предложена математическая модель суицидального поведения с позиций теории диссипативных систем И.Р. Пригожина [24]. В Ноябрьске Тюменской области показатель суицидальных попыток в 2007 г. составил 45, в 2008 г. – 53, а среди подростков ещё выше – 62; истинные суицидальные попытки наблюдались реже (39%) демонстративных (61%) [25]. Безработица и алкоголизация негативно влияют на распространённость суицидов в Саратовской области в 2001–2010 гг., эти параметры суицидального поведения включены в карту предикторов суицидального риска [26].

Социально-экономическое положение обуславливает особенности распространения суицидального поведения и суицидальную ситуацию в Алтайском крае; самоубийства реагируют на социально-экономическую дифференциацию населения и темпы её изменения: чем выше степень дифференциации, тем выше показатели суицидального поведения [27]. В Бурятии критическая отметка суицида по ВОЗ превышена в 3,5 раза в 2005–2009 гг., наибольший вклад в формирование условий для суицидального риска вносят бедность, безработица, низкое социально-экономическое и социально-психологическое благополучие, высокая толерантность к девиациям; эти тенденции усиливаются этническим фактором – лояльностью к суицидам населяющих Бурятию этносов [28]. В Калининградской области и других областях Северо-Западного ФО в 1,2 раза преодолён критический рубеж суицидов, для латентных суицидальных рисков более значимы переменные социально-психологического, а не экономического благополучия населения, а также толерантное отношение к девиациям [29].

Суицидальная активность в г. Иваново в 1997–2005 гг. характеризуется снижением фатальных самоубийств и ростом самопокушений, тенденцией к маскулинизации и омоложению незавершенных суицидов, радикализации методов их совершения, феминизации алкогольных суицидов; нисходящий паттерн возрастного распределения самоубийств связан с социально-экономической ситуацией: «депрессивное» состояние области – источник сохранения негативных трендов в динамике самоубийств [30]. Смертность в Вологодской области от самоубийств на 45% превосходит среднее значение по России и в 2,5 раза предельно допустимый ВОЗ [31]. В Ленинградской области доля умерших от суицида среди всех смертей колеблется от 6% до 10%, среди погибших насильственной смертью – от 13% до 19%; динамика самоубийств характеризуется пиком в 1994 г., снижением к 2000 г., стабилизацией в 2001 г., мужчин-суицидентов в 3,5 раза больше женщин, риск выше после 30 лет [32]. В регионе Европейского Севера России (Архангельская область) средний многолетний уровень самоубийств в 1,5 раза превышает показатель по РФ и в 2,5 раза критерий ВОЗ, особенно среди сельчан и мужчин трудоспособного возраста [33]. Ежегодно в Москве регистрируется около 1 200 завершенных самоубийств, завершенные суициды чаще совершают мужчины (73%), соотношение суицидов у женщин/мужчин выше общероссийского – 1:4,91 против 1:2,76. За последние годы темпы самоубийств среди жителей мегаполисов (Москва, Санкт-Петербург) выше смертности от алкоголизма, токсикомании, убийств [34]. Риск суицидов у подростков Воронежской области связан с высокой тревожностью, депрессивным настроением, низкой самооценкой, трудностями адаптации, повышенной чувствительностью к стрессам и психическим нагрузкам, склонностью к необдуманным решениям, мыслям покончить с собой, к асоциальному поведению и злоупотреблению алкоголем и наркотиками [35]. Суицидальное поведение на Кубани чаще регистрируется у лиц с низким образованием, с семейной дестабилизацией, наличием истерического синдрома; мотивация и способ суицида связаны с алкоголизацией, полом, уровнем социальной и медицинской помощи, длительностью проживания в крае, возрастом, социальным положением [36]. У различных категорий суицидентов Бурятии, таких как «демонстративные» (невротики), «истинные» и имеющие грубые психические нарушения (психозы), риск суицидов усугубляется отсутствием психологической службы по профилактике самоубийств на начало 2000-х гг. [37]. Среди сельского населения Рязанской области выявлена высокая смертность в результате убийств, самоубийств и случайных утоплений, причем смертность мужчин от внешних воздействий в 4-5 раз выше, это различие наиболее выражено в отношении самоубийств [38]. С 2000 по 2006 г. в Омской области возросла смертность от отравлений химической этиологии и госпитализированная заболеваемость от токсикантов, что интерпретируется как суицидально обусловленное поведение [39]. В Чувашии доля умерших от суицидального отравления в 1995–1999 гг. возросла на 50%, незавершенных самоубийств – на 32,5%; большинство самоотравившихся были моложе 30 лет, с трехкратным преобладанием женщин [40]. В Кабардино-Балкарии у русских уровень самоубийств в 2 раза выше, чем у коренного населения; тенденция к росту характерна для всех жителей, но более выражена среди русского населения (на 36% с 1999 по 2003 г.) [41].

**Заключение.** По данным Федеральной службы Государственной статистики в Сибирском ФО показатели самоубийств в 2015 г. (26) и 2016 г. (25) превышали таковые в других округах: Крымском (18 и 14), Центральном (12 и 11), Северо-Западном (17 и 15), Южном (11 и 10), Северо-Кавказском (4 и 5). В 2012 г. в СФО Республика Алтай по числу самоубийств занимала первое место (65), с небольшим отрывом следовали Бурятия (63) и Тыва (58); Томская область имела минимальный показатель по сравнению с другими субъектами СФО (17,6), что можно рассматривать как предиктор более благоприятного прогноза.

### Список литературы

1. Степанова О.Н. Комплексная полипрофессиональная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в отделении настойчивого (интенсивного) лечения в сообществе . дис. ... к.м.н. М., 2009. 157 с.
2. Katona C. Managing depression and anxiety in the elderly patient. Eur Neuropsychopharmacol. 2000 Dec;10 Suppl 4:S427-32. doi: 10.1016/s0924-977x(00)00109-7. PMID: 11114487.
3. Миронец Е.Н., Голенков А.В., Карышев П.Б. Эпидемиология самоубийств в г. Чебоксары. Проблемы экспертизы в медицине. 2003. № 3. С. 31-33.
4. Cavazzoni P, Grof P, Duffy A, Grof E, Müller-Oerlinghausen B, Berghöfer A, Ahrens B, Zvolsky P, Robertson C, Davis A, Hajek T, Alda M. Heterogeneity of the risk of suicidal behavior in bipolar-spectrum disorders. Bipolar Disord. 2007 Jun;9(4):377-85. doi: 10.1111/j.1399-5618.2007.00516.x. PMID: 17547584.
5. Положий Б.С. Концептуальная модель суицидального поведения. Суицидология. 2015. Т. 6 (1). С. 3-7.

6. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалеева О.И. Суициды: социоэкономическое бремя в России. Медицинская психология в России. электрон. науч. журн. 2013. № 2 (19). URL. <http://medpsy.ru>
7. Зыков В.В. Судебно-медицинское и медико-социальное исследование самоубийств в крупном промышленном регионе (по материалам Кировской области). дис. ... к.м.н. М., 2012. 161 с.
8. Морев М.В. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения населения: на примере Вологодской области. дис. ... к.э.н. М., 2009. 192 с.
9. Морев М.В., Шматова Ю.Е. Территориальные особенности распространенности самоубийств в Российской Федерации. Вопросы территориального развития. 2015. № 1 (21). С. 1-14.
10. Лопатин А.А., Кокорина Н.П., Вишневская Э.С., Зорохович И.И. О распространенности суицидов в Кемеровской области. Современные проблемы пограничных и аффективных состояний. Сб. науч. тр. Томск, 1996. С. 17.
11. Говорин Н.В., Сахаров А.В. Суицидальное поведение: типология и факторная обусловленность. Чита : Изд-во «Иван Федоров», 2008. 178 с.
12. Ступина О.П. Психическое здоровье населения Забайкальского края: дис. ... д.м.н. Томск, 2012. 230 с.
13. Ишимбаева А.Н. Суицидальное поведение у детей и подростков Забайкальского края: дис. ... к.м.н. М., 2013. 189 с.
14. Ворсина О.П. Клинико-социальные и этнокультуральные особенности суицидального поведения населения Иркутской области: автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2012. 48 с.
15. Положий Б.С., Гладышев М.В. Региональные особенности распространенности суицидов в России. Российский психиатрический журнал. 2006. № 1. С. 38-41.
16. Яковлева Т.П. Эпидемиолого-гигиеническая оценка последствий воздействия вредных условий труда на здоровье работающих: дис. ... д.м.н. М., 2004. 303 с.
17. Валитова Г.М. Медико-социальные аспекты суицидов среди детей в г. Уфе: информационно-методическое письмо. Уфа, 2010. 28 с.
18. Дубравин В.И. Суициды в Республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): дис. к.м.н. М., 2002. 193 с.
19. Макаров В.М. Экспертная оценка внезапной смерти и суицидов: дис. ... к.м.н. Ульяновск, 2002. 163 с.
20. Невмятуллин А.Ш. Комплексное исследование самоубийств в Республике Марий Эл: дис. ... к.м.н. М., 2007. 187 с.
21. Васильев В.В. Этнокультуральные особенности суицидального поведения психически больных в Удмуртии: дис. ... к.м.н. М., 2002. 246 с.
22. Немцов А.В., Шельгин К.В. Алкоголь – существенный фактор самоубийств. Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24, № 3. С. 164–180.
23. Эльтекова Э.В., Овсянникова Н.Л., Петрова С.В., Шаповалов Д.Л. Анализ динамики показателей суицидальной активности населения Воронежской области за период с 1996 по 2006 г. Суицидология. 2011. № 1. С. 54.
24. Опенко Т.Г., Чухрова М.Г. Самоубийство как многофакторное явление. системный анализ на примере популяции Новосибирска. Суицидология. 2011. № 2. С. 32-37.
25. Ивлева Л.В. Эпидемиология суицидальных попыток в условиях Крайнего Севера Тюменской области. Суицидология. 2011. № 3. С. 45.
26. Бачило Е.В., Барыльник Ю.Б. Влияние уровня безработицы и алкоголизации населения на суицидальную активность в различных районах Саратовской области. Саратовский научно-мед. журн. 2011. Т. 7, № 3. С. 673-676.
27. Максимов М.М., Черепанова М.И., Максимова С.Г. Социально-экономические и социально-психологические факторы суицидального поведения (на примере исследований в Алтайском крае). Вестник Алтайского государственного аграрного университета. 2014. № 10 (120). С. 163-168.
28. Черепанова М.И. Региональная специфика латентных суицидальных рисков населения Республики Бурятия. Вестник Бурятского государственного университета. 2012. № 6. С. 132-138.
29. Черепанова М.И. Модель распространения суицидальных рисков в Северо-Западном федеральном округе Российской Федерации (на примере Калининградской области). Известия Алтайского государственного университета. 2012. № 2 (74). С. 253-256.
30. Мягков А.Ю., Ерофеев С.В. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов. Социологический журнал. 2007. № 2. С. 37–58.
31. Ослопова Ю.Е. Общественное психическое здоровье населения региона. На примере Вологодской области: автореф. дис. ... к.э.н. М., 2005. 21 с.
32. Юшковский В.О. Судебно-медицинская и медико-социальная характеристика самоубийств в Ленинградской области): дис. ... к.м.н. СПб., 2004. 102 с.
33. Варакина Ж.Л. Характеристика и профилактика суицидального поведения с позиций здоровья и безопасности общества на Европейском Севере России (по материалам Архангельской области): дис. ... к.м.н. Архангельск, 2003. 182 с.
34. Гусева М.В. Эпидемиологический анализ и медико-психологические особенности самоубийств населения мегаполиса (на примере Москвы): дис. к.м.н.. СПб., 2005. 205 с.
35. Кошелева Г.Г. Медико-психологические и социальные аспекты профилактики суицидов у детей и подростков: дис. ... к.м.н. Воронеж, 2006. 135 с.

36. Пашенко И.Е. Клинико-социальные особенности и различия суицидального поведения у психически больных коренных жителей Кубани и мигрантов: дис. ... к.м.н. М., 2002. 238 с.
37. Васильева И.И. Особенности социальной патологии в условиях кризиса современного российского общества: на примере Республики Бурятия: дис. ... к.с.н. Улан-Удэ, 2001. 164 с.
38. Тяжлов Н.А. Медико-социальные аспекты смертности населения трудоспособного возраста (по материалам Рязанской области): дис. ... к.м.н. Рязань, 2005. 147 с.
39. Сабаев А.В. Оптимизация организации лечебно-профилактической помощи населению при острых отравлениях химической этиологии: дис. ... к.м.н. Кемерово, 2010. 154 с.
40. Пушкина К.В. Этнопедагогический аспект гармонизации межличностных отношений супругов в современной молодой чувашской семье: дис. ... к.п.н. Чебоксары, 2010. 217 с.
41. Журтова И.Б. Клинические особенности суицидоопасного поведения у подростков и лиц молодого возраста с хроническими неинфекционными заболеваниями: дис. ... к.м.н. Нальчик, 2005. 130 с.

## **Связь несуицидального самоповреждающего поведения с показателями агрессии**

**Евсеев В.Д.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Актуальность.** Несуицидальное самоповреждение (NSSI) является распространенной угрозой психическому здоровью среди молодого поколения и относится к любым преднамеренным самонаправленным действиям, приводящим к повреждению тканей организма без суицидального риска [1, 2]. Распространённость самоповреждений варьирует в зависимости от структуры и основных характеристик изучаемой популяции, возрастной группы и критериев, используемых для верификации этого расстройства. Показатели среди взрослых оценены в 4% для общей популяции и 21% для клинической популяции, тогда как показатели для подростков составили от 16,1% до 18,0% в общей популяции [3] и 60% в клинической популяции [4]. Начальный возраст, в котором чаще фиксируются самоповреждения, составляет от 12 до 15 лет [5]. Недавние исследования связывают NSSI с многочисленными психопатологическими симптомами и синдромами, включая тревогу, депрессию, суицидальность и расстройства личности [6]. Исследования, изучающие связь между агрессией и NSSI, немногочисленны и в основном связаны с суицидальным поведением. Эти работы показали, что агрессия может выступать в качестве предиктора будущего самоубийства и повышать риск суицидального поведения. Например, Keilr и его коллеги обнаружили, что агрессивность является наиболее важным предиктором суицидального поведения [7]. Другое исследование показало, что враждебность, физическая агрессия и гнев могут быть факторами риска суицидального поведения среди подростков [8]. Кроме того, некоторые исследования оценили высокую распространенность NSSI и показали важность враждебности, вербальной и косвенной агрессии, как потенциального фактора риска NSSI среди подростков [9].

**Цель.** В настоящем исследовании была предпринята попытка изучить связь NSSI и агрессии среди молодых мужчин на основе репрезентативной выборки учащихся колледжей, а также определить распространенность NSSI среди молодежи.

**Материал и методы.** Обследованы 226 молодых мужчин в возрасте от 18 до 27 лет из неклинической популяции. Средний возраст обследованных составил 19,34 года ( $\pm 1,05$ ). Оценка NSSI производилась в рамках критериев DSM-5 и шкалы самоповреждающего поведения (Н.А. Польская), направленной на выявление и определения частоты намеренных актов самоповреждения: самопорезов, самоожогов, ударов кулаком по телу, ударов о твердые поверхности, расчесывания кожи, создания препятствия для заживления ран. Для оценки агрессии использовалась шкала Buss Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-5). Статистический анализ (SPSS-25) – частотная и описательная статистика, корреляционный анализ Тау Кендалла.

**Виды и частота NSSI.** NSSI выявлено у 37 (16,4%) человек. NSSI были разделены на инструментальные самоповреждения и соматические самоповреждения. К инструментальным самоповреждениям были отнесены: порезы режущими предметами – 17,1%, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела по твердым поверхностям – 7,2%; уколы или проколы кожи острыми предметами – 5,4%, самоожоги – 2,7%. Соматические самоповреждения включали: обкусывание губ – 39,2%, обкусывание ногтей – 24,2%, создание препятствий для заживления ран – 10,2%, прикусывание щек или языка – 9,2%, расчесывание кожи – 2,5%.

Для оценки связи между наличием NSSI и показателями опросника уровня агрессивности использован корреляционный анализ Тау Кендалла (табл.).

**Таблица. Корреляции видов самоповреждений с показателями агрессии**

Вид NSSI	Инструментальные самоповреждения	Соматические самоповреждения
Физическая агрессия ВРАQ	0,11	0,11
Гнев ВРАQ	0,02	0,23* p=0,000
Враждебность ВРАQ	0,23* * p=0,001	0,21* p=0,001
Интегральный показатель ВРАQ	0,15	0,22* p=0,001

Примечание: \* – Тау корреляции Кендалла. Отмеченные корреляции значимы на уровне  $p < 0,01$ .

Статистически значимая связь обнаружена между NSSI (инструментальные и соматические самоповреждения) и враждебностью (0,23;  $p=0,001/0,21$ ,  $p=0,001$ ), а также с проявлениями гнева (соматические самоповреждения – 0,23;  $p=0,000$ ).

**Выводы.** Таким образом, исследование выявило высокий уровень распространенности NSSI среди молодых мужчин. Приведенные данные подтверждают связь проявлений агрессии и NSSI. Наши результаты дают важную информацию, для того чтобы семейные врачи, педиатры, психологи и другие специалисты, работающие с молодежью, имели представление о том, что NSSI становится растущей серьезной проблемой здоровья молодого поколения и поэтому требует особого внимания. Так как данное исследование имеет ряд ограничений, полученные результаты должны быть подтверждены в проспективном когортном исследовании.

#### Список литературы

1. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2015 Sep 28;9:31. doi: 10.1186/s13034-015-0062-7. PMID: 26417387; PMCID: PMC4584484.
2. Zielinski MJ, Veilleux JC, Winer SE, Nadorff MR. A short-term longitudinal examination of the relations between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Compr Psychiatry*. 2016; 73: 187–195. DOI: 10.1016/j.comppsy.2016.11.013
3. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent nonsuicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6 (1):10.
4. Kaess M, Parzer P, Mattem M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, Brunner R. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res*. 2012;206(2-3):265-272.
5. Klonsky ED. Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med*. 2011; 41 (9): 1981-1986.
6. Buelens T, Luyckx K, Kiekens G, Gandhi A, Muehlenkamp JJ, Claes L. Investigating the DSM-5 criteria for non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2020; 260 (1): 314-322. DOI: 10.1016/j.jad.2019.09.009
7. Keilp JG, Gorlyn M, Oquendo MA, Brodsky B, Ellis SP et al. Aggressiveness, not impulsiveness of hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychol Med*. 2006;36:1779–1788.
8. Zhang P, Robert ER, Liu Z, Meng X, Tang J et al. Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *PLOS ONE*. 2012.7(2):e31044.
9. Tang J, Ma Y, Guo Y, Ahmed NI, Yu Y et al. Association of Aggression and Non-Suicidal Self Injury: A School-Based Sample of Adolescents Association of Aggression and Non-Suicidal Self Injury: A School-Based Sample of Adolescents. *PLOS ONE*. 2013;8(10):e78149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0078149>



## **Особенности возникновения, течения и прогноза психотических состояний у населения региона локального военного конфликта**

**Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р.**

**Городская психиатрическая больница № 1 г. Донецка  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького  
Донецк, Донецкая Народная Республика**

В течение последних 7 лет на Донбассе ведутся боевые действия. Постоянными артиллерийскими и минометными обстрелами разрушены жилые дома, больницы, кварталы, дороги, церкви, детские сады и другие объекты инфраструктуры региона. Местное население длительное время находится под воздействием хронического военного стресса, в связи с чем отмечается рост количества психических заболеваний и обращаемости в психиатрические учреждения. Особенно тяжело протекают психотические состояния в рамках различных нозологических единиц. Усиливается яркость бредовых переживаний, связанных с боевыми действиями, утяжеляется глубина болезненных проявлений, требуются более высокие среднесуточные дозировки нейролептических препаратов.

**Цель исследования.** Определить влияние хронического стресса военного времени на появление, течение и клинический прогноз психотических состояний на выборке населения, длительное время проживающего в зоне локального военного конфликта.

**Материал и методы.** Наше исследование проводилось в течение 7 лет, с 2014 г. по 2020 г. включительно, на базе стационарных (острые психотические состояния) и амбулаторно-поликлинических подразделений (подострые состояния) Городской психиатрической больницы № 1 г. Донецка. Общее число пациентов, принявших участие в исследовании, 840 человек. Все пациенты на момент включения под наблюдение достигли 18 лет и дали добровольное осознанное согласие на участие. Каждый из пациентов имел возможность выхода из исследования без объяснения причины. Дети и подростки участия не принимали.

По гендерному признаку получено следующее распределение: мужчины – 390 (46,4%), женщины – 450 (53,6%). По возрастному параметру: от 18 до 30 лет – 82 (9,8%), от 30 до 50 лет – 171 (20,3%), от 50 до 65 лет – 354 (42,1%), старше 65 лет – 233 (27,8%). По социальному статусу преобладали неработающие (n=415; 49,4%), более трети приходилось на вышедших на инвалидизацию во время исследования (n=304; 36,2%), с меньшей частотой встречались работающие (n=121; 14,4%). По нозологическим единицам все пациенты были разделены на три группы в соответствии с диагностированным по МКБ-10 расстройством: шизофрения (n=387; 46%), органическое бредовое расстройство (n=271; 32,3%), не связанные с употреблением наркотических веществ и/или алкоголя острые психотические состояния (n=182; 21,7%). Длительность пребывания пациента на койке в среднем возросла на 28%. Частота регоспитализаций в среднем увеличилась на 41,3%. Среднесуточные дозировки антипсихотических (амисульприд, клозапин, оланзапин, рисперидон, галоперидол, клопиксол и др.) препаратов также выросли. Отмечается увеличение показателей инвалидизации, причем как рост первичного выхода на инвалидность (на 21%), так и бессрочной инвалидности (на 34%). Выявлено одинаковое число пациентов, получавших медикаментозную терапию бесплатно, из фондов гуманитарных конвоев Российской Федерации, и получавших медикаменты как бесплатно, так и на платной основе (n=411; 48,9%). Доля пациентов, приобретавших препараты самостоятельно, была самой низкой (n=18; 2,2%). Медикаментозное лечение назначалось в соответствии с действующими клиническими локальными протоколами. Пациенты, у которых возникали нежелательные побочные эффекты, выводились из исследования незамедлительно. Наряду с медикаментозной терапией применялись методы психотерапевтического лечения (рациональная когнитивная психотерапия, поведенческая личностная психотерапия и др.) Клинические медицинские психологи осуществляли постоянное психологическое консультирование.

**Результаты и обсуждение.** При проведении клинических осмотров при поступлении и проведении клинических бесед большинство пациентов (n=801; 95,3%) сообщили, что общее ухудшение психического состояния в виде тревоги, депрессии связано со страхом смерти («когда же закончатся эти обстрелы»), усиление «плохих мыслей» часто объясняли однотипно: «война виновата, людей сколько поубивало, ждешь только плохого» (n=797; 94,7%). Основной причиной наличия стойких бредовых идей большинство (810; 96,4%) пациентов считают дестабилизирующие психическое состояние «комендантский час» и «не прекращающуюся стрельбу». Все опрошенные (100%) пациенты затянувший себя по времени период выхода из болезненного состояния объясняли идентично: «если бы не война, давно бы выздоровел». Полученные нами результаты подтверждают, что хронический стресс военного времени является главным фактором риска и основной причиной появления и распространенности психотических расстройств, увеличения сроков длительности течения острого и подострого периодов болезни, утяжеления психотической и депрессивной симптоматики и, соответственно, увеличения среднесуточных дозировок назначаемых психотропных препаратов, ухудшения клинического прогноза болезни, последующего формирования нейрокогнитивной дефицитарной симптоматики и, как следствие, выхода на инвалидность.

**Заключение.** Необходимо сделать вывод о том, что существует прямая корреляционная взаимосвязь между пребыванием населения Донбасса в течение длительного времени в зоне воздействия хронического военного стресса и ростом частоты возникновения психотических состояний, тяжестью протекания психозов, утяжелением клинических проявлений психотической симптоматики, усугублением негативного долгосрочного прогноза таких заболеваний с ранним выходом в инвалидизацию. Только комплексная многоступенчатая работа единой команды психофармаколога, психотерапевта и медицинского психолога может дать надежду на благополучный прогноз столь тяжелых расстройств психического здоровья населения военного региона.

## **Социально-психологическая профилактика бытового насилия в семьях с высоким уровнем образования**

**Егорова С.А.<sup>1</sup>, Шелехов И.Л.<sup>1</sup>, Цыбульская Е.В.<sup>2</sup>,  
Иванова А.А.<sup>2</sup>, Рудницкий В.А.<sup>2, 3</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный  
исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет», Томск, Россия**

**Актуальность** данной тематики определяется двумя обстоятельствами: высокой распространённостью самого явления насилия в семье по отношению к женщинам и детям, приводящего к высокому уровню психосоциального стресса и нарушениям психического здоровья страдающих от насилия лиц [1, 2], а также бытующим в обществе представлением о том, что насилие осуществляют лишь необразованные и аморальные мужчины, отличающиеся невысоким уровнем культуры и интеллекта, однако этот распространенный миф не соответствует реальности. В литературе опубликовано достаточно много сведений о состоянии насилия среди представителей различных социальных и медико-социальных групп мужчин. Например, речь идет о больных с психиатрической патологией, ликвидаторах аварии на ЧАЭС, комбатантах с различными патохарактерологическими образованиями и т.д. Большинство авторов рассматривают варианты психологической коррекции и психотерапии, но более тщательный анализ особенностей характера человека и его социально-психологических характеристик может повысить эффективность мер по профилактике насилия в семьях [2, 3, 4].

Противоречивые изменения системы правового законодательства в сфере противодействия насилию в семье, неоднозначные и противоречивые личные и социальные реакции в обществе на это многостороннее явление, сложные, тягостные или неожиданные эмоциональные и поведенческие реакции пациенток в ходе терапии, полярные заявления политиков и общественных деятелей говорят о сложном и двойственном характере насилия как социально-психологического, медико-социального и психиатрического явления [2, 3, 4, 5, 6].

**Цель:** проанализировать социально-психологические характеристики в семейных системах у мужей с высшим образованием и высоким социальным статусом, в которых женщины (жены) подвергаются насилию.

В данном сообщении внимание преимущественно акцентируется на мужчинах, склонных к насилию, имеющих высшее образование и высокий социальный статус, без признаков психических нарушений.

**Материалы и методы:** анализ данных научной литературы по тематике исследования, клинико-психопатологический (психометрический) метод, экспериментально-психологические методики.

**Результаты.** Обследовано 60 семей, в которых женщины подвергались бытовому насилию со стороны мужчин (мужей), имеющих высокий социальный статус (образование, профессия, должность, доход, социальное одобрение и признание, высокая самооценка собственной престижности). У обследованных мужчин, склонных к насилию в семье, преобладали эмоционально неустойчивые, возбудимые, эпилептоидные, шизоидные черты характера, уровень которых соответствовал типам личностных акцентуаций. Согласно нашим наблюдениям, причинами повышенного риска насилия над женщинами в семье являлись высокий социальный статус мужчины (выше, чем у женщины), малый или, напротив, длительный срок семейного союза (менее года и более 10 лет), текущие длительные психогении, дисгармоничность отношений в социальной и интимной сферах, высокий уровень напряжения и тревоги с дисбалансом в сторону повышения личностной тревожности.

Анализ социального сценария в данных семьях выявил аналогичные эпизоды подобного поведения в родительских семьях у мужчин и у женщин, а также имевшие место похожие эпизоды насилия в предшествующих личных отношениях. Фактически члены семьи воспринимали насилие как нормативное, но (со стороны жертв) избыточное. Отношение к фактам насилия было противоречивым. Значительное число мужчин, склонных к повторяющимся эпизодам насилия, осуждали его в других семьях, однако в своих недооценивали или не замечали, не хотели признавать. Почти в 64% случаев наблюдений, при регулярно повторяющихся эпизодах насилия, мужчины отрицали проявления насилия и жестокого отношения к женщинам и детям в своих семьях. В остальных случаях наблюдались примеры «рационального» объяснения происходящего, с позиции самооправдания и поиском причин, провоцирующих агрессивное поведение в семье. Respondенты субъективно воспринимали свои агрессивные действия как нормальные и безопасные.

**Выводы.** Бытовое насилие широко встречается в социально благополучных образованных группах населения, но носит преимущественно скрытый от окружающих характер. Большая часть случаев насилия в семьях не воспринимается близким окружением (самими членами семьи и родственниками) как патологические, пока не сопровождается выраженными последствиями в виде нанесения существенного вреда здоровью или хроническими психологическими проблемами. В интересах преодоления неблагоприятной ситуации с насилием в образованной семейной среде необходимо организовывать профилактические и реабилитационные меры социального характера с упором на образовательные программы и формирование в обществе нетерпимого отношения к проявлениям насилия в семейной среде. Женщинам, подвергающимся повторяющимся эпизодам насилия, в состав данных программ желательно включать психологические знания с целью понимания их виктимности и наносимого насилием в семье вреда для семьи и детей.

В настоящее время многие проблемы, связанные или опосредованные насилием в семье, порождаются терпимым и лояльным отношением общества к феномену насилия со стороны главы семьи, и многочисленные его проявления становятся социальной нормой, в связи с чем могут восприниматься мужчинами, склонными к насилию, как поощряемые и допустимые.

### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Гычев А.В., Куприянова И.Е., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Смирнова Л.П., Лукьянова Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-биологические закономерности и социально-психологические предпосылки формирования непсихотических психических расстройств у лиц, проживающих в регионе Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 9-18.
2. Авдеев Л.Н., Рудницкий В.А. Некоторые аспекты психокоррекции агрессивного поведения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2010. № 1 (56). С. 60-64.
3. Семке В.Я., Рудницкий В.А., Гуткевич Е.В. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4 (55). С. 83-87.
4. Кисельникова Н.В., Лаврова Е.В., Альмухаметова Т.Н., Куминская Е.А., Рзаева Ф.Р. Феноменологический анализ динамики переживаний клиентов в процессе психотерапии: изучение отдельных случаев. Часть 2. Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28, № 3. С. 8-24.
5. Шелехов И.Л., Белозёрова Г.В., Рудницкий В.А. Авторская концепция психологического механизма формирования девиантного материнства и добровольной бездетности. Академический журнал Западной Сибири. 2020. Т. 16, № 3 (86). С. 57-58.
6. Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Стоянова И.Я., Рудницкий В.А. Возможности групповой психотерапии пациентов с депрессивными расстройствами. Современная терапия психических расстройств. 2018. № 2. С. 22-29.
7. Гуткевич Е.В., Рудницкий В.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф. Женские кризисы в семье – психолого-социальные аспекты / под науч. ред. Н.А. Бохана. Томск: «Иван Федоров», 2018. 210 с.

## **Оценка влияния каталитических IgG с ДНК-гидролизующей активностью больных шизофренией на жизнеспособность клеток линии нейробластомы человека SH-SY5Y**

**Епимахова Е.В.<sup>1, 2</sup>, Ермаков Е.А.<sup>3</sup>, Казанцева Д.В.<sup>1</sup>,  
Васильева А.Р.<sup>1</sup>, Паршукова Д.А.<sup>1</sup>, Смирнова Л.П.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия**

**<sup>3</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия**

**Актуальность.** Шизофрения сопровождается выраженными изменениями в иммунной системе, в том числе образованием аутоантител [1, 2, 3]. Известно, что среди всего пула иммуноглобулинов встречаются антитела с каталитической активностью [4]. Наличие каталитических свойств у антител значительно увеличивает их функциональные возможности, однако вместе с тем это также может приводить к патологическим эффектам. Образование каталитических антител (абзимов) существенно усиливается при аутоиммунных и воспалительных заболеваниях. Кроме того, показано, что каталитические антитела при таких заболеваниях могут проявлять цитотоксические свойства. Например, при системной красной волчанке обнаружены поликлональные ДНК-гидролизующие антитела с цитотоксическими свойствами в отношении следующих опухолевых линий: L929, HL-60, Raji, K562 [5]. Выявлено, что цитотоксичность таких антител обусловлена, во-первых, их способностью проникать в клетку путем эндоцитоза и вызывать фрагментацию ядерной ДНК, что приводит к каспаза-зависимой гибели клеток.

Во-вторых, это связано со взаимодействием таких антител с рецепторами клеточной поверхности, которые запускают апоптоз. Недавно при шизофрении также обнаружены каталитические антитела с ДНК-гидролизующей активностью [6]. Однако их цитотоксические свойства до конца не изучены.

**Цель** данного исследования заключалась в оценке влияния сывороточных IgG с ДНК-гидролизующей активностью больных шизофренией на жизнеспособность клеток линии нейробластомы человека SH-SY5Y.

**Материалы и методы.** В исследовании использована сыворотка крови 8 пациентов с параноидной шизофренией (F20.00, F. 20.01, F20.02) в острой фазе и 7 психически и соматически условно здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту. IgG выделяли из сыворотки крови методом аффинной хроматографии на колонках с ProteinG-Sepharose. Отсутствие примесей и гомогенность полученных препаратов IgG доказаны методом градиентного электрофореза в 4–18% ПААГ с окраской Coomassie G-250. Каталитическую активность IgG оценивали по степени гидролиза плазмиды pBluescript. Продукты гидролиза анализировали в 1% агарозном геле после окрашивания бромистым этидием и регистрировали с использованием системы гель-документации Gel Doc XR+ (Bio-Rad Laboratories, США). Оценку жизнеспособности культуры клеток линии нейробластомы человека SH-SY5Y после воздействия исследуемых препаратов IgG проводили методом высокопроизводительного скрининга на платформе CellInsight CX7 (The Thermo Scientific, США) с использованием флуоресцентных красителей пропидия йодида и Hoechst. Предварительно клетки нейробластомы рассаживали в 96-луночные планшеты (1x10<sup>4</sup> клеток на лунку), спустя сутки добавляли полученные препараты IgG больных шизофренией и условно здоровых доноров в конечной концентрации 0,1 или 0,2 мг/мл и культивировали в течение 24 или 48 часов. В качестве контроля использовали культуру, в которую вместо антител вносили эквивалентные объемы буфера для разведения и хранения антител (50 мМ Трис-НСl, pH 7,5; 150 мМ NaCl). Статистический анализ проводили в программе Statistica 10 (StatSoft, США).

**Результаты и обсуждение.** Из 8 полученных образцов IgG 4 препарата обладали высокой ДНК-гидролизующей активностью (15–48% гидролиза субстрата за 2 часа инкубации), а 4 препарата не обладали детектируемой активностью. Все протестированные препараты IgG условно здоровых доноров не обладали активностью. Доля мертвых клеток линии SH-SY5Y после воздействия IgG (0,1 мг/мл) с ДНК-гидролизующей активностью через 24 часа составила 4,5% [3,9; 5,1]. При добавлении в клеточную культуру IgG пациентов без активности доля мертвых клеток составила 4,5% [4,3; 5,1]. При добавлении в клеточную культуру IgG условно здоровых доноров этот показатель составил 4,9% [4,7; 5,4]. В контрольных культурах (с добавлением Трис-НСl буфера) доля мертвых клеток была равна 5,9% [4,9; 6,2]. Аналогичные результаты получены при более высокой концентрации антител – 0,2 мг/мл, а также при более длительном времени культивирования – 48 часов. Однофакторный дисперсионный анализ не показал статистически значимых отличий между исследуемыми группами ( $p=0,688$  – 24 часа;  $p=0,831$  – 48 часов).

**Заключение.** Таким образом, в результате проведенного *in vitro* эксперимента показано, что выделенные из сыворотки крови пациентов с шизофренией IgG как с ДНК-гидролизующей активностью, так и без активности не проявляют цитотоксических свойств в отношении клеток линии нейробластомы человека SH-SY5Y. Возможно, это является отличительной особенностью каталитических IgG при шизофрении, поскольку при других заболеваниях, например, при системной красной волчанке, каталитические антитела проявляют выраженную цитотоксичность.

**Работа поддержана грантом РФФ № 18-15-00053-П «Поиск периферических маркёров, ассоциированных с нарушением миелинизации головного мозга и патогенезом заболевания при шизофрении».**

**Оценка жизнеспособности проводилась с использованием оборудования Центра коллективного пользования «Медицинская геномика» Томского НИМЦ.**

### Список литературы

1. Смирнова Л.П., Ермаков Е. А., Бойко А.С., Бохан Н.А., Семке А.В., Иванова С.А. Антитела к нативной и денатурированной ДНК в сыворотке крови больных шизофренией в зависимости от клинических особенностей заболевания. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016. Т. 116, № (4). С. 47-51. DOI: 10.17116/jnevro20161164147-51
2. Ветлугина Т.П. Иммунопатология при шизофрении: итоги исследования в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020. № 4 (109). С. 5–14. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4\(109\)-5-14](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-4(109)-5-14)
3. Биологические маркеры шизофрении: поиск и клиническое применение / А.С. Бойко, Н.А. Бохан, В.Н. Бунева, Т.П. Ветлугина, С.А. Зозуля, С.А. Иванова, Т.П. Ключник, Е.Г. Корнетова, И.С. Лосенков, И.В. Олейник, А.В. Семке, Л.П. Смирнова, М.Г. Узбеков, О.Ю. Федоренко / под ред. Н.А. Бохана, С.А. Ивановой. Новосибирск: Издательство СО РАН, 2017. 148 с.
4. Ermakov EA, Nevinsky GA, Buneva VN. Immunoglobulins with Non-Canonical Functions in Inflammatory and Autoimmune Disease States. Int J Mol Sci. 2020 Jul 29;21(15):5392. doi: 10.3390/ijms21155392. PMID: 32751323; PMCID: PMC7432551.
5. Kozyr AV, Sashchenko LP, Kolesnikov AV, Zelenova NA, Khaidukov SV, Ignatova AN, Bobik TV, Gabibov AG, Alekberova ZS, Suchkov SV, Gnuchev NV. Anti-DNA autoantibodies reveal toxicity to tumor cell lines. Immunol Lett. 2002 Jan 1;80(1):41-7. doi: 10.1016/s0165-2478(01)00308-x. PMID: 11716964.
6. Ermakov EA, Smirnova LP, Parkhomenko TA, Dmitrenok PS, Krotenko NM, Fattakhov NS, Bokhan NA, Semke AV, Ivanova SA, Buneva VN, Nevinsky GA. DNA-hydrolysing activity of IgG antibodies from the sera of patients with schizophrenia. Open Biol. 2015 Sep;5(9):150064. doi: 10.1098/rsob.150064. PMID: 26382278; PMCID: PMC4593665.

## Разработка подходов стратификации больных шизофренией на основе иммунных показателей методом кластерного анализа

**Ермаков Е.А.<sup>1, 2</sup>, Бойко А.С.<sup>3</sup>, Паршукова Д.А.<sup>3</sup>, Иванова С.А.<sup>3</sup>, Бунева В.Н.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия**

**<sup>2</sup> Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия**

**<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Актуальность.** При шизофрении обнаружены изменения множества иммунных показателей. В частности у больных шизофренией показана дисрегуляция про- и противовоспалительных цитокинов, изменения соотношений и функциональных свойств иммунных клеток, аномальная экспрессия генов иммунной системы в различных клетках, а также образование разнообразных аутоантител [1, 2]. Кроме того, среди аутоантител при шизофрении обнаружены антитела с каталитической активностью, что также является признаком иммунных нарушений [3, 4, 5]. Таким образом, накапливается всё больше опубликованных данных об иммунной дисрегуляции при шизофрении.

Растущие знания об участии воспалительных процессов в патогенезе шизофрении обуславливают целесообразность разработки комбинированной антипсихотической и противовоспалительной терапии этого заболевания. Поскольку не все пациенты могут иметь выраженные иммунные изменения, для персонализированного назначения противовоспалительной терапии при шизофрении необходимо разработать критерии стратификации больных на основе данных об иммунологических нарушениях.

**Цель настоящего исследования** заключалась в разработке подходов стратификации больных шизофренией на основе иммунных показателей методом кластерного анализа.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 90 человек, среди которых были 37 условно здоровых доноров и 53 больных шизофренией. В качестве иммунных показателей анализировали концентрацию ряда цитокинов и ростовых факторов в сыворотке, а также уровень каталитической активности (ДНК- и гистон-гидролизующей) выделенных из сыворотки иммуноглобулинов (IgG).

Концентрацию цитокинов и ростовых факторов в сыворотке определяли с помощью мультиплексного анализатора MAGPIX (Luminex, США) с использованием наборов Human Premixed Multi-Analyte Kit Luminex Assay (R&D Systems, США). Проанализированы концентрации следующих цитокинов и ростовых факторов: интерлейкин (IL)-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-21, фактор некроза опухоли  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ), интерферон  $\alpha$  (INF- $\alpha$ ), фактор активации В-клеток (BAFF), лиганд, индуцирующий пролиферацию (APRIL), гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (GM-CSF), фактор роста нервов  $\beta$  (NGF- $\beta$ ), нейрегулин 1 (NRG1), нейротрофический фактор глиальных клеток (GDNF). IgG выделяли из сыворотки крови методом аффинной хроматографии. Каталитическую активность полученных IgG анализировали электрофоретическими методами по убыванию соответствующих субстратов (ДНК и суммарные гистоны). Статистический анализ проводили в программе Statistica 10 (StatSoft, США).

**Результаты и обсуждение.** Ряд изученных параметров значительно отличался в исследуемых группах. В частности уровень ДНК- и гистон-гидролизующей активности IgG больных шизофренией оказался статистически значимо выше ( $p < 0,01$ ), чем у здоровых доноров. Кроме того, сывороточные уровни IL-1 $\beta$ , IL-2, IL-4, IL-6, TNF $\alpha$ , INF $\alpha$ , BAFF, GM-CSF, NGF $\beta$ , NRG1 и GDNF у пациентов оказались статистически значимо выше ( $p < 0,05$ ) по сравнению со здоровыми донорами. Интересно, что больные шизофренией имели статистически значимые ( $p < 0,02$ ) более низкие уровни TNF- $\alpha$  и NGF- $\beta$ , чем здоровые доноры. Предварительно методом анализа главных компонент, а также дискриминантным анализом наименьших квадратов показано, что комбинированные мультицитоклиновые профили изучаемых групп отличаются. Также оценен вклад каждого параметра в разделение групп и выбраны наиболее значимые. Уровни каталитической активности IgG вносили несущественный вклад, поэтому были исключены из анализа. Затем проведен кластерный анализ методом k-средних с использованием 10, 4, 3 и 2 переменных (статистически значимо отличающихся иммунных параметров). По уровню цитокинов все участники были разделены на 2 подгруппы: с низкой (1-я группа) и высокой (2-я группа) концентрациями цитокинов и ростовых факторов. При использовании 10 показателей (IL-6, IL-2, IL-4, APRIL, GM-CSF, NRG1, IL-1 $\beta$ , INF- $\alpha$ , GDNF) среди здоровых доноров 2 человека (5,4%) попали во 2-ю группу, а среди больных шизофренией – 14 человек (26,4%). При использовании 4 показателей (IL-1 $\beta$ , IL-4, BAFF, GDNF) среди здоровых доноров во 2-ю группу не было отнесено ни одного человека, а среди больных шизофренией во 2-ю группу включено 6 человек (11,1%). При использовании 3 показателей (IL-1 $\beta$ , IL-4, BAFF) среди здоровых доноров был идентифицирован 1 человек (2,7%), относящийся ко 2-й группе, а среди больных шизофренией ко 2-й группе отнесены 16 человек (29,6%). При использовании 2 показателей (IL-1 $\beta$ , IL-4) среди здоровых доноров во 2-ю группу вошло 3 человека (8,1%), а среди пациентов во 2-ю группу включено 11 человек (20,4%). Таким образом, в зависимости от комбинации иммунных показателей идентифицируется различное количество людей с высокими уровнями цитокинов и ростовых факторов. Однако наиболее надежные результаты дает комбинация 4 параметров: IL-1 $\beta$ , IL-4, BAFF и GDNF.

**Заключение.** В настоящей работе показана принципиальная возможность использования иммунных показателей для стратификации больных шизофренией. В данной работе использование 4 иммунных показателей (IL-1 $\beta$ , IL-4, BAFF, GDNF) позволило выделить среди больных шизофренией подгруппу лиц с высокими показателями концентрации цитокинов и ростовых факторов. Можно предположить, что у этих пациентов выявлены наибольшие иммунные нарушения, поэтому для них рекомендуется дополнительная противовоспалительная терапия.

**Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РФ № 20-15-00162 (эксперименты, связанные с анализом каталитической активности и уровня цитокинов), базового бюджетного финансирования ПФНИ ГАН 2013-2020 № АААА-А17-117020210023-1 (анализ концентрации ростовых факторов), а также стипендии Президента РФ № СП-2258.2019.4.**

### Список литературы

1. Horváth S, Mirnics K. Immune system disturbances in schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2014 Feb 15;75(4):316-23. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.06.010. Epub 2013 Jul 25. PMID: 23890736; PMCID: PMC3841236.
2. Müller N. Inflammation in Schizophrenia: Pathogenetic Aspects and Therapeutic Considerations. *Schizophr Bull*. 2018 Aug 20;44(5):973-982. doi: 10.1093/schbul/sby024. PMID: 29648618; PMCID: PMC6101562.
3. Ermakov EA, Smirnova LP, Parkhomenko TA, Dmitrenok PS, Krotenko NM, Fattakhov NS, Bokhan NA, Semke AV, Ivanova SA, Buneva VN, Nevinsky GA. DNA-hydrolysing activity of IgG antibodies from the sera of patients with schizophrenia. *Open Biol*. 2015 Sep;5(9):150064. doi: 10.1098/rsob.150064. PMID: 26382278; PMCID: PMC4593665.
4. Parshukova D, Smirnova LP, Ermakov EA, Bokhan NA, Semke AV, Ivanova SA, Buneva VN, Nevinsky GA. Autoimmunity and immune system dysregulation in schizophrenia: IgGs from sera of patients hydrolyze myelin basic protein. *J Mol Recognit*. 2019 Feb;32(2):e2759. doi: 10.1002/jmr.2759. Epub 2018 Aug 15. PMID: 30112774.
5. Ermakov EA, Parshukova DA, Nevinsky GA, Buneva VN. Natural Catalytic IgGs Hydrolyzing Histones in Schizophrenia: Are They the Link between Humoral Immunity and Inflammation? *Int J Mol Sci*. 2020 Sep 30;21(19):7238. doi: 10.3390/ijms21197238. PMID: 33008051; PMCID: PMC7582518.

## **Изучение уровня церулоплазмينا в крови больных алкоголизмом в условиях применения лекарственного препарата с антиоксидантным эффектом**

**Ефременко Е.С.<sup>1</sup>, Титов Д.С.<sup>2</sup>, Никонов Д.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ, Омск, Россия**

**<sup>2</sup> БУЗ Омской области «Наркологический диспансер», Омск, Россия**

Значительный уровень потребления алкогольсодержащих напитков, рост числа больных алкоголизмом, негативное влияние приема алкоголя на здоровье населения трудоспособного возраста, большой экономический ущерб от алкогольной патологии выдвигают проблему избыточного поступления этилового алкоголя в организм в число важнейших, имеющих существенное медицинское и социальное значение. Всестороннее рассмотрение проблем алкогольной патологии основывается на информации, связанной с молекулярными и метаболическими аспектами алкоголизма. В указанных аспектах актуальным представляется значение алкоголь-индуцированного окислительного стресса. Оценка внеклеточного антиоксидантного статуса при данном состоянии видится многосторонней и значимой в связи с обширным объемом данных, позволяющих говорить о гиперпродукции веществ свободнорадикальной природы при алкоголизме. Одним из показателей, характеризующих состояние антиоксидантной системы, является белок церулоплазмин. При алкогольной болезни оценка лечебных воздействий наиболее целесообразна на стержневом этапе формирования алкоголизма – при алкогольном абстинентном синдроме. Важной проблемой считается оценка эффективности препаратов антиоксидантного действия.

В связи с этим определена **цель исследования**: характеристика воздействия этилметилгидроксипиридина сукцината на содержание церулоплазмينا в сыворотке крови пациентов с алкогольным абстинентным синдромом.

**Задачи исследования**: 1) оценить содержание церулоплазмينا в сыворотке крови пациентов при алкогольной абстиненции; 2) выяснить уровень церулоплазмينا в сыворотке крови больных алкоголизмом в условиях использования препарата с действующим веществом – этилметилгидроксипиридина сукцинат.



**Материалы и методы.** Методом Равина в сыворотке крови пациентов наркологического диспансера с диагнозом «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя, средняя стадия. Синдром активной зависимости. Состояние отмены, неосложненное, средней степени тяжести» (F10.242. F10.,302) было определено содержание церулоплазмينا. Была сформирована группа пациентов (мужской пол, возраст 35-50 лет), у которых взятие крови для исследования проводилось на третьи сутки после поступления в стационар (группа ААСЗ, n=15). С целью оценки воздействия этилметилгидроксипиридина сукцината (препарат мексидол в виде раствора для внутримышечного и внутривенного введения) на уровень церулоплазмينا в крови была сформирована группа больных, в лечении которых дополнительно к стандартной схеме применяли мексидол, который вводили внутримышечно, в течение 3 суток с момента поступления больных в стационар, в дозе 100 мг/сут дважды. Взятие крови у этих пациентов проводился на третьи (группа ААСЗ+М, n=10) сутки лечения. Группу сравнения (группа К, n=9) составили условно здоровые лица аналогичной возрастной категории без признаков злоупотребления алкоголем.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью компьютерной программы AnalystSoft Inc., Statplus, версия 5. В качестве основных характеристик описательной статистики применяли медиану (Me), нижний 25-й (L) и верхний 75-й (H) квартили (Me; L; H). Оценку статистической значимости различий проводили с использованием непараметрических критериев: Манна-Уитни (U) (для двух независимых выборок) и Вилкоксона (W) для связанных выборок.

**Результаты и их обсуждение.** В настоящем исследовании установлено уменьшение содержания церулоплазмينا в сыворотке крови на третьи сутки развития алкогольного абстинентного синдрома на 30% ( $pU < 0,01$ ) по сравнению с группой контроля, содержание церулоплазмينا в этот срок составило 241,2 (204,6; 301,6) мг/л. Статистически значимых изменений в содержании церулоплазмينا в группе ААСЗ+М по отношению к группе условно здоровых лиц не отмечено.

Филогенетическое сродство церулоплазмينا, показанное рядом исследований спектров ионов меди, позволило отнести данный белок к большому семейству мультимедных протеинов, обладающих ферментативной активностью, представленному растительными лакказами, лакказами грибов, билирубиноксидазой, аскорбатоксидазой. Трансляция в гепатоцитах гликопротеина со специфическим характером координационной сферы ионов меди, электрофоретически определяемого в  $\alpha_2$ -полосе белков плазмы крови, предполагает пространственное образование оксидантного центра, с наличием которого связана внеклеточная антиоксидантная активность церулоплазмينا.

Уменьшение содержания церулоплазмينا в сыворотке крови в группе ААСЗ может быть связано с повреждающим действием свободных радикалов в отношении структуры церулоплазмينا. Показано, что нахождение церулоплазмينا в среде, образующей радикалы перекисного характера, было связано с нарушением его структуры по типу агрегации и снижением каталитического действия [2]. В эксперименте на лабораторных животных также было выявлено снижение церулоплазмينا при моделировании алкогольной интоксикации [3].

Ранее нами были установлены увеличение параметров интенсивности свободнорадикального окисления и дискоординация работы ферментативных компонентов антиоксидантной системы у больных алкоголизмом на третьи сутки развития алкогольной абстиненции [1], что может вызывать снижение устойчивости церулоплазмينا к повреждающему эффекту активных форм кислорода и указывает на значимость учета показателей антиоксидантной системы при лечении алкоголизма.

Литературные данные, связанные с описанием регуляции биосинтеза церулоплазмينا цитокинами, показывают стимулирующее действие интерлейкинов:  $1\alpha$ ,  $1\beta$ , 6 на синтез церулоплазмينا. Японскими исследователями установлено, что возможно подавление эффектов интерлейкина- $1\beta$  этанолом [4, 5]. Это является главным аргументом при объяснении уменьшения уровня церулоплазмينا в настоящей работе в группах больных, в схеме лечения которых отсутствовал препарат мексидол.

Характеристика использования этилметилгидроксипиридина сукцината в условиях алкогольной абстиненции установила, что содержание церулоплазмينا крови в группе ААСЗ+М соответствует значениям группы условно здоровых доноров. Полученные результаты обуславливают мнение о стабилизации под влиянием средства из группы производных гидроксипиридина необходимого уровня антиоксидантной защиты при алкогольной абстиненции.

**Вывод.** Оценка уровня церулоплазмينا в крови пациентов, находящихся в состоянии абстиненции, представляется существенным моментом для характеристики эффективности работы антиоксидантной системы организма в условиях таргетного влияния антиоксидантных средств.

#### **Список литературы**

1. Ефременко Е.С., Высокогорский В.Е., Лопухов Г.А. Модификация обмена глутатиона при алкогольной абстиненции. Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7, № 2. С. 184-186.
2. Kang JH, Kim KS, Choi SY, Kwon HY, Won MH. Oxidative modification of human ceruloplasmin by peroxy radicals. Biochim Biophys Acta. 2001 Nov 7;1568(1):30-6. doi: 10.1016/s0304-4165(01)00198-2. PMID: 11731082.
3. Miniuk K, Moniuszko-Jakoniuk J, Kulikowska E, Omieljanuk N. The interactions of copper, lead and ethanol in rats: effects on some biochemical parameters of blood. Pol J Pharmacol Pharm. 1989 May-Jun;41(3):273-80. PMID: 2616386.
4. Yuui K, Kudo R, Kasuda S, Hatake K. The Inhibitory Effect of Ethanol on Interleukin-1  $\beta$ -Induced Suppression of Contractile Response in the Rat Superior Mesenteric Artery. Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2015 Jun;50(3):158-66. PMID: 26502574.
5. Yuui K, Kudo R, Kasuda S, Hatake K. Ethanol attenuates vasorelaxation via inhibition of inducible nitric oxide synthase in rat artery exposed to interleukin-1 $\beta$ . Hum Exp Toxicol. 2016 Sep;35(9):938-45. doi: 10.1177/0960327115611944. Epub 2015 Oct 22. PMID: 26500219.

### **Факторы, ассоциированные с опытом употребления каннабиноидов, у пациентов с суицидальной идеацией**

**Зинчук М.С.<sup>1</sup>, Кустов Г.В.<sup>1</sup>, Войнова Н.И.<sup>1</sup>, Брызгалова Ю.Е.<sup>1</sup>,  
Акжигитов Р.Г.<sup>1</sup>, Аведисова А.С.<sup>1, 2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, Москва, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия**

**Введение.** Опыт употребления каннабиноидов как природного, так и синтетического происхождения ассоциирован с рядом неблагоприятных исходов в сфере психического здоровья [1, 2, 3]. Ранее в исследованиях, использовавших методологический подход «от мыслей к действию» (ideation-to-action framework) [4], было показано, что различные аддиктивные агенты способствуют переходу от суицидальной идеации к реализации попытки [5, 6]. Некоторыми исследователями выявлялась значимая связь между употреблением каннабиноидов и повышенным риском различных видов самоповреждающего поведения. Однако данные, полученные на популяциях из различных стран, имеют существенные отличия [7, 8].

**Цель.** Изучение влияния опыта употребления каннабиноидов на характеристики суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП) у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР), проживающих в г. Москве.

**Материалы и методы.** На базе кризисного отделения ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ было проведено исследование пациентов в возрасте от 18 лет и старше с НППР и суицидальной идеацией.

Для реализации поставленной цели пациенты были разделены на две группы: 1-я группа – пациенты, имевшие опыт употребления каннабиноидов, 2-я группа – пациенты, не имевшие опыта приёма каннабиноидов. Пациенты, состояние которых отвечало критериям любого вида аддикции кроме никотиновой, а также лица с опытом употребления других наркотических веществ не включались в исследование.

Информация о суицидальном и НССП была получена в ходе проведения структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview – SITBI) [9]. В качестве статистических методов использовались точный тест Фишера и тест Манна-Уитни. Результаты представлены в виде «среднее (стандартное отклонение)/N(%)».

**Результаты.** В исследование было включено 488 последовательно набранных пациента, средний возраст которых составил 29,7 (12,8) года, большинство (n=418; 85,7%) пациентов при рождении имели женский пол. Основную группу составили (n=131; 26,8%) пациенты, употреблявшие каннабиноиды хотя бы один раз в жизни. Группы были сопоставимы по возрасту, уровню образования, трудовому статусу, семейному положению. В общей выборке преобладали пациенты с аффективными (униполярное депрессивное – 28,1%, биполярное – 18,0%) расстройствами и расстройствами личности (18,6%). При этом пациентам с опытом употребления каннабиноидов статистически значимо чаще выставлялись диагнозы: 1) биполярное расстройство – n=55, 15,4% vs n=33, 25,2% (p=0,017), 2) расстройства личности – n=59, 16,5% vs n=32, 24, 4% (p=0,050). В то время как у пациентов без опыта такого употребления статистически значимо чаще выставлялся диагноз органического психические расстройства – n=45, 12,6% vs n=8, 6,1% (p=0,048). Пациентов с опытом употребления каннабиноидов отличало более раннее появление суицидальной идеации (16,47 и 6,67 vs 20,90 и 13,17; p=0,017). Общее количество эпизодов суицидальных мыслей в течение жизни и предшествующие 12 месяцев между группами статистически значимо не различались. Около половины (50,4%) обследованных составляли суицидальный план, но между группами статистически значимых различий по этому показателю не выявлено. Группы статистически значимо не различались между собой по возрасту составления первого суицидального плана, общему их количеству в течение жизни и предшествующие 12 месяцев. Из всей выборки 201 (41,2%) пациент ранее совершал хотя бы одну суицидальную попытку, но статистически значимых различий между группами не отмечалось. Пациенты обеих групп не различались по возрасту совершения первой суицидальной попытки и числу попыток, совершенных в течение жизни и за предшествующий год. Около 60% пациентов (n=287) совершили хотя бы один акт НССП, при этом статистически значимых различий по его распространенности, количеству нанесения самоповреждений, возрасту первого самоповреждения и общему количеству актов НССП в течение жизни и последние 12 месяцев не обнаружено.

**Вывод.** У пациентов с НППР и суицидальной идеацией, проживающих в Москве, опыт употребления каннабиноидов ассоциирован с диагнозами биполярного расстройства и расстройства личности, а также с более ранним возрастом появления суицидальной идеации. В исследованной популяции нами не было найдено подтверждения гипотезы о том, что опыт употребления каннабиноидов ассоциирован с риском перехода от суицидальных мыслей к попытке или повышенному риску развития НССП.

#### Список литературы

1. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А., Лаврова У.А. Особенности социально-психологической адаптации пациентов с параноидной формой шизофрении, страдающих зависимостью от синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 93–98. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-93-98](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-93-98)
2. Hasan A, von Keller R, Friemel CM, Hall W, Schneider M, Koethe D, Leweke FM, Strube W, Hoch E. Cannabis use and psychosis: a review of reviews. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2020 Jun;270(4):403-412. doi: 10.1007/s00406-019-01068-z. Epub 2019 Sep 28. PMID: 31563981.
3. Gibbs M, Winsper C, Marwaha S, Gilbert E, Broome M, Singh SP. Cannabis use and mania symptoms: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2015 Jan 15;171:39-47. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.016. Epub 2014 Sep 23. PMID: 25285897.
4. Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. Curr Opin Psychol. 2018 Aug;22:38-43. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.07.020. Epub 2017 Jul 24. PMID: 30122276.
5. Wiebenga JX, Eikelenboom M, Heering HD, van Oppen P, Penninx BW. Suicide ideation versus suicide attempt: Examining overlapping and differential determinants in a large cohort of patients with depression and/or anxiety. Aust N Z J Psychiatry. 2021 Feb;55(2):167-179. doi: 10.1177/0004867420951256. Epub 2020 Aug 27. PMID: 32847373.

- Echeverria I, Cotaina M, Jovani A, Mora R, Haro G, Benito A. Proposal for the Inclusion of Tobacco Use in Suicide Risk Scales: Results of a Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(11):6103. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116103>
- Rossow I, Hawton K, Ystgaard M. Cannabis use and deliberate self-harm in adolescence: a comparative analysis of associations in England and Norway. *Arch Suicide Res*. 2009;13(4):340-8. doi: 10.1080/13811110903266475. PMID: 19813111.
- Zinchuk M, Beghi M, Beghi E, Bianchi E, Avedisova A, Yakovlev A, Guekht A. Non-Suicidal Self-Injury in Russian Patients with Suicidal Ideation. *Arch Suicide Res*. 2020 Oct 27:1-25. doi: 10.1080/13811118.2020.1833801. Epub ahead of print. PMID: 33108991.
- Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007 Sep;19(3):309-17. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.309. PMID: 17845122.

## **Клинико-психопатологический аспект течения параноидной шизофрении у больных с коморбидной неврологической и соматической отягощенностью**

**Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан**

**Цель.** Изучить особенности динамического клинического течения параноидной шизофрении, сочетанной с хроническими неврологическими и соматическими заболеваниями.

**Материал и методы.** 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 патологию. 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 и неврологом, с использованием дополнительных методов исследования.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что чаще всего (n=15, 44,1 %) отмечались заболевания сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца). С более редкой частотой выявлены заболевания органов пищеварения, включая хронические гепатит, холецистит, гастрит, колит (n=10, 29,4 %), заболевания органов дыхания (в основном хронический бронхит) (n=5, 14,7 %) и заболевания почек, в том числе мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит (n=4, 11,8 %). Риск возникновения ишемической болезни сердца среди больных параноидной шизофренией 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 шизофренией, сочетанной с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отмечается схожесть показателей PANSS (среднее значение позитивных симптомов 52 балла). В клинической картине у них наблюдалась невыраженная бредовая симптоматика (3 балла), преобладала депрессивная (с тревогой при гипертонической болезни и апатией при ишемической болезни сердца) и галлюцинозоподобная (5 баллов) симптоматика при значительном снижении критики (5 баллов) или глубокий дефект (средние показатели шкалы негативных синдромов 46 баллов, энергии 46 баллов). Присоединившаяся соматическая патология сглаживает дефицитарную симптоматику за счет снижения энергии и нарастания тревожно-депрессивных расстройств. Церебрально-органическая недостаточность встречается статистически значимо (p<0,05) чаще у больных параноидной шизофренией с позитивной симптоматикой, чем у пациентов с негативной: дисциркуляторная энцефалопатия различного генеза выявлена у 40% пациентов с позитивной симптоматикой и 16,9% больных с негативной.

Родовая травма в анамнезе статистически значимо чаще ( $p < 0,05$ ) встречалась у больных шизофренией с позитивной симптоматикой, чем у больных с негативной симптоматикой (25% и 7,7%), что повышало риск возникновения неврологических осложнений у больных шизофренией с позитивной симптоматикой и требует проведения дополнительной ноотропной терапии. У всех пациентов отмечено снижение критичности и осознания болезни (среднее значение по PANSS 5 баллов) в отношении к психическому заболеванию и сопутствующей соматической патологии. Это может приводить к осложнениям при назначении психотропной терапии и снижать качество и продолжительность жизни данной категории больных.

**Выводы.** Проведенное нами исследование позволило выявить необходимость дифференцированного подхода к организации помощи больным с сочетанной психической, неврологической, соматической патологией и определить направления лечебно-реабилитационных рекомендаций для использования их в практике психиатрами и врачами общей практики.

## **Исследование гендерных особенностей аффективной сферы у больных параноидной шизофренией**

**Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.**

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент, Узбекистан**

**Актуальность проблемы** исследования эмоциональных изменений у больных параноидной шизофренией с учётом гендерных особенностей вызвана трудностью диагностики данной патологии, фармакорезистентностью депрессивной симптоматики, проблемами социального функционирования и психосоциореабилитации больных [1, 3]. В литературе поддерживается общая точка зрения об отличиях в частоте выявления аффективной патологии при психических расстройствах эндогенного генеза у женщин и мужчин, однако качественных различий в формировании эмоциональных симптомокомплексов не выявлено [4, 5]. В существенно меньшей степени представлены данные по гендерным особенностям структуры аффективной патологии и социально-психического функционирования больных, роли адаптационного потенциала личности [2, 6, 7, 8].

**Цель исследования:** изучить гендерные особенности аффективной сферы у женщин и мужчин с параноидной шизофренией для улучшения медико-психологической помощи данному контингенту больных с целью оптимизации психотерапевтической тактики.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 30 женщин и 48 мужчин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизофренического спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. В ходе исследования для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), а для определения уровня тревожности – опросник тревожности Спилбергера-Ханина.

**Результаты и обсуждение.** Из 78 обследованных больных у 58% в соответствии с МКБ-10 диагностирована параноидная шизофрения с непрерывным типом течения (F20.00), у 42% обследованных – параноидная шизофрения с эпизодическим типом течения (F20.01). Инициальный этап параноидной шизофрении приходился на период дебюта заболевания в возрасте 30-35 лет, отличался среднепрогредиентным течением, постепенным формированием дефекта в эмоционально-волевой сфере и снижением энергетического потенциала личности. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии разной степени тяжести – у 55% обследованных. Более чем у половины пациентов обнаружено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги, у 10% пациентов констатирована выраженная тревога.

Гендерные различия в тяжести депрессивной симптоматики распределились следующим образом: у мужчин депрессия легкой степени выявлена в 68% случаев и в 31% случаев диагностирована депрессия средней степени тяжести, а у женщин депрессия средней степени тяжести встречалась чаще – в 70% случаев, депрессия легкой степени выявлена у 29% больных. Клинические проявления эмоциональной сферы у мужчин отличались большей представленностью дисфорических состояний с включениями гипоманиакальной симптоматики гневливого характера. Гендерные особенности аффективных нарушений у женщин преимущественно были представлены депрессивной симптоматикой тяжелой степени со склонностью к суицидальным тенденциям и формированию идей самообвинения и самоуничтожения. Структура аффективной патологии была представлена гипотимией с тревогой, ипохондрической фиксацией на своих переживаниях, выраженным замедлением мышления и движений, пессимистической оценкой своего будущего. Только у 7 пациентов зафиксирован смешанный тревожно-тоскливый аффект. Развитие депрессии оказывало негативное воздействие на работоспособность, отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличение количества времени, затрачиваемого на выполнение прежнего объема работы, трудности и ошибки в работе. Исследование депрессивной симптоматики с учётом ведущего клинического симптома выявило преобладание тревожных депрессий у женщин, в то время как у мужчин преимущественно встречались дисфорические и астенопатические депрессии с ипохондрическими включениями.

**Выводы.** Таким образом, установлено, что при клинических проявлениях параноидной шизофрении женщины страдают аффективной патологией в 2 раза чаще, чем мужчины, более склонны к депрессивным состояниям средней тяжести, уровень тревоги у них очень высокий. У мужчин патология эмоциональной сферы характеризуется депрессивно-дисфорическими состояниями с преобладанием дистимических и апатических включений, а также гипоманиакальных синдромов.

#### **Список литературы**

1. Абдуллаева В.К., Нурходжаев С.Н. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств, коморбидных с расстройствами личности. Актуальные проблемы психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии: сборник научных трудов. Саратов: Изд-во Саратов. гос. мед. ун-та, 2017. Вып. 15. С. 4-8.
2. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе. Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. СПб.; Иваново, 2000. С. 199-204.
3. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искандарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни. Сборники конференций НИЦ Социосфера. 2013. № 21. С. 38-41.
4. Бабарахимова С.Б. Диагностика депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей. Антология российской психотерапии психологии. Материалы Международного конгресса Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига и Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». СПб., 2017. С.129.
5. Нурходжаев С.Н., Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Клинические аспекты фармакорезистентных депрессий. Сборник докладов VI Всероссийской научной конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов «Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. Рязань, 2020. С. 82-85.
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states. Danish Scientific Journal. 2020;35(2):24-27.
7. Sultonova K. Medical and psychological aspects of psychotherapy in adolescents with diabetes mellitus. Sciences of Europe. 2021;64(1):30-32. doi:10.24412/3162-2364-2021-64-1-30-32
8. Симуткин Г.Г., Бохан Н.А. Скрининг биполярных аффективных расстройств в клинической практике: пособие для врачей. Томск: Изд-во Томского государственного университета систем управления и радиоэлектроники, 2019. 117 с.

## Оценка цитотоксических свойств сывороточных IgG больных шизофренией, обладающих каталазной активностью

Казанцева Д.В.<sup>1</sup>, Епимахова Е.В.<sup>1,2</sup>, Васильева А.Р.<sup>1</sup>,  
Паршукова Д.А.<sup>1</sup>, Семке А.В.<sup>1,2</sup>, Смирнова Л.П.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

**Введение.** Многими исследованиями подтверждается вовлеченность окислительного стресса в патогенез шизофрении [1, 2]. Недавно в сыворотке крови больных шизофренией обнаружены каталитические антитела, или абзимы, обладающие окислительно-восстановительными свойствами. В частности выявлена каталазная активность иммуноглобулинов класса G (IgG) [3, 4]. Вместе с тем отсутствуют данные о механизме действия и биологической роли каталитических активностей в патогенетических механизмах заболевания. Одна из гипотез наделяет абзимы цитотоксическими свойствами. В работах по изучению эффектов IgG, выделенных из сыворотки крови пациентов с аутоиммунной патологией, выявлена способность антител проникать через мембрану клеток, воздействуя на внутриклеточные процессы, активируя апоптоз и клеточную гибель [5].

**Целью** настоящего исследования явилось выявление эффектов сывороточных IgG пациентов с шизофренией, обладающих каталазной активностью на жизнеспособность клеточной линии глиального происхождения U87.

**Материалы и методы.** Материал исследования: сыворотка периферической крови 13 пациентов с параноидной шизофренией (по МКБ-10 F20.00, F20.01, F20.02) в острой фазе в возрасте от 33 до 70 лет ( $48,8 \pm 13,64$  года) и 6 психически и соматически условно здоровых лиц; а также иммортализованная клеточная линия глиального происхождения U87. IgG выделяли из сыворотки крови методом аффинной хроматографии на хроматографе АКТА purifier GE Healthcare на колонках с ProteinG-Sepharose. Гомогенность препаратов IgG была подтверждена методом градиентного электрофореза в 4-18% ПААГ. Каталазную активность IgG определяли спектрофотометрическим методом на спектрофотометре Спекорд М40 (Германия). Оценку жизнеспособности культуры клеток глиобластомы человека U87 под воздействием исследуемых образцов IgG проводили методом высокопроизводительного скрининга на платформе CellInsight CX7 с использованием флуоресцентных красителей пропидия йодида и Hoechst. Предварительно клетки глиобластомы выращивали в 96-луночные планшеты (1x104 клеток на лунку), спустя сутки добавляли препараты IgG, полученные из сыворотки крови больных шизофренией и условно здоровых доноров в конечной концентрации 0,2 мг/мл, и культивировали в течение 72 часов. В качестве контроля использовали культуру, в которую вместо антител вносили эквивалентные объемы буфера 50 мМ Трис-HCl, pH 7,5; 150 мМ NaCl. Статистическую обработку результатов производили с помощью программ SPSS, версия 20.0 для Windows.

**Результаты.** На основе анализа сродства к аффинному субстрату и гомогенности выделенных антител доказана собственная каталазная активность IgG больных шизофренией и условно здоровых доноров. Медианное значение уровня каталазной активности антител пациентов в стадии обострения клинических проявлений шизофрении составило 3,86 [2,41; 6,33] мМ H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>/мин/мг, что статистически значимо ( $p=0,047$ ) превышает аналогичный показатель в группе здоровых доноров – 1,74 [1,18; 1,74]. Показатели жизнеспособности культуры клеток глиобластомы U87 под воздействием IgG в исследуемых группах статистически значимо не отличались. Так, доля мертвых клеток после воздействия антител, выделенных из сыворотки крови пациентов, составила 1,78% [1,44; 2,15]. При добавлении в клеточную культуру антител условно здоровых доноров этот показатель составил 2,03% [1,71; 2,24]. В контрольных культурах (с добавлением раствора Трис-HCl) процент мертвых клеток был равен 2,01 [1,96; 2,07].

**Заключение.** В результате проведенного *in vitro* эксперимента не установлено наличие цитотоксических свойств препаратов IgG, выделенных из сыворотки крови больных шизофренией, на культуру клеток глиобластомы U87. Возможно, отсутствие эффекта обусловлено опухолевым происхождением исследуемой культуры и наличием защитных механизмов к свободнорадикальному окислению. Необходимы дальнейшие исследования с использованием других клеточных моделей и методов исследования для установления биологического значения каталитических свойств IgG, выделенных из сыворотки крови больных шизофренией.

Оценка жизнеспособности проводилась с использованием оборудования Центра коллективного пользования «Медицинская геномика» Томского НИМЦ.

Работа выполнена в рамках технологии психиатрического сервиса в диагностике и персонализированной терапии больных шизофренией и шизотипическим расстройством. Номер государственной регистрации АААА-А20-1200416900-2.

В части выделения IgG и определения их каталазной активности работа поддержана грантом РНФ №18-15-00053-П «Поиск периферических маркёров, ассоциированных с нарушением миелинизации головного мозга и патогенезом заболевания при шизофрении».

#### **Список литературы**

1. Ermakov EA, Dmitrieva EM, Parshukova DA, Kazantseva DV, Vasilieva AR, Smirnova LP. Oxidative Stress-Related Mechanisms in Schizophrenia Pathogenesis and New Treatment Perspectives. *Oxid Med Cell Longev.* 2021 Jan 23;2021:8881770. doi: 10.1155/2021/8881770. PMID: 33552387; PMCID: PMC7847339.
2. Ivanova SA, Smirnova LP, Shchigoreva YG, Boiko AS, Semke AV, Uzbekov MGBokhan NA. Glucose-6-phosphate dehydrogenase and catalase activities in erythrocytes of schizophrenic patients under pharmacotherapy with traditional antipsychotics. *Neurochemical Journal.* 2014. Т. 8, № 1. С. 66-70.
3. Ермаков Е.А., Смирнова Л.П., Кротенко Н.М., Семке А.В., Бунева В.Н., Невинский Г.А. Каталазная активность каталитических антител при шизофрении. *Российский иммунологический журнал.* 2019. Т. 22 (2-1). С. 242-244.
4. Ermakov EA, Smirnova LP, Bokhan NA, Semke AV, Ivanova SA, Buneva VN, Nevinsky GA. Catalase activity of IgG antibodies from the sera of healthy donors and patients with schizophrenia. *PLoS One.* 2017 Sep 25;12(9):e0183867. doi: 10.1371/journal.pone.0183867. PMID: 28945759; PMCID: PMC5612456.
5. Сабирзянова А.З., Невзорова Т.А. Цитотоксичность и генотоксичность антител к нативной дезоксирибонуклеиновой кислоте при системной красной волчанке и ревматоидном артрите. *Российский иммунологический журнал.* 2013. Т. 7, № 4. С. 428-436.

## **Закономерности формирования непсихотических психических расстройств у супругов в кризисной семейной ситуации**

**Кожевникова Т.А., Костарев В.В.**

**Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева, Красноярск, Россия**

Анализ литературных данных показал, что множеством отечественных и зарубежных исследований выявлена связь между нарушениями функционирования семьи и формированием непсихотических психических расстройств [5]. Семейные кризисы сопровождаются деструктивными, дисфункциональными формами взаимоотношений, поддерживаемыми ближним социальным окружением, и могут способствовать разрыву семейных отношений. В последнее время изучение проблемы распада семьи привлекает к исследовательской деятельности этого феномена психологов и психиатров всего мира. Социально-политические и экономические потрясения, происшедшие в обществе на территории России, привели к тяжелому кризису большого числа семей [2, 4]. Многие из них оказались как бы «за бортом» в общем потоке реформ, в безудержном стремлении общества к рынку. Вполне объяснимо, что именно в таких семьях, как правило, возникают различного рода нарушения социально-психологической адаптации всех членов семьи и, как следствие этого, нарастание агрессивного поведения и семейных разногласий [1, 3].



**Материал и методы.** В представленной работе изучались особенности нарушения значимых сфер жизнедеятельности семьи у мужчин и женщин, находящихся в кризисной семейной ситуации. Эмпирическая работа проведена на базе ЗАГСов г. Красноярска. В исследовании принимали участие супружеские пары, подавшие заявления о разводе: 70 испытуемых, вступивших в брак по расчету, и 85 супругов, вступивших в брак по любви. Семейный стаж исследуемых – от 1 года до 8 лет. Состав семьи – 3-4 человека. Средний возраст составил: у женщин –  $26,7 \pm 4,31$  года, мужчин –  $32,8 \pm 7,2$  года.

С целью исследования ожиданий, которые имелись у супругов до вступления в брак, а также изучения ожиданий, которые сбылись или не были достигнуты на момент расторжения брака, была использована методика «Рольевые ожидания и притязания в браке» («РОП») Анализ результатов стандартизованного интервью, проводимого с супругами, которые находились в ситуации развода, позволил выявить дополнительные факторы риска нарушения психического здоровья.

**Результаты и обсуждение.** Анализ показателей возраста супругов, подавших заявление о разводе, дал основание для выделения групп риска формирования семейного кризиса. Большинство (свыше 70% от всей выборки) разводящихся были в возрасте 21-30 и 31-35 лет. Анализ показателей социально-ролевой адекватности свидетельствует о том, что у супругов женского пола коэффициент ролевой адекватности в большинстве случаев составлял 0,5 ( $39,3 \pm 5,41\%$  случаев). У супругов мужского пола этот показатель составил  $34,8 \pm 9,22\%$ . Представляется, что снижение ролевого функционирования у женщин обусловлено в большей степени по сравнению с мужчинами негативными эмоциональным переживаниями, склонностью к длительной фиксации на критической ситуации. Повышенная эмоциональная напряженность, характеризующая переживания супругов женского пола, свидетельствует о высокой кризисной насыщенности, что способствует снижению активности, направленной на реализацию ролевого функционирования. Супругам мужского пола удавалось в большей степени по сравнению с женщинами сохранять активность при выполнении функциональных семейных обязанностей. В целом снижение социально-ролевого функционирования супругов также является психологическим предиктором, связанным с риском нарушения психического здоровья.

Наиболее, по нашему представлению, парадоксальные результаты в отношении причин развода выявлены у женщин, вступивших в брак по любви. Если во всех изучаемых группах основной причиной развода являлась неудовлетворенность партнерскими качествами супруга или супруги, в этой группе женщин неоправданные ожидания касались, прежде всего, неудовлетворенности материальными возможностями супруга. Причины неоправданных ожиданий от партнера в этой группе женщин отступали на второй план, последнее место занял фактор времени. Установлено, что неудовлетворенность материальными возможностями супруги, для мужчин, вступивших в брак по расчету, имела место более чем у четверти все опрошенных, но в то же время являлись неосновной причиной в иерархии неоправданных ожиданий. Сопоставление причин расторжения брака с учетом мотивов вступления в брак в группе мужчин, заключивших брак по любви, свидетельствовало о неудовлетворенности в отношении семейного функционирования партнера. Это обстоятельство также способствовало формированию внутриличностного конфликта неоправданных ожиданий. На втором месте по степени убывания у мужчин, вступивших в брак по любви, является временной фактор, в то время как материальный фактор как причина развода находится на третьем месте. Результаты исследования позволили установить факторы риска нарушения психического здоровья супругов, обусловленные формированием конфликта неоправданных ожиданий. Уровень самоорганизации оказался низким у супругов, заключивших брак по любви. У мужчин и женщин с разной мотивацией создания брака выявлены противоречивые представления о семейных ценностях и ролевых обязанностях в браке. Психологической характеристикой, определяющей возможности сохранения здоровья супругов в ситуации развода, являются проявления самоорганизации в качестве компонента личностного потенциала. В частности возможности самоорганизации у супругов с мотивацией брака по любви являются более низкими по сравнению с супругами с мотивацией брака по расчету.

Обсуждаемые результаты указывают на возможность формирования семейных конфликтов в качестве фактора риска нарушения психического здоровья. Полученная информация может быть дополнительным критерием, свидетельствующим о рисках нарушения психического здоровья при переживании супругами ситуации развода.

#### Список литературы

1. Гуткевич Е.В. Современная семья в аспекте психологии здоровья личности: проблемы развития и возможности превенции. Сибирский психологический журнал. 2014. № 51. С. 120-132.
2. Кожевникова Т.А., Костарев В.В., Ветлугина Т.П. Психофизиологические факторы адаптации и функциональная асимметрия мозга у супругов в условиях семейного кризиса. Сибирский вестник специального образования. 2016. № 3 (18). С. 42-48.
3. Костарев В.В. Психологические предикторы нарушений психического здоровья у супругов в ситуации развода. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017. № 3 (96). С. 64–70. doi: 10.26617/1810-3111-2017-3(96)-64-70.
4. Стоянова И.Я. Психологические особенности системно-уровневой модели адаптации у больных с расстройствами непсихотического спектра. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 3 (42). С. 94-98.
5. Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., Добряков И.В. Семейная психотерапия и клиническая психология семьи: традиции и современное состояние. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 6 (29) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru>

### **Состояние психического здоровья населения старше трудоспособного возраста в Республике Беларусь по данным показателей государственной статистической отчетности**

**Короткевич Т.В.<sup>1</sup>, Голубева Т.С.<sup>1</sup>, Логинова А.Ю.<sup>1</sup>, Жилевич Л.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Республиканский научно-практический центр психического здоровья**

**<sup>2</sup> ГУ «Республиканский клинический госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны им. П.М. Машерова»  
Минск, Беларусь**

По прогнозам ООН, к 2050 г. число людей старше 60 лет в мире может возрасти вдвое. В Республике Беларусь (РБ), так же как и в других странах Восточной Европы, отмечаются общемировые тенденции демографического старения населения: снижение показателей рождаемости и смертности, увеличение продолжительности жизни. Возрастная структура населения Беларуси характеризуется ростом удельного веса лиц пожилого и старческого возрастов. В 2020 г. граждане старше трудоспособного возраста составили 24,6%, в том числе старше 65 лет – 15,8% от общей численности населения. В республике также наблюдается феномен «феминизация старости», с преобладанием женщин в структуре пожилого населения. По мере старения люди все более подвергаются риску соматических заболеваний, психических расстройств, инвалидности. Одиночество, социальная изоляция и дискриминация являются важными социальными детерминантами и факторами риска для здоровья пожилых людей, которые оказывают негативное влияние, в первую очередь на показатели психического здоровья.

**Цель исследования:** выявление особенностей динамики некоторых показателей общей и первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди населения Республики Беларусь, включая лиц старше трудоспособного возраста.

**Материалы и методы.** Для расчета показателей общей и первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения Республики Беларусь, в том числе лиц старше трудоспособного возраста, использованы методы ретроспективного эпидемиологического анализа статистических данных формы государственной статистической отчетности 1-психиатрия (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ) и контингентах наблюдаемых пациентов» за 2011–2020 гг.

Вычисление показателей общей и первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами лиц старше трудоспособного возраста проводился с учетом изменений пенсионных возрастов, утвержденных Указом Президента Республики Беларусь от 11.04.2016 № 137 «О совершенствовании пенсионного обеспечения». В РБ с 1 января 2017 г. к 2022 г. пенсионный возраст поэтапно повышается до 63 лет у мужчин и 58 лет у женщин.

**Результаты и обсуждение.** При анализе общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения РБ в 2011–2020 гг. выявлена умеренная тенденция к снижению данного показателя (темп прироста 1,52%). При анализе показателей общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами лиц старше трудоспособного возраста обнаружена умеренная тенденция к росту (темп прироста 4,28%). Показатели общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами этого контингента колебались от 3812,7 в 2011 г. до 4612,5 на 100 тысяч в 2020 г. Максимальные показатели общей заболеваемости в данной группе зарегистрированы в 2019 и 2020 гг. – 4550,1 и 4612,5 на 100 тысяч; минимальный показатель зафиксирован в 2014 г. – 3351,3 на 100 тысяч. В структуре общей заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированной государственными организациями здравоохранения РБ, преобладали органические психозы и (или) деменции (от 70,2% в 2011 г. до 71,4% в 2019 г. и 70,2% в 2020 г.). Реже встречались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (от 11,4% в 2011 г. до 12,7% в 2019 г. и 13,5% в 2020 г.), расстройства шизофренического спектра (от 10,0% в 2011 г. до 8,6% в 2019 г. и 9,4% в 2020 г.). Эти классы заболеваний общесуммарно превышали большинство (90%) от всех регистрируемых психических и поведенческих расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста.

В РБ на фоне понижения общей заболеваемости населения психическими и поведенческими расстройствами формируется тенденция к росту общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста, что свидетельствует о накоплении психических расстройств среди лиц старших возрастов в популяции. При анализе показателей первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами в 2011–2020 гг. выявлена умеренная тенденция к снижению (темп прироста 1,56%). При анализе первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения старше трудоспособного возраста выявлена умеренная тенденция к росту заболеваемости (темп прироста 3,12%). Лица старше трудоспособного возраста составили ≈27% от числа впервые выявленных с психическими и поведенческими расстройствами. Показатели первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами населения старше трудоспособного возраста колебались от 1029,6 в 2011 г. до 1134,5 на 100 тысяч и в 2020 г. Максимальные показатели первичной заболеваемости среди пациентов старше трудоспособного возраста зарегистрированы в 2015 г. и 2019 г. – 1280,5 и 1214,4 на 100 тысяч; минимальные показатели – в 2011 г. и 2012 г. – 1029,6 и 1069,2 на 100 тысяч.

Тенденция к росту психических и поведенческих расстройств среди населения РБ старше трудоспособного возраста прослеживается и в отношении первичной заболеваемости. В структуре первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, зарегистрированной государственными организациями здравоохранения, преобладали женщины (71,3%). При анализе распределения впервые выявленных случаев по месту жительства выявлено, что удельный вес случаев первичной заболеваемости среди городского населения выше, чем среди сельского (79,5% и 20,5%), что объясняется большей доступностью медицинских услуг для жителей городов. В структуре первичной заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами преобладали органические психозы и (или) деменции (от 68,2% в 2011 г. до 83,4% в 2019 г. и 82,9% в 2020 г.), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (от 10,8% в 2011 г. до 13,3% в 2019 г. и 14,0% в 2020 г.). Расстройства шизофренического спектра встречались реже (от 1,4% в 2011 г. до 0,9% в 2019 г. и 0,8% в 2020 г.). Данные классы заболеваний в общей сумме составляли более 95% от всех впервые регистрируемых психических и поведенческих расстройств у пациентов старше трудоспособного возраста.

Первичная заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами населения старше трудоспособного возраста в РБ в 2020 г. снизилась по сравнению с показателем 2019 г. (-12,8%) в связи с перепрофилированием организаций здравоохранения с целью оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 и в результате проведения противоэпидемических мероприятий в организациях здравоохранения.

**Заключение.** Выявленные закономерности заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами лиц старше трудоспособного возраста отражают наблюдаемую тенденцию постарения населения Республики Беларусь. Полученные данные могут быть использованы при планировании оказания психиатрической помощи населению старших возрастных групп, а также при организации различных социальных услуг данной категории пациентов.

## **Значение искажения родительских ролей в патогенезе непсихотических психических расстройств**

**Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Цыбульская Е.В.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению распространенности невротических, связанных со стрессом, тревожных расстройств. В соответствии с данными Американской психиатрической ассоциации (АРА, 2004) распространенность соматоформных расстройств составляет около 1% населения, женщины болеют значительно чаще мужчин, заболевание более распространено среди бедных и малообразованных слоев населения. По данным ВОЗ, не менее 25% пациентов общесоматических клиник обнаруживают соматоформные расстройства [1]. Значимый вклад в формирование и течение непсихотических психических расстройств (НППР) вносят особенности семейного воспитания и взаимодействия с родителями во взрослом возрасте [2].

**Цель.** Исследование роли искажения и смещения родительских ролей в анамнезе пациентов с непсихотическими психическими расстройствами.

**Материал и методы.** На базе отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья проведено обследование 10 пациенток в возрасте от 25 до 54 лет с диагнозами: расстройства адаптации и соматоформные расстройства. Основные методы: клинико-психопатологический [3], клинико-динамический, экспериментально-психологический, катamnестический, математической статистики. Квалификация пограничных психических расстройств проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10.

**Результаты.** При проведении групповой психотерапии выделена группа пациенток с выраженной тревожной, соматоформной симптоматикой, неоднократно госпитализировавшихся в клинику НИИ ПЗ. Анализ психотравмирующих ситуаций выявил, что наибольшее значение имели психотравмирующие воздействия внутри семьи, в частности дистантные, холодные, некомплаентные отношения с матерью. Аномальные формы воспитания имели место у всех пациенток. При изучении анамнеза выяснилось, что роль матери для пациенток выполнял отец либо бабушка, отношения с которыми были близкие, эмпатичные. Отношения матерью не складывались либо были формальными. Пусковым моментом, существенно дезадаптирующим пациенток и приводящим к появлению НППР (чаще соматоформного), была утрата значимого близкого, игравшего роль матери. При поступлении пациенты предъявляли жалобы на тревожную, депрессивную, психовегетативную симптоматику. После переживания утраты образ материнской фигуры переносился на мать. Пациентки пытались выстроить взаимодействие с ней через призму идеального образа матери, получая фрустрацию при каждом контакте с ней, так как сталкивались с противоречием ожидаемого и реального к ним отношения (в точности такого же, как и до смерти родственника).

В ряде случаев болезненное состояние пациентки использовалось матерью для собственной реализации в процессе ухода «за больным ребенком», однако не подразумевающего эмпатии и эмоционального приятия. Подобные взаимоотношения, приобретающие характер зависимых, не осознаваемые пациентками как патологические, имеют тенденцию к длительному существованию с формированием болезненного состояния как способа патологической адаптации к хронической психогении. Формировалось невротическое состояние, прогрессирующее до патохарактерологического развития личности [4].

При рассмотрении системы факторов, оказывающих влияние на индивида, были выделены две группы внешних воздействий: 1) факторы дефицита с отсутствием удовлетворения потребностей пациента, 2) внешние психогенные воздействия. Собственно психогении подразделялись, в свою очередь, по параметрам интенсивности, специфичности, продолжительности, повторяемости и осознанности. Интенсивные, катастрофические психогении (например, утрата близких родственников), как правило, хорошо осознавались, и их воздействие было психологически понятно. Напротив, длительно протекающие психогении слабой интенсивности становились привычными и редко осознавались, превращаясь в обыденную картину семейной жизни, что еще более усугублялось при наличии алекситимии. Необходимо подчеркнуть специфичность семейных психогений: психоэмоциональная уязвимость пациентов часто использовались близкими для манипулирования, удержания в сфере своего влияния и контроля. Происходило накопление психогений, нарастание внутреннего напряжения, астении и истощения. Невозможность психического отреагирования, слабая дифференцированность психических и соматических феноменов, невозможность проявления отрицательных эмоций приводили к манифестации и возобновлению соматоформной симптоматики. Обращаясь за помощью к медицинским работникам, пациент проецировал на них образы родительских фигур и пытался выстроить сложившуюся у него в семье систему взаимоотношений.

Дисгармоничные семейные отношения находили свое отражение и в проективных рисуночных тестах: «Я и моя семья», «Я и мой супруг», «Я и моя мать». Определялись нарушенные семейные границы, инфантильные, зависимые установки в поведении, нарушение полоролевой идентификации, что отражалось в размерах и расположении фигур на рисунках, детализации изображений. Проективные методики демонстрировали несовпадение декларируемых и реальных ролей, характерных для пациентов в течение жизни. Пациентки отличались высокой личностной и ситуативной тревожностью, предъявляли тревожную симптоматику в ответ на воздействие психогений, характеризовались изменениями личности в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах. Это определяло лечебную тактику, где главное внимание уделялось групповой и индивидуальной психотерапии [5, 6]. Следует подчеркнуть значение длительной поддерживающей психотерапии в условиях продолжающейся слабо осознаваемой семейной психогении, если мать заинтересована в сохранении болезненного состояния пациентки.

**Выводы.** В патогенезе непсихотических психических расстройств значимую роль играют семейные психогении и нарушение семейного воспитания по уровню проекции. Особое значение имеет патологическое взаимодействие с холодной, дистантной матерью через призму её идеального образа, что способствует формированию и длительному сохранению невротических расстройств, преимущественно соматоформных. Дисгармоничные зависимые отношения в семейной системе определяют показания к персонализированной психофармако- и когнитивно-поведенческой терапии пациентов, обеспечивающей преемственность, комплексность, корректность программ индивидуализированной многоуровневой дифференцированной профилактики, психотерапии и психокоррекции.

#### Список литературы:

1. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Dtsch Arztebl Int.* 2015 Apr 17;112(16):279-87. doi: 10.3238/arztebl.2015.0279. PMID: 25939319; PMCID: PMC4442550.
2. Liu L, Liu C, Zhao X. Linking Anger Trait with Somatization in Low-Grade College Students: Moderating Roles of Family Cohesion and Adaptability. *Shanghai Arch Psychiatry.* 2017 Feb 25;29(1):30-40. doi: 10.11919/j.issn.1002-0829.216102. PMID: 28769543; PMCID: PMC5518252.
3. Opler DJ. A Practical Approach to Interviewing a Somatizing Patient. *Current Psych.* 2017;16, 46.

4. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Медведев В.Э., Терентьева М.А., Фролова В.И., Самушия М.А., Выборных Д.Э., Шафигуллин М.Р. Развития личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии). Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 2. С. 4-11.
5. Menon V, Rajan TM, Kuppli PP, Sarkar S. Cognitive Behavior Therapy for Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review and Meta-analysis of Published Controlled Trials. *Indian J Psychol Med.* 2017 Jul-Aug;39(4):399-406. doi: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM\_17\_17. PMID: 28852229; PMCID: PMC5559983.
6. Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Никитина В.Б., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Гарганеева Н.П., Цыбульская Е.В., Перчаткина О.Э., Белокрылова М.Ф. Клинические и социально-психологические факторы, определяющие приверженность к терапии пациентов с соматоформными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2020. № 2 (107). С. 14–25. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-14-25](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-14-25)

## **Современные исследования роли конституционально-морфологических признаков в формировании типов течения шизофрении**

**Кратовский А.Ю.**

**ГБУЗ КО «Юргинский психоневрологический диспансер», Юрга, Россия**

Систематизированные исследования связи строения тела с психическими процессами были начаты Э. Кречмером, отмечавшим преобладание астеноатлетической группы над пикнической, высокую частоту встречаемости диспластического типа телосложения у больных шизофренией. Он предполагал более высокий риск развития шизофрении у лиц с лептосомным строением тела [1]. В исследовании роли конституционально-морфологических признаков в формировании типов течения больных шизофренией важное место принадлежит Н.А. Корнетову, возродившему интерес к учению о конституции человека и внедрению антропологического метода в исследование психических заболеваний [2]. Стандартизированной антропометрией им выявлено отсутствие тропизма шизофрении к определенной конституции человека и выраженное влияние комплекса антропометрических характеристик пациентов и их соматотипических особенностей на клинические проявления и течение шизофренического процесса. При рассмотрении влияния конституционально-морфологических признаков на формирование типов течения шизофрении следует отметить интерес ученых к разным аспектам данного вопроса. Е.Г. Корнетовой показано, что большой вклад в развитие симптомов шизофрении вносят индивидуальные особенности конституции больного, их изучение открывает возможности для раннего прогнозирования течения заболевания и разработки персонализированных стратегий лечебно-реабилитационных мероприятий [3, 4]. Также уделяется внимание изучению психометрических показателей и клинико-динамических характеристик пациентов с шизофренией в зависимости от их конституционально-морфологического типа (КМТ). Установлено, что конституциональные особенности пациентов являются фоном развития шизофрении и фактором, входящим в характеристики процесса, определяющие его реактивность [5], а астенический КМТ фактически выступает фактором неблагоприятной клинической динамики шизофрении и ассоциируется со стойкими негативными нарушениями как ведущим профилем симптоматики [6]. Показана связь низкого роста и/или низкого веса с шизофренией [7]. Позже был выявлен вклад изменения длины тела при рождении и длины тела во взрослом состоянии у больных шизофренией в сравнении со здоровой контрольной группой [8]. При изучении половой конституции обосновано сделан вывод о предрасположенности женщин со слабой половой конституцией к нестабильному гормональному фону, что способствует нарастанию тяжести течения шизофрении с переходом от эпизодического к непрерывному типу течения, а у лиц с сильной половой конституцией происходит снижение сексуальной активности, обусловленное приемом терапии, что приводит к отказу от лечения и ухудшает прогноз [9].

В последние годы в литературе активно обсуждается значимая роль конституционно-морфологических характеристик в развитии нежелательных явлений антипсихотической терапии у больных шизофренией [4, 10]. Конституция рассматривается как патопластический фактор, к числу основных факторов, влияющих на патопластику шизофрении, относят астенический соматотип, что предполагает более медленную манифестацию заболевания [11]. Высказывается мнение, что одни исследователи призывают рассматривать шизофренические реакции вне связи с конституцией и эндогенным процессом (Краснушкин Е.К., 1933; Абаскулиев А., 1970), однако представители альтернативного направления, напротив, подчеркивают роль шизоидного предрасположения (шизофренические реакции формируются на почве шизофренической конституции) (Ганнушкин П.Б., 1914, 1933; Фрумкин Я.Л., 1928; Серейский М.Я., 1935; Фрумкин Я.П. и др., 1975) [12]. На современном этапе можно констатировать актуализацию оценки индивидуальных типологических особенностей и функциональных резервов пациентов с шизофренией с позиции конституционального подхода.

Таким образом, краткий анализ литературных источников показал, что исследования связи конституционно-морфологических признаков и типов течения больных шизофренией по-прежнему актуальны. Особое значение они приобретают в свете текущего изменения подхода к диагностике шизофрении от клинических подтипов к вариантам течения заболевания.

### Список литературы

1. Kretschmer E. *Korperbau ub Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten.* Berlin: Springer-Verlag, 1921.
2. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине. Бюллетень сибирской медицины. 2008. Т. 7, № 1. С. 7-31.
3. Корнетова Е.Г. Шизофрения с преобладанием негативных нарушений: клинико-конституциональные закономерности, адаптация, терапия: автореф. дис. ... д.м.н. Томск, 2016. 40 с.
4. Корнетова Е.Г., Дубровская В.В., Корнетов А.Н., Лобачева О.А., Иванова С.А., Семке А.В. Морфофенотипический предиктор развития висцерального ожирения у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию. Бюллетень сибирской медицины. 2018. № 17 (4). С. 54-64.
5. Zammit S, Rasmussen F, Farahmand B, Gunnell D, Lewis G, Tynelius P, Brobert GP. Height and body mass index in young adulthood and risk of schizophrenia: a longitudinal study of 1 347 520 Swedish men. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):378-85. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.01063.x. PMID: 17919157.
6. Микилев Ф.Ф., Корнетова Е.Г., Лобачева О.А., Корнетов А.Н., Семке А.В. Психометрическая оценка симптомов и клиническая динамика шизофрении в зависимости от конституционально-морфологического типа больных. Бюллетень сибирской медицины. 2016. № 15 (2). С. 58-64.
7. Bulbena A, Agulló A, Pailhez G, Martín-Santos R, Porta M, Guitart J, Gago J. Is joint hypermobility related to anxiety in a nonclinical population also? *Psychosomatics.* 2004 Sep-Oct;45(5):432-7. doi: 10.1176/appi.psy.45.5.432. PMID: 15345789.
8. Latham K, Kirkpatrick B. Meta-analysis of adult height and birth length in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2018 May;195:110-114. doi: 10.1016/j.schres.2017.09.002. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29126609.
9. Орлов Г.В., Евсеева В.В., Коновалова В. Н. Особенности клинико-психопатологических проявлений, прогноза и качества жизни у женщин, больных шизофренией в зависимости от типа половой конституции. *Неврологический вестник.* 2018. Т. 1, № 3. С. 20-23.
10. Гончарова А.А., Корнетова Е.Г., Корнетов А.Н., Семке А.В. Существует ли конституционно-морфологическая предрасположенность к акатизии у больных шизофренией, получающих антипсихотическую терапию? Бюллетень сибирской медицины. 2019. Т. 18, № 4. С. 36-43. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-36-43>
11. Федоров Я.О. Исследование патопластических факторов при шизофрении (сравнительный клинико-катамнестический анализ: автореф. дис. ... к.м.н. СПб., 2010. 26 с.
12. Ильина Н.А. Шизофренические реакции (аспекты типологии, предикции, клиники, терапии): автореф. дис. ... д.м.н. М., 2006.

## **Оценка вегетативной реактивности в ответ на специфический психоэмоциональный стрессор в психодиагностике и психотерапии пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией**

**Лапанов П.С.<sup>1, 2</sup>**

**<sup>1</sup> Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь**

**<sup>2</sup> Речицкая центральная районная больница, Гомельская область, Беларусь**

**Цель исследования.** Выявление клинически значимых психосоматических и соматопсихических взаимоотношений у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми осложнениями, физиологических маркеров психосоциального фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний.

**Материалы и методы.** На базе Речицкой центральной районной больницы (Гомельская область, Республика Беларусь) обследовано 105 испытуемых (60% мужчин и 40% женщин), средний возраст которых 49,2 года, 95% ДИ [46,7; 51,7]. Исследование проводилось на основе информированного добровольного согласия. Статистически значимых различий между группами по социально-демографическим характеристикам не выявлено. Характерологические особенности определяли по напряженности механизмов психологических защит теста «Индекс жизненного стиля». Невротические особенности оценивали по шкале реактивной тревожности теста Ч.Д. Спилбергера в модификации Ю.Л. Ханина, шкале М. Гамильтона для оценки депрессии, шкале нервно-психической адаптации, вопросам и схемам исследования для выявления признаков вегетативных изменений. Когнитивно-эмоциональные способности оценивались по методикам: тест эмоционального интеллекта ЭИИ, Выделение существенных признаков (С.Я. Рубинштейн), Торонтская шкала алекситимии (TAS-20-R). Вегетативные показатели оценивали по вариабельности сердечного ритма, определяли значения спектральной плотности мощностей диапазонов ВСР ( $VLF\text{ мс}^2$ ,  $LF\text{ мс}^2$ ,  $HF\text{ мс}^2$ ,  $TP\text{ мс}^2$ ), суммарного индекса вегетативной неравновесности (СИВН,  $\text{мс}^2$ ), индексов  $LF/HF$  (у.е.), индекса централизации (у.е.). В качестве сердечно-сосудистых показателей использовали значения САД и ДАД (мм рт.ст.), ЧСС (уд/мин),  $AD*ЧСС$  (у.е.), ПД и АДср (мм рт.ст.), Индекс Кердо (у.е.).

**Результаты исследования.** Экспериментальное когортное исследование проводилось в два этапа. На первом этапе испытуемые были разделены на три примерно равные группы, в которых исследовалось влияние на эмоциональное отреагирование характерологических, невротических и когнитивно-эмоциональных свойств психики. На втором этапе исследовалось влияние эмоционального возбуждения на вегетативную, нервную и сердечно-сосудистую системы и выявлялись факторы риска болезни системы кровообращения. Эмоциональное возбуждение достигалось в клинической ролевой игре, в ходе которой воспроизводились эмоционально значимые для пациента ситуации. Исследовались эмоции модальностей «гнев», «страх», «печаль», «радость» интенсивностью от 0 до 10 баллов. Обнаружена связь между напряженностью механизмов психологических защит, выраженностью реактивной тревожности, депрессии и нервно-психической дезадаптацией, вегетативной дисфункции со снижением эмоционального интеллекта, когнитивных функций, выраженностью признаков алекситимии с интенсивностью эмоционального ответа в ходе клинической ролевой игры.

**Выводы.** Обнаружена взаимосвязь между напряженностью механизмов психологических защит и интенсивностью эмоционального отреагирования в ходе клинической ролевой игры. Выявлена взаимосвязь между степенью выраженности реактивной тревожности, депрессии, нервно-психической дезадаптации, вегетативной дисфункции и интенсивностью эмоционального отреагирования в ходе клинической ролевой игры. Установлено, что высокая статистически значимая ( $r_s=0,697$ ,  $p=0,018$ ) связь интенсивности психоэмоционального возбуждения и суммарного индекса вегетативной неравновесности является независимым фактором риска сердечно-сосудистой патологии, ассоциированным с артериальной гипертензией и сердечно-сосудистыми осложнениями.



## Нейроспецифические белки при аддиктивных и аффективных расстройствах

Левчук Л.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

Исследования в области патофизиологии психических расстройств свидетельствуют о вовлечении нейробиологических процессов, включая нейровоспалительный ответ, нейрогенез, дегенерацию нейронов в механизмы развития данных расстройств [1, 2, 3, 4]. Нейропластичность как адаптивная способность нервной ткани реализуется в результате изменений на молекулярном, субклеточном, клеточном и сетевом уровнях пластичности. Астроциты и клетки микроглии обладают компенсаторным механизмом для восстановления поврежденной нейронной сети, реагируя на повреждение нейронов, изменяют экспрессию нейроспецифических белков, имеющих нейропластическое действие [5, 6, 7]. Оценка содержания нейроспецифических белков в биологических жидкостях (сыворотке крови и ликворе), выполняющих множество интегративных функций, отражает степень патологических изменений в нейрональном и глиальном компонентах ткани мозга.

**Целью** настоящей работы явилась оценка содержания нейроспецифических белков (NSE, MBP и GFAP) в сыворотке крови пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и аффективными расстройствами, а также в случае их коморбидности.

**Материалы и методы.** Исследование проведено с соблюдением протокола, утвержденного комитетом по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ, и принципов информированного согласия Хельсинской Декларации ВМА.

В исследование включены пациенты (n=135) с синдромом зависимости от алкоголя и аффективными расстройствами, проходившие лечение в отделениях аддиктивных и аффективных состояний клиник НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Из них 51 пациент с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2 по МКБ-10), 41 пациент с текущим депрессивным эпизодом в рамках однократного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного и биполярного аффективного (F31, F32, F33) расстройств, 43 пациента с коморбидностью синдрома зависимости от алкоголя и аффективного расстройства. В группу контроля вошли 46 условно здоровых доноров. Диагностическая оценка и клиническая верификация проводилась врачами-психиатрами. Для объективизации клинической симптоматики использовали шкалу депрессии Гамильтона (HDRS-17), эффективность терапии оценивали по шкале общего клинического впечатления CGI с подшкалой тяжести CGI-S и подшкалой улучшения CGI-I. Кровь у обследуемых забирали из локтевой вены, утром, натощак, до начала терапии. Содержание маркеров повреждения нервной ткани (нейрон-специфичной енолазы (NSE), основного белка миелина (MBP) и маркера повреждения астроглии – глиального фибриллярного кислого белка (GFAP) определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа. Конечные результаты выражали в единицах, рекомендованных фирмами-изготовителями для построения калибровочных графиков из стандартных навесок определяемого вещества (мкг/л для NSE, пг/мл для MBP и нг/мл для GFAP). Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы SPSS, версия 26,0.

**Результаты и обсуждение.** Исследования периферических маркеров повреждения нервной ткани у пациентов и психически здоровых лиц выявило статистически значимые высокий уровень MBP в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом по сравнению с пациентами с синдромом зависимости от алкоголя и психически здоровыми лицами ( $p=0,013$  и  $p=0,003$ ) и высокую концентрацию MBP в сыворотке крови пациентов с коморбидностью алкогольной зависимости и аффективного расстройства по сравнению с психически здоровыми лицами ( $p=0,014$ ). Концентрация NSE в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом статистически значимо выше соответствующего показателя психически здоровых лиц ( $p=0,032$ ). Показаны статистически

значимые различия в содержании NSE в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом и психически здоровых лиц ( $p=0,032$ ). Содержание GFAP в сыворотке крови пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и пациентов с коморбидным сочетанием алкогольной зависимости и аффективных расстройств статистически значимо ниже данного показателя психически здоровых лиц ( $p=0,0001$  и  $p=0,002$ ). Влияние сывороточных маркеров повреждения нервной ткани на развитие аддиктивных и аффективных расстройств определяли с использованием ROC-анализа, продемонстрировавшего участие NSE и MBP в развитии текущего депрессивного эпизода ( $AUC=0,728$ ; 95% CI 0,596-0,861;  $p=0,001$  и  $AUC=0,738$ ; 95% CI 0,607-0,87;  $p=0,0004$ ). GFAP вносит вклад в развитие синдрома зависимости от алкоголя и коморбидности алкогольной зависимости и аффективного расстройства с наибольшим вкладом в развитие «чистой» нозологии ( $AUC=0,752$ ; 95%CI 0,647-0,856;  $p=0,000002$  и  $AUC=0,696$ ; 95%CI 0,583-0,808;  $p=0,001$ ).

Таким образом, исследование периферических маркеров повреждения нервной ткани у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и текущим депрессивным эпизодом в рамках основных аффективных расстройств указывает на признаки нейронального и глиального дистресса у пациентов. Результаты дисперсионного анализа и ROC-анализа свидетельствуют о вкладе NSE и MBP в развитие аффективных расстройств, в то время как GFAP обладает большей прогностической эффективностью в случае аддиктивной патологии. Тенденция к нарушению баланса в секреции нейроспецифических белков в сыворотке крови пациентов с коморбидностью алкогольной зависимости и аффективных расстройств усиливается, что, вероятно, свидетельствует о большем дефекте в нейробиологических процессах и нейродегенерации, а также подтверждается данными о более тяжёлой клинической симптоматике пациентов в указанных случаях коморбидности. К снижению нейрогенеза и нейродегенерации может приводить нейровоспаление, нейроиммунологические изменения, активированные иммунные ответы. Различные изменения нейроиммунной функции способствуют развитию аддиктивных и аффективных расстройств. Аллостатические изменения в нейроиммунном функционировании, вероятно, оказывают существенное влияние на развитие, прогрессирование и исход коморбидного течения алкогольной зависимости и аффективных расстройств.

**Работа выполнена при поддержке гранта РФФ № 19-15-00023 «Клинические особенности и поиск потенциальных биомаркеров коморбидности алкоголизма и аффективных расстройств».**

#### **Список литературы**

1. Kennis M., Gerritsen L., van Dalen M., Williams A., Cuijpers P., Bockting C. Prospective biomarkers of major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2020 Feb;25(2):321-338. doi: 10.1038/s41380-019-0585-z.
2. Loonen A.J., Ivanova S.A. Circuits Regulating Pleasure and Happiness – Mechanisms of Depression. *Front Hum Neurosci*. 2016. V. 10, P. 571. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2016.00571>
3. Узбеков М.Г., Гурович И.Я., Иванова С.А. Потенциальные биомаркеры психических заболеваний в аспекте системного подхода Социальная и клиническая психиатрия. 2016. Т. 26, № 1. С. 77-94.
4. Зозуля С.А., Отман И.Н., Олейчик И.В., Аниховская И.А., Яковлев М.Ю., Ключник Т.П. Сопряженность процессов системного воспаления и системной эндотоксинемии при эндогенных психозах. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2020. № 3 (108). С. 17–27. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3\(108\)-17-27](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3(108)-17-27)
5. Güleş E, Iosifescu DV, Tural Ü. Plasma Neuronal and Glial Markers and Anterior Cingulate Metabolite Levels in Major Depressive Disorder: A Pilot Study. *Neuropsychobiology*. 2020;79(3):214-221. doi: 10.1159/000505782. Epub 2020 Feb 11. PMID: 32045918.
6. Levchuk LA, Roshchina OV, Simutkin GG, Bokhan NA, Ivanova SA. Peripheral Markers of Nervous Tissue Damage in Addictive and Affective Disorders. *Neurochemical Journal*. 2021;15(1):86-90. <https://doi.org/10.1134/S1819712421010074>
7. Losenkov IS, Mulder NJV, Levchuk LA, Vyalova NM, Loonen AJM, Bosker FJ, Simutkin GG, Boiko AS, Bokhan NA, Wilffert B, Hak E, Schmidt AF, Ivanova SA. Association Between BDNF Gene Variant Rs6265 and the Severity of Depression in Antidepressant Treatment-Free Depressed Patients. *Front Psychiatry*. 2020 Feb 12;11:38. doi: 10.3389/fpsy.2020.00038. PMID: 32116853; PMCID: PMC7028755.

## Психологическое консультирование родителей с нарушением репродуктивного здоровья, зачавших ребенка посредством ЭКО

Лещинская С.Б.<sup>1</sup>, Стоянова И.Я.<sup>2, 1</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

**Актуальность исследования.** По последним данным Всемирной организации здравоохранения, бесплодие диагностировано более чем у 15% пар в мире. Вне зависимости от причины бесплодия семейной пары проблемы с зачатием являются стрессогенной ситуацией, способствующей повышению психоэмоционального напряжения в семье. Так, у женщин, имеющих бесплодие, отмечается более выраженный уровень стресса, тревожности и депрессии [1]. В то время как у мужчин на первый план выходят субъективное ощущение собственной неудачи в семейных, социальных и профессиональных взаимоотношениях, ощущение потери, депрессии, изоляции и рискованное поведение, в связи с чем авторы предлагают применять гендерно-ролевую терапию как возможный подход к работе с бездетными мужчинами [2]. Приводятся данные, что мужчины традиционно получают меньше внимания со стороны специалистов по сравнению с женщинами, несмотря на то что учет обеих сторон в парах, страдающих бесплодием, важен для поддержки отношений на всех этапах лечения бесплодия [3].

Растущая распространенность вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), как наиболее эффективных методов лечения бесплодия, способствует появлению особой категории семей – семьи с нарушением репродуктивного здоровья, зачавшие ребенка посредством ВРТ. В таких семьях стрессогенный опыт переживания проблем с зачатием сопровождается стрессом, связанным с процедурами лечения бесплодия, что отражается на многих аспектах семейного функционирования [4]. Психологическое консультирование родителей, зачавших ребенка посредством ВРТ, представляется необходимым не только в целях оказания помощи супругам в адаптации к изменениям образа жизни, связанным с рождением ребенка, но и в качестве профилактики формирования у ребенка психоэмоциональных нарушений, вызванных особенностями семейной среды. Таким образом, его реализация является целесообразной как в период ожидания ребенка, так и после его рождения.

**Методы исследования.** Было проведено эмпирическое сравнительное лонгитюдное исследование на выборке из 90 семей, зачавших ребенка посредством ЭКО, и в контрольной группе из 160 семей с естественным зачатием ребенка. В период беременности и в возрасте ребенка 9 месяцев были диагностированы такие сферы, как супружеские взаимоотношения, психическое здоровье родителей, их отношение к ребенку, психическое развитие ребенка.

**Результаты.** В период ожидания ребенка отцы проявляли значимо более выраженную заботу по отношению к супруге по сравнению с контрольной группой ( $U=4978$ ;  $p=0,04$ ;  $r=0,14$ ), что выступает в качестве ресурса, позволяющего матери легче пережить стрессогенный период беременности. У матерей экспериментальной группы наблюдалось статистически значимое снижение уровня стресса на протяжении беременности ( $Z=-2,73$ ;  $p=0,01$ ;  $r=0,28$ ), что подчеркивает высокий уровень психического напряжения на протяжении первых недель беременности. Также у них наблюдалась статистически значимая положительная связь уровня стресса в первом ( $R=0,30$ ;  $p=0,01$ ) и втором ( $R=0,29$ ;  $p=0,01$ ) триместрах беременности с выраженностью «трудного темперамента» ребенка в младенчестве. Отсутствие выраженной взаимосвязи между субъективным уровнем стресса матери в период беременности и её оценкой стрессогенности событий, происшедших с ней до и во время беременности, свидетельствует о необходимости работы с субъективными переживаниями женщины в противовес опоры при работе на объективные причины её состояния.

Была выявлена статистически значимая отрицательная взаимосвязь между субъективным уровнем стресса матери в первом триместре и проявлением мужем теплоты по отношению к супруге ( $R=-0,22$ ;  $p=0,04$ ), между уровнем стресса, вызванным стрессогенными событиями, произошедшими с матерью в третьем триместре, с тревожностью мужа ( $R=0,23$ ;  $p=0,03$ ). Результат подчеркивает протективную роль супружеских отношений при переживании матерью стрессовых ситуаций, а также психологическую уязвимость отцов в данных семьях. У обоих супругов был выявлен высокий уровень пренатальной привязанности к ребенку, что может выступать как в качестве ресурса для преодоления кризиса, связанного с рождением ребенка, так и фактором риска для формирования чрезмерной привязанности к ребенку, симбиотической связи с ним. Отсутствие значимой взаимосвязи между восприятием благополучия супружеских отношений одним партнером и проявлением привязанности к плоду со стороны другого партнера подчеркивает независимость данных составляющих семейной среды.

В младенческом возрасте ребенка в семьях нарастало психическое напряжение, статистически значимо проявлявшееся в снижении теплоты, проявляемой супругами, по сравнению с периодом беременности (мать:  $Z=4,23$ ;  $p=0,00$ ;  $r=0,50$ , отец:  $Z=4,34$ ;  $p=0,00$ ;  $r=0,51$ ), что свидетельствует о прохождении супругами кризисного этапа. Выявленная высокая степень доверия и эмоциональной близости между супругами выступают ресурсами для выхода из семейного кризиса. Повышенный уровень депрессивной симптоматики в послеродовом периоде выявлен у 4,4% матерей и 3,3% отцов, что подчеркивает необходимость мониторинга и проработки данного состояния у родителей. Однако сравнительный анализ свидетельствовал о статистически значимой меньшей выраженности послеродовой депрессии у матерей с индуцированной беременностью по сравнению с матерями, зачавшими ребенка естественным способом ( $R=5063,5$ ;  $p=0,00$ ;  $r=0,20$ ). Это свидетельствует о подавлении матерями отрицательных эмоций и обосновывает необходимость применения экспрессивных техник арттерапии и элементов психоаналитической психотерапии. Более высокая ценность ребенка для матерей ( $t=2,27$ ;  $p=0,02$ ;  $r=0,16$ ) и отцов ( $U=5321,5$ ;  $p=0,01$ ;  $r=0,17$ ) по сравнению с контрольной группой выступает ресурсом для обоих родителей при адаптации к новому образу жизни. Отрицательная корреляция между субъективным уровнем счастья матери в отношениях и благополучием отношения отца к ребенку ( $R=-0,36$ ;  $p=0,00$ ) косвенным образом может свидетельствовать о переживании матерью ревностных чувств, связанных со сверхценностью материнства в этой группе. Посредством факторного анализа установлены различия в специфике гиперопеки, проявляемой матерью и отцом: гиперопека матери выступает как компенсация собственного бессилия, неспособности оказать влияние на развитие ребенка, гиперопека отца – как проявление заботы и собственной активной позиции в воспитании ребенка. Интересно, что стаж бесплодия выступал статистически значимым предиктором более благополучного развития ребенка в младенчестве ( $B=0,25$ ;  $\beta=0,38$ ;  $p=0,02$ ), что может быть использовано при проработке опыта перинатальных потерь и эмоций, связанных с предшествующим бесплодием, как базис для переоценки травмирующего опыта.

**Заключение.** Указанные выше особенности семей с нарушением репродуктивного здоровья являются ориентиром для специалиста при идентификации возможных направлений работы с семьей и планировании программы психодиагностики.

#### Список литературы

1. Авдеенок Л.Н., Насырова Р.Ф., Сотникова Л.С. Особенности психотерапевтической работы в комплексной терапии женщин с бесплодием. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 5 (56). С. 74-78.
2. Hadley R, Hanley T. Involuntarily childless men and the desire for fatherhood. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2011;29(1):56–68. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.544294>
3. Hanna E, Gough B. Men's accounts of infertility within their intimate partner relationships: an analysis of online forum discussions. J Reprod Infant Psychol. 2017 Apr;35(2):150-158. doi: 10.1080/02646838.2017.1278749. Epub 2017 Jan 19. PMID: 29517356.
4. Штро Р.С., Гуткевич Е.В. Психологические риски вспомогательных репродуктивных технологий и особенности отношения родителей к детям, рождённым с помощью ВРТ (литературный обзор). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020; 2 (107): 51–59. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2\(107\)-51-59](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-2(107)-51-59)

## Психологические предикторы самоповреждающего поведения у студентов

Ли Л.С.<sup>1, 3</sup>, Стоянова И.Я.<sup>2, 1</sup>

<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия

<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>3</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Изучение проблемы самоповреждающего поведения до сих пор не утратило своей актуальности для специалистов в области медицинской психологии и здравоохранения. Психологическое содержание этого многофункционального феномена заключается в выполняемых функциях эмоциональной регуляции, восстановлении самоконтроля и избавлении от психоэмоционального напряжения, а также в оказываемом влиянии на другого человека. Самоповреждающее поведение характеризуется осознанностью, преднамеренностью (за исключением психотических эпизодов), не предполагает летальных исходов, но в то же время усиливает риск серьезных травм и увечий. Самоповреждение обычно сигнализирует о более серьезной проблеме – социально-психологической дезадаптации, психологическом неблагополучии или психическом расстройстве [1, 2, 3, 4, 5].

Подростковый и юношеский возрасты наиболее уязвимы для самоповреждающего поведения в силу характерной для этого периода импульсивности, чувствительности, амбивалентности в отношении к себе и окружающим. Нанесение самопорезов может рассматриваться в различных смысловых контекстах (в зависимости от индивидуальных случаев): как олицетворение разрыва контролируемых отношений с целью обретения свободы, или как элемент самонаказания и совладания с сильными эмоциями гнева и вины, или как взятие под контроль опыта, ранее неконтролируемого (например, в ситуации насилия) [6].

**Цель настоящего исследования** – анализ психологических предикторов самоповреждающего поведения в студенческом возрасте.

**Материал и методы.** В качестве возможных причин самоповреждающего поведения рассматривались такие личностные особенности, как уровень ситуативной и личностной тревожности, выраженность невротизации и психопатизации, агрессивные тенденции, типы характера, биографические аспекты, связанные с субъективным переживанием насилия и психотравмирующих событий в семье. В исследовании приняли участие студенты 2-4-го курсов Томского государственного университета без нарушений психического здоровья. Средний возраст составил 22±3 года. Среди респондентов преобладали лица женского пола по сравнению со студентами мужского пола (n=128, 80,5% vs n=31, 19,5%).

В исследовании была использована анкета, составленная для сбора социально-биографических данных, сокращенный многофакторный опросник для исследования личности и черт характера (СМИЛ), опросник агрессивности Басса–Дарки (BDHI), методика «Уровень невротизации и психопатизации», шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI) в адаптации Ю.Л. Ханина. Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы IBM SPSS Statistics 19.

**Результаты исследования.** Распределение по возрасту в выборке оказалось равномерным, однако по полу выражено преобладание женщин. Данный факт объясняется большей представленностью студентов женского пола в обследованных группах. В анамнезе наличие самоповреждающего поведения обнаружено у 26 человек (16,4%), гендерная представленность: 22 женщины, 4 мужчин. Воспитание в полной семье выявлено у большинства (74,8%) респондентов, соответственно 25,2% воспитывались одним из родителей или опекуном.

Вопрос «Подвергались ли вы физическому насилию со стороны родных людей» предполагал субъективное восприятие и переживание респондентом факта насилия. Наличие фактов насилия в семье отмечено пятой частью респондентов (n=34; 21,4%).

**Таблица 1. Взаимосвязь самоповреждающего поведения с личностными шкалами**

Шкала	Корреляция Пирсона	Знч.(2-сторон)	N
Ситуативная тревожность	0,220**	0,005	159
Личностная тревожность	0,225**	0,004	159
(Hs) Ипохондрия	0,238**	0,003	159
(D) Депрессия	0,271**	0,001	159
(Hy) Истерия	0,250**	0,002	159
(Pd) Психопатия	0,189*	0,017	159
(Pa) Паранойяльность	0,198*	0,012	159
(Ma) Гипомания	0,174*	0,028	159
Невротизация	-0,245**	0,002	159
Насилие в семье	0,350**	0,000	159

Примечание. \* – Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); \*\* – корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

Выраженной корреляции самоповреждения с уровнем агрессивности не обнаружено. Были выявлены статистически значимые положительные и отрицательные корреляции между фактом самоповреждения в анамнезе и наличием насилия в семье, уровнем невротизации, а также между следующими личностными шкалами: ситуативная тревожность и личностная тревожность, (Hs) ипохондрия, (D) депрессия, (Hy) истерия, (Pd) психопатия, (Pa) паранойяльность, (Ma) гипомания.

**Выводы.** Самоповреждающее поведение как симптом неблагополучия личности и способ эмоциональной саморегуляции может встречаться у людей с разными личностными профилями. Вероятно, имеет значение выраженность той или иной черты личности на уровне акцентуации, что в стрессовой ситуации может серьезно затруднять адаптацию личности. В то же время тревожность (реактивная и конституциональная) выступает фактором, предрасполагающим к восприятию нейтральных ситуаций как угрожающих безопасности. Вместе с тем сама тревожность не может рассматриваться как предиктор самоповреждающего поведения, а только является одним из факторов, способствующих созданию определенных условий. Таким образом, совокупность факторов (например, таких как высокая ситуативная и личностная тревожность, расстройство личности или выраженные акцентуации характера, опыт переживания насилия) может влиять на копинговые механизмы человека.

### Список литературы

1. Польская Н.А. Психология самоповреждающего поведения. М.: ЛЕНАНД, 2017. 320 с.
2. Руденко Л.С., Стоянова И.Я., Козлова Н.В. Психологические предикторы самоповреждающего поведения. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2020. Т. 9, № 3 А. С. 156-164. DOI: 10.34670/AR.2020.87.48.018
3. Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 1 (110). С. 71–77. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-71-77](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-71-77)
4. Бохан Н.А., Евсеев В.Д., Мандель А.И., Пешковская А.Г. Обзор исследований несуицидальных форм самоповреждений по шкалам и опросникам NSSI. Суицидология. 2020. Т. 11, № 1 (38). С. 70-83.
5. Gardner F. Self-Harm: a psychotherapeutic approach. Routledge, 2001. 176 p.
6. Burešová I. Self-Harming Behavior and Its Relation with Previous Psychological or Psychiatric Care. The European Journal of Social and Behavioural Sciences. 2015;13:1865-1875. 10.15405/ejsbs.167.

## **Уровень гормонов щитовидной железы у больных шизофренией с разной эффективностью антипсихотической терапии**

**Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б., Тигунцев В.В., Семке А.В.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Шизофрения часто сопровождается различными соматическими заболеваниями, являющимися основной причиной сокращения продолжительности жизни у больных шизофренией. Изучение нейроиммуноэндокринных нарушений при шизофрении показало, что отклонения в системе нейроиммуноэндокринной регуляции являются единым патогенетическим механизмом развития эндогенных расстройств (Никитина В.Б. и др., 2018). Длительное употребление антипсихотиков приводит к нарушению нейроиммуноэндокринного взаимодействия, которое является важным звеном патогенеза психических расстройств, может утяжелять клиническую картину заболевания и снижать эффективность лечения пациентов (Корнетова Е.Г., 2018; Лобачева О.А., 2018). Показано, что для острого периода шизофрении после длительного поддерживающего лечения кветиапином характерен иммуногормональный дисбаланс с клеточным иммунодефицитом, увеличением выработки тиреоидных гормонов, которые повышают метаболическую активность и чувствительность тканей организма к циркулирующим в крови катехоламинам, а также длительным повышением уровня кортизола в крови, что является одним из механизмов иммуносупрессии при шизофрении (Лобачева О.А. и др., 2019).

Тиреоидные гормоны тироксин и трийодтиронин необходимы для развития организма, они выполняют значимую функцию для деятельности практически всех систем организма, координацию физиологических процессов, играют важную роль в контроле энергетического гомеостаза. При нарушении деятельности щитовидной железы отмечаются нарушения функционирования практически всех систем организма и обмена веществ.

Патология щитовидной железы, в частности гипотиреоз, выявляется у пациентов с аффективной патологией, в то время как субклинический гипотиреоз встречается значительно чаще у пациентов с резистентной депрессией в сравнении с общей популяцией. Обнаружена связь между дисфункцией щитовидной железы, факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и развитием метаболического синдрома, а также между уровнями тиреотропного и тиреоидных гормонов и наличием метаболического синдрома у пациентов с шизофренией (Kornetova E.G. et al., 2020). Изучение функции щитовидной железы особенно актуально при лечении больных шизофренией, проживающих в регионе Западной Сибири, который является биогеохимической провинцией по эндемическому зобу и характеризуется низким содержанием йода в почвах и растениях.

**Целью исследования** явилось изучение уровней тиреоидных гормонов у больных шизофренией с разной эффективностью антипсихотической терапии.

**Материал и методы.** Обследовано 156 больных шизофренией, из них 88 женщин, 68 мужчин, средний возраст пациентов составил  $43,8 \pm 10,3$  года, длительность заболевания от 1 года до 43 лет; средняя продолжительность заболевания  $16,0 \pm 9,3$  года. Диагнозы выставлены в соответствии с МКБ-10 (F20.00, F20.01, F20.02, F20.6). Все пациенты проживали в регионе Сибири и проходили курс лечения в отделении эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Пациентам назначалась адекватная психическому состоянию персонализированная психофармакотерапия. У всех пациентов на момент обследования отсутствовала сопутствующая патология щитовидной железы, установленная врачом-эндокринологом. Выраженность психопатологической симптоматики (позитивной, негативной, общепатологической и общий балл) определялась с использованием психометрической Шкалы оценки позитивных и негативных симптомов (PANSS). Динамика улучшения состояния (эффективность терапии) в ходе лечения оценивалась с использованием Шкалы общего клинического впечатления (CGI) (подшкала CGI-C) через 6 недель лечения.

Все пациенты были разделены на две полярные группы. 1-я группа (75 пациентов) – с существенным улучшением психического состояния (в группе объединены пациенты со значительным и существенным улучшением психического состояния); 2-я группа (81 пациент) – с незначительным улучшением психического состояния (в группе объединены пациенты с незначительным улучшением и отсутствием эффекта).

Концентрацию гормонов щитовидной железы в сыворотке крови обследованных определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения гормонов в сыворотке крови (ОАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия).

Сравнительный анализ результатов обследования психопатологической симптоматики выявил наиболее статистически значимые отличия – снижение общего балла по шкале PANSS у лиц 1-й группы со значительным и существенным улучшением психического состояния по сравнению с пациентами 2-й группы с незначительным улучшением психического состояния ( $97,81 \pm 1,77$  и  $108,30 \pm 1,40$ ;  $p=0,000006$ ).

Сравнительный анализ результатов гормонального обследования пациентов с шизофренией до назначения активной психофармакотерапии выявил статистически значимые различия в концентрации определяемых гормонов у пациентов с разной эффективностью терапии. Так, в 1-й группе пациентов (со значительным и существенным улучшением психического состояния) по сравнению со 2-й группой (незначительное улучшение) выявлено повышение свободного трийодтиронина Т3 ( $4,02 \pm 0,18$  и  $3,36 \pm 0,13$  пмоль/л;  $p=0,0029$ ) и снижение свободного тироксина Т4 ( $11,81 \pm 0,36$  и  $13,12 \pm 0,39$  пмоль/л;  $p=0,0138$ ).

Таким образом, клинко-психопатологическими особенностями пациентов со значительным и существенным улучшением психического состояния в процессе лечения является снижение общего балла по шкале PANSS, а лабораторными особенностями являются изменение уровня содержания в сыворотке крови гормонов щитовидной железы (повышение концентрации свободной фракции Т3 и снижение концентрации свободной фракции Т4).

Нарушения функции щитовидной железы, изменение уровней тиреотропного и тиреоидных гормонов могут быть связаны не только с регионом проживания, но и с влиянием антипсихотической терапии, в связи с чем нельзя игнорировать влияние шизофрении на дисфункцию щитовидной железы. Дальнейшие исследования по данной тематике могут привести к совершенствованию персонализированной медицинской помощи этой группе психиатрических пациентов для более раннего выявления случаев субклинического гипотериоза.

### **Список литературы**

1. Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплет», 2018. 174 с.
2. Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Корнетова Е.Г., Семке А.В. Иммуноэндокринные нарушения у больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии. Российский иммунологический журнал. 2019. Т. 13 (22), № 2. С. 374–376.
3. Лобачева О.А., Никитина В.Б., Корнетова Е.Г., Семке А.В., Бохан Н.А. Влияние клинко-иммунобиологических факторов на эффективность антипсихотической терапии оланзапином у больных шизофренией. Современная терапия психических расстройств. 2018. № 1. С. 20–25. DOI: 10.21265/PSYPH.2018.44.11527
4. Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Лебедева В.Ф. Нейроиммуноэндокринные нарушения при психических расстройствах и болезнях зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 45–55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-45-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-45-55).
5. Kornetova EG, Kornetov AN, Mednova IA, Lobacheva OA, Gerasimova VI, Dubrovskaya VV, Tolmachev IV, Semke AV, Loonen AJM, Bokhan NA, Ivanova SA. Body Fat Parameters, Glucose and Lipid Profiles, and Thyroid Hormone Levels in Schizophrenia Patients with or without Metabolic Syndrome. *Diagnostics* (Basel). 2020 Sep 10;10(9):683. doi: 10.3390/diagnostics10090683. PMID: 32927785; PMCID: PMC7554913.



## **Распространенность, структура и взаимосвязь синдрома хронической боли с аффективной патологией среди подростков г. Омска**

**Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И.**

**ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Омск, Россия**

Проблема хронической боли (ХБ) является одной из ведущих в наши дни: в ряде исследований показано, что её распространенность составляет 10–80% населения в целом (Abu-Saad Huijjer, 2010). Среди детей и подростков этот показатель колеблется от 20% до 40%, причем 5% приходится на боль, приводящую к инвалидизации (King et al., 2011; Huguet, Migo, 2008). Наличие стойких болей, а зачастую и невозможность выявить причину их происхождения, значительно ухудшает физическое и психосоциальное функционирование, снижает качество жизни, нарушает повседневную деятельность. Состояние пациентов с ХБ в 80% случаев соответствует критериям тревожного расстройства (Campro et al., 2004). Вероятность развития депрессии коррелирует с частотой возникновения болевых ощущений и, наоборот, депрессивные симптомы определяются как фактор риска для утяжеления состояния, со временем ещё больше снижая качество жизни. Психологический стресс рассматривается одновременно и как потенциальный фактор, и как результат жизни с болью. Распространенность ХБ среди детско-подростковой популяции растет, как и у взрослого контингента, а лонгитюдные исследования показывают, что до 64% молодых людей будут продолжать испытывать стойкую ХБ и в зрелом возрасте (King et al., 2011).

**Цель исследования:** оценка распространенности хронического болевого синдрома, особенностей его клинических проявлений среди подростков г. Омска.

**Материалы и методы.** По данным Омскстата, на 1 января 2021 г. в Омской области численность молодых людей 10–19 лет составляла 207 362 человека. В ноябре 2020 г. было проведено сплошное одномоментное тестирование, в котором приняло участие 5 910 лиц подростково-юношеского возраста (14–18 лет), что составило 2,85% от данной группы населения. Средний возраст участников составил 16,2 года ( $SD=1,8$ ), с преобладанием количества испытуемых 15 (29,4%), 16 (24,0%) и 17 (23,4%) лет. Доля испытуемых женского пола составила 64,0% ( $n=3\ 781$ ), мужского – 36,0% ( $n=2\ 129$ ). Каждому из включенных в исследование было предложено заполнить оригинальный опросник посредством Google Forms, направленный на выявление болевых ощущений длительностью не менее 6 месяцев, также описывались дополнительные симптомы, сопровождающие их. Все полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу.

**Результаты.** О наличии ХБ длительностью свыше полугода сообщили 862 человека (14,6% выборки), лица женского пола ( $n=665$  или 17,6% девушек, 75,4% испытуемых с ХБ) преобладали над лицами мужского пола ( $n=193$  или 9,3% юношей, 24,6% испытуемых с ХБ). Распространенность ХБ среди девушек встречалась статистически значимо чаще, чем среди юношей и в популяции в целом ( $p\leq 0,001$ ). Встречаемость синдромов ХБ была распределена по возрастным группам относительно равномерно (14,7%,  $SD=0,7$ ), но с наибольшими показателями в возрастных группах 18-летних (15,7% испытуемых данного возраста) и 17-летних (15,6%). В выборке обследованных подростков с ХБ статистически значимо ( $p\leq 0,001$ ) наиболее распространенными локализациями болевых ощущений оказались: спина ( $n=403$ , 46,8%), поясница ( $n=292$ , 33,9%) и живот ( $n=216$ , 25,0%). При этом около половины обследованных ( $n=408$ , 47,3%) сообщили о двух и более локализациях. Выраженная интенсивность боли выявлена более чем у трети подростков ( $n=322$ , 37,4% лиц с ХБ). О наличии дополнительных симптомов, сопровождающих боль, сообщили большинство обследованных ( $n=556$ , 64,5%). Статистически значимо ( $p\leq 0,001$ ) чаще встречались слабость, недомогание ( $n=364$ , 42,2% лиц с ХБ), нарушение сна ( $n=199$ , 23,1%), снижение или отсутствие аппетита ( $n=152$ , 17,6%). 256 опрошенных лиц с ХБ (29,7%) сообщают о двух и более дополнительных симптомах.

О нарушении взаимоотношений с окружающими и членами семьи (например, из-за раздражительности) сообщили около трети подростков ( $n=282$ , 32,7%). Трудности концентрации внимания сопровождаются болевыми ощущениями в 38,5% случаев ( $n=332$ ).

**Выводы.** Результаты исследования показывают значительную распространенность хронических болей среди обследованных подростков г. Омска, в очередной раз подчеркивая актуальность данной проблемы. Принадлежность к женскому полу, несомненно, является персональным фактором, повышающим риск формирования хронической боли. Отмечена широкая распространенность множественных локализаций ощущений, а также наличие дополнительных сопутствующих симптомов, усугубляющих общее самочувствие, таких как нарушения сна, слабость, потеря аппетита, диспептические нарушения и др. Важно отметить, что данные современной литературы свидетельствуют, что с возрастанием количества болевых симптомов значительно увеличивается вероятность диагностирования депрессии. Полученные результаты анализа опроса подчеркивают основные психологические проблемы, с которыми сталкиваются молодые люди, страдающие стойкими болями. Треть из них сообщают о трудностях концентрации внимания и нарушении взаимоотношений с родными, близкими, учителями и одноклассниками, в свою очередь являющихся факторами, ухудшающими социальное функционирование и эмоциональное состояние. Итоговые результаты демонстрируют и предопределяют острую необходимость в мультидисциплинарных исследованиях, позволяющих определить механизмы возникновения и закрепления болевых синдромов, для совершенствования программ диагностики и терапии, которые смогут эти механизмы прервать.

## **Расстройства пищевого поведения, ассоциированные с нарушениями депрессивного спектра и гормональными нарушениями (по материалам подросткового гинекологического стационара)**

**Манданов Н.А.<sup>1</sup>, Храмова Е.Е.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБНУ Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека, Иркутск, Россия**

**Актуальность исследования.** Распространенность и выраженность аффективных расстройств в женской популяции значимо выше при сравнении с мужчинами, что объясняется гормональными особенностями в репродуктивный период. Ряд исследований указывают на прямую связь манифестации аффективных нарушений с уровнем эстрадиола и лютеинизирующего гормона в позднюю лютеиновую фазу (Железнова Е.В. и др., 2012). В пубертатном периоде у девочек-подростков симптомы нарушения менструального цикла имеют отчетливую ассоциацию с симптомами депрессии (Beal S. et al., 2014). В этот же возрастной период третье место по распространенности у данного контингента занимают расстройства пищевого поведения (Seitz J. et al., 2015).

**Цель исследования:** осуществить анализ взаимосвязи расстройств пищевого поведения и субсиндромальных аффективных нарушений среди девушек подростково-юношеского возраста с изменениями уровня половых гормонов.

**Материалы и методы.** Девушки-подростки, пациентки гинекологического стационара НЦ ПЗСРЧ в возрасте от 15 до 18 лет с нарушениями менструального цикла и расстройствами аффективного спектра. Всего в исследование вошло 167 девушек.

Для первичного скрининга пациентов использованы опросники Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) и General Anxiety Disorder-7 (GAD-7) для оценки выраженности аффективных расстройств, диагностическое интервью MINI-KID и опросник Ахенбаха для оценки психических расстройств для наблюдения в течение двух лет, а также MMPI для оценки наличия личностных расстройств.

Лабораторные исследования включали определение уровней ЛГ, ФСГ, пролактина, эстрадиола, тестостерона и данные антропометрических измерений (рост, вес, объем талии, индекс массы тела).

Все пациентки были разделены на три группы: с повышенным ( $n=40$ ), пониженным ( $n=43$ ) и нормальным ( $n=84$ ) значениями индекса массы тела.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета программ JASP Statistics и Microsoft Office Excel – сравнительная и дескриптивная статистика (U-критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Пирсона  $r$ ).

**Результаты.** Выявлена статистически значимая негативная корреляция между значениями шкалы PHQ и уровнем пролактина ( $p=0,002$ ), ФЛГ ( $p=0,012$ ) и ЛГ ( $p=0,06$ ) среди пациенток с индексом массы тела выше 25. В группе пациентов с пониженной массой тела статистически значимая негативная корреляция наблюдалась лишь между показателями тревоги и уровнем пролактина ( $p=0,005$ ). В то время как среди пациентов с нормальным значением ИМТ подобной корреляции не наблюдалось. Данные психометрического исследования показали связь выраженности тревоги и депрессии со снижением уровня ЛГ и ФСГ. Также была установлена статистически значимая взаимосвязь гормональных нарушений (ФЛГ, ЛГ) с формированием нервной анорексии ( $p=0,04$ ) и субсиндромальными аффективными нарушениями в рамках расстройств адаптации ( $p=0,06$ ).

**Выводы.** Установлена связь между изменением уровня половых гормонов у девушек подростково-юношеского возраста и расстройствами пищевого поведения с субсиндромальными аффективными нарушениями. Полученные результаты могут иметь значение в оптимизации медицинской помощи девушкам-подросткам с нарушениями менструального цикла, а также предполагают необходимость дальнейшего изучения патогенетического значения установленной ассоциации.

## **Клинические особенности астенического синдрома на этапе становления ремиссии у пациентов, принимавших синтетические катиноны**

**Марков А.В.<sup>1</sup>, Курасов Е.С.<sup>2</sup>, Шамрей В.К.<sup>2</sup>, Фокин А.С.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> ООО «АВА-ПЕТЕР», Санкт-Петербург, Россия

<sup>2</sup> ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

<sup>3</sup> Благотворительный фонд «Диакония», Санкт-Петербург, Россия

**Введение.** В последние годы в России нарастающими темпами происходит замещение опиоидных наркотиков на так называемые дизайнерские, в том числе синтетические катиноны, и поэтому изучение их действия на организм пациента становится актуальным направлением исследований [1, 2].

**Цель исследования.** Изучить проявления астенического синдрома на этапе становления ремиссии у пациентов, принимавших синтетические катиноны.

**Материалы и методы.** В исследование включено 110 пациентов реабилитационных центров, принимавших перед реабилитацией синтетические катиноны. Обследуемый контингент был разделен на две группы: лица с систематическим приемом (основная группа) – 77 человек, лица с эпизодическим приемом (группа сравнения) – 33 человека.

Критериями включения в исследование были: добровольное письменное согласие на участие в исследовании, срок трезвости от 3 недель до 6 месяцев при условии полного купирования соматовегетативных, неврологических, астенических и выраженных психических расстройств, характерных для абстинентного синдрома. Критериями исключения из исследования являлись: отказ пациента от участия в исследовании, выраженные когнитивные и мнестические нарушения, наличие сопутствующих психических расстройств. Основным методом исследования – клинико-психопатологический.

**Результаты и обсуждение.** Средний возраст пациентов в группе систематического приема катинонов составил  $28,5 \pm 6,4$  года, в группе эпизодического приема –  $29,7 \pm 5,59$  года. По статистической значимости группы между собой не различаются по этому показателю ( $p > 0,05$ ). Половой состав пациентов всех групп характеризовался преобладанием мужского пола: в основной группе лиц мужского пола 75,3%, в группе сравнения – 69,7%. Различия между группами статистически незначимы ( $p > 0,05$ ).

Статистически значимыми проявлениями астенического синдрома, чаще встречавшимися у пациентов основной группы, чем в группе сравнения, были: повышенная раздражительность (93,5% и 78,8;  $p = 0,024$ ) и трудности в сосредоточении внимания (85,7% и 69,7%;  $p > 0,005$ ). Помимо того, принимавших синтетические катиноны пациентов основной группы статистически значимо ( $p > 0,005$ ) чаще, чем пациентов группы сравнения, беспокоили: упадок сил (83,1% и 66,7%), апатия (80,5% и 72,7%), головные боли (72,7% и 57,6%), трудности при засыпании (70,1% и 66,7%), плохой аппетит (32,5% и 33,3), а также слабость (72,7% и 51,5%;  $p = 0,031$ ), ухудшение памяти (68,8% и 45,5%;  $p = 0,021$ ), беспокойный и тревожный сон (68,8% и 39,4%;  $p = 0,004$ ).

**Заключение.** Таким образом, у пациентов, систематически принимавших синтетические катиноны, в сравнении с пациентами, эпизодически их принимавшими, на этапе становления ремиссии статистически значимо чаще выявлялись такие симптомы астенического синдрома, как повышенная раздражительность, слабость, беспокойный и тревожный сон, ухудшение памяти. Полученные данные могут быть использованы для составления индивидуального плана лечебно-реабилитационной программы пациентов, принимавших синтетические катиноны.

#### Список литературы

1. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Сальников А.А., Блонский К.А. Синдром отмены при зависимости от синтетических каннабиноидов, ассоциированной с психическими расстройствами. Вопросы наркологии. 2020. № 12 (195). С. 5-18. DOI 10.47877/0234-0623\_2020\_12\_5
2. Ларченко А.В., Суворов М.А., Андрюхин В.И., Кауров Я.В., Суворов А.В. Синтетические катиноны и каннабиноиды – новые психоактивные вещества (обзор). Современные технологии в медицине. 2017. Т. 9, № 1. С. 185-197. DOI: <http://doi.org/10.17691/stm2017.9.1.23>

### Оценка содержания аминокислот-предшественников полиаминов в сыворотке крови больных шизофренией с незавершенными суицидами в анамнезе

Меднова И.А.<sup>1</sup>, Чернонос А.А.<sup>2</sup>, Корнетова Е.Г.<sup>1</sup>,  
Бохан Н.А.<sup>1,3</sup>, Коваль В.В.<sup>2</sup>, Иванова С.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>2</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

**Введение.** Проблема снижения ожидаемой продолжительности жизни больных шизофренией является актуальной, поскольку, несмотря на тяжесть и негативные социальные последствия заболевания, многие пациенты на протяжении длительного времени продолжают сохранять профессиональную и социальную продуктивность. В среднем порядка 20–40% больных шизофренией совершают попытку суицида, при этом в 4–5% случаев больные погибают. Приводимые авторами цифры более чем в 10 раз превышают показатели в общей популяции населения [1, 2]. Полиамины (путресцин, спермидин, спермин и агматин) играют важную роль в регуляции процессов биосинтеза белка, РНК, ДНК, репаративной регенерации и модуляции нейромедиаторных систем мозга.

При этом в посмертных образцах головного мозга, полученных от лиц, совершивших самоубийство, обнаружено повышение уровня данных полиаминов и усиление экспрессии генов, участвующих в их метаболизме [3, 4]. Однако данные полиамины обладают ограниченной способностью преодолевать гематоэнцефалический барьер, поэтому их уровни в ЦНС в значительной степени обусловлены эндогенным синтезом. Вместе с тем аминокислоты-предшественники (цирулин, аргинин и орнитин) могут транспортироваться в головной мозг, в связи с чем изменение их уровня может отражать метаболизм полиаминовой системы [5]. В публикациях последних лет было продемонстрировано изменение концентрации ряда аминокислот-предшественников полиаминов у больных шизофренией и большим депрессивным расстройством при сравнении со здоровыми лицами [6, 7].

**Цель исследования:** изучение уровней орнитина, цитруллина и аргинина в сыворотке крови больных шизофренией с парасуицидами в анамнезе.

**Материалы и методы.** До включения пациентов в выборку было получено одобрение комитета по биомедицинской этике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ на проведение исследования. В исследовании приняли участие 124 больных шизофренией, проходивших стационарное лечение в отделении эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и подписавших добровольное информированное согласие. Наличие суицидальных попыток в анамнезе оценивали на основании клинического интервью с пациентом и его родственниками и сведений из медицинской документации.

У всех пациентов утром натощак отбирали образцы венозной крови. Измерение уровня аминокислот проводили на базе Объединенного центра геномных, протеомных и метаболомных исследований Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН. Концентрацию аминокислот в сухих пятнах сыворотки крови определяли методом тандемной масс-спектрометрии (Agilent 6410QQQ, Agilent Technologies, США) с предварительным хроматографическим разделением образцов (аналитическая колонка EcoNova, Россия). Использовали диагностический коммерческий набор MassChrom® 55000 (Chromsystems, Германия). Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета стандартных прикладных программ SPSS Statistic 23 для Windows. Поскольку исследуемые показатели не подчинялись нормальному закону распределения, статистическую значимость различий оценивали с использованием U-критерия Манна-Уитни. Различия считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Из 124 обследованных лиц примерно у четверти ( $n=30$ ; 24%) пациентов с шизофренией отмечались эпизоды суицидальных попыток в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания и общему баллу по шкале PANSS. С другой стороны, у больных шизофренией с незавершенными суицидами в анамнезе манифестация шизофрении наступала статистически значимо раньше ( $p=0,008$ ), чем у пациентов, не имевших попыток суицида. При оценке уровня изучаемых аминокислот было установлено, что у пациентов, совершавших ранее попытку самоубийства, уровень аргинина был статистически значимо выше, чем у лиц с шизофренией, не совершавших попыток суицида – 37 [30; 47] против 33 [26; 44] соответственно ( $p=0,038$ ). Статистически значимых различий по другим показателям не было выявлено.

**Заключение.** Таким образом, согласно полученным результатам у больных шизофренией с незавершенными суицидами в анамнезе наблюдается повышение уровня аргинина (аминокислоты-предшественника агматина), что косвенным образом может указывать на участие в патогенезе суицидального поведения при шизофрении нарушений метаболизма полиаминов.

### Список литературы

1. Корнетова Е.Г., Герасимова В.И., Корнетов А.Н., Языков К.Г., Гончарова А.А., Меднова И.А., Семке А.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Влияние когнитивных функций на уровень суицидального риска у больных шизофренией. Суицидология. 2020. Т. 11, № 4. С. 13-25. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04\(41\)-13-25](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-13-25)
2. Носова Е.С., Жуков И.В., Радупов С.П. Психические расстройства и суицидальное поведение: результаты анализа медицинской документации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 2 (111). С. 54–63. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2\(111\)-54-63](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2(111)-54-63)

3. Chen GG, Fiori LM, Moquin L, Gratton A, Mamer O, Mechawar N, Turecki G. Evidence of altered polyamine concentrations in cerebral cortex of suicide completers. *Neuropsychopharmacology*. 2010 Jun;35(7):1477-84. doi: 10.1038/npp.2010.17. Epub 2010 Mar 3. PMID: 20200507; PMCID: PMC2874419.
4. Fiori LM, Bureau A, Labbe A, Croteau J, Noël S, Mérette C, Turecki G. Global gene expression profiling of the polyamine system in suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2011 Jun;14(5):595-605. doi: 10.1017/S1461145710001574. Epub 2011 Jan 6. PMID: 21208503.
5. Limon A, Mamdani F, Hjelm BE, Vawter MP, Sequeira A. Targets of polyamine dysregulation in major depression and suicide: Activity-dependent feedback, excitability, and neurotransmission. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016 Jul;66:80-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.010. Epub 2016 Apr 22. PMID: 27108532; PMCID: PMC5096383.
6. Mednova IA, Chernonosov AA, Kasakin MF, Kornetova EG, Semke AV, Bokhan NA, Koval VV, Ivanova SA. Amino Acid and Acylcarnitine Levels in Chronic Patients with Schizophrenia: A Preliminary Study. *Metabolites*. 2021 Jan 5;11(1):34. doi: 10.3390/metabo11010034. PMID: 33466490; PMCID: PMC7824812.
7. Ozden A, Angelos H, Feyza A, Elizabeth W, John P. Altered plasma levels of arginine metabolites in depression. *Journal of Psychiatric Research*. 2020;120:21-28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.004>

## **Применение когнитивно-поведенческой терапии при лечении рецидивирующего изолированного сонного паралича**

**Мелёхин А.И.**

**Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина (Россия, Москва)**

Примерно каждый пятый человек сталкивался с состоянием сонного паралича, который может быть изолированным (Isolated Sleep Paralysis) или в структуре посттравматического стрессового расстройства (например, ситуация потери значимого человека, тяжелая болезнь ребенка), большого эпизода депрессии и реакции горя (например, в процессе расставания) [1]. Пациенты описывают данное состояние как ощущение, что «тело спит, а мозг работает». Как будто видят «сон во сне». Проснувшись, не могут пошевелить руками, ногами, испытывают ощущение, что их держат за руки/ноги, надавливают на грудь, не дают открыть рот. Могут открыть только глаза и при этом наблюдают различные видения: животные, «человек без лица», близкие люди, умершие люди, «странные силуэты». Увиденное интерпретируют как паранормальный, религиозный опыт, сверхъестественное нападение, околосмертный опыт. Сообщают, что испытывают ощущение «будто сходят с ума», часто трактуют непонятное как похищение/контакт с кем-то или чем-то. Пациенты делают попытки пошевелить тело усилиями воли и, как только им удается сдвинуться и изменить положение тела, состояние резко проходит. Встают, передвигаются по помещению, возвращаясь в кровать, практически сразу засыпают. Наутро многие детали перенесенного эпизода или даже всё пациенты забывают, днем могут присутствовать остаточные воспоминания об эпизоде с тенденцией к «символической интерпретации» (драматические мифические сценарии), поиску причин. Присутствует соматизация, проявляющаяся в виде головной боли, раздраженного кишечника, болевого синдрома, усталости. Усиливается тревожное ожидание (страх ночи, возможность повторного эпизода) [1, 2, 3, 4]. Перенесенные интенсивные сенсорные и перцептивные переживания, в случае если наблюдаются часто (2-3 раза в месяц), вызывают постэпизодический дистресс от сонного паралича (SP postepisode distress), который приводит к развитию у пациента спектра избегающего и перестраховочного поведения. Обсуждая тактику лечения сонного паралича, на данный момент доступно несколько вариантов фармакологического (например, применение escitalopram) и психотерапевтического лечения для хронических и тяжелых случаев. Однако ни один из применяемых алгоритмов терапии по сей день не обладает неопровержимыми доказательствами эффективности.

Обследование психического статуса пациентов с сонным параличом проводилось на основе психодиагностических методик: PHQ-SADS, ISI, Sleep Paralysis Post-Episode Distress Scale, DASS-21, Sleep Paralysis Experiences and Phenomenology Questionnaire (SP-EPQ). Все обследованные пациенты вели дневник эпизодов сонного паралича, в котором отражали такие сведения: воспринимаемая продолжительность (сек/мин), интенсивность страха, связанного с приступом, и расстройство, вызванное галлюцинациями (по 10-балльной шкале).

В повседневной практике нами применяется протокол мышечной релаксации перед сном для пациентов с сонным параличом (Focused-Attention Meditation Combined with Muscle Relaxation therapy), направленный на поэтапное обучение пациентов выполнять определенные действия во время эпизода [3]: 1) переоценка значения приступа – напоминание себе, что переживание обычное, благоприятное и временное, что галлюцинации являются типичным побочным продуктом сновидений; 2) психологическое и эмоциональное дистанцирование – напоминание себе, что нет причин для страха или беспокойства, так как страх и беспокойство только усугубят эпизод; 3) медитация внутреннего сосредоточенного внимания – концентрация внимания внутрь на эмоционально вовлекающем, позитивном объекте (например, воспоминания о любимом человеке или событии, гимне/молитве, Боге, положительным опыте, мысленное воспоминание о событиях/действиях, которые приносят удовольствие); 4) расслабление мышц, избегание контроля дыхания.

Недавно был предложен протокол когнитивно-поведенческой терапии (КПТ-СП) для лечения рецидивирующего изолированного сонного паралича (Cognitive Behavioral-Therapy for Isolated Sleep Paralysis, CBT-ISP), ориентированный на снижение постэпизодического дистресса от сонного паралича: минимизацию тревожных руминаций относительно сна, трудностей засыпания, страха заснуть, улучшение когнитивного функционирования и фона настроения в течение дня. В таблице приведена структура данного протокола [1].

**Таблица 1. Протокол когнитивно-поведенческой терапии для лечения рецидивирующего изолированного сонного паралича Б. Шарлесса и К. Догхрамджи**

Этап	Описание
1	Самоконтроль эпизодов сонного паралича с помощью модифицированного дневника сна. Психообразование о сонном параличе: предрасполагающие, провоцирующие факторы у пациента. Представление когнитивно-поведенческой модели сонного паралича, включая предсказуемую «последовательность» эпизодов (цикл симптомов, роль неадаптивных оценок, и повышение уровня активации). Практика во время сеанса для обсуждения катастрофических мыслей, связанных как с параличом, так и с галлюцинациями (с инструкциями для домашнего задания). Воображаемая репетиция техники разрушения (например, сосредоточенное внимание на мобилизации пальца/стопы или попытки кашлять, чтобы способствовать возвращению движения и развеять галлюцинации) во время сеанса. Это делается, когда пациент находится в положении лежа на кушетке. После воображаемой репетиции пациенту предоставляется инструктивный материал по применению в домашних условиях и in vivo этих различных методов разрушения во время эпизодов сонного паралича
2	Использование персонализированной гигиены сна (способы избежать нарушения сна, избегать положения для сна лежа на спине, ограничение употребления определенных веществ перед сном, удаление неадаптивного поведения избегания). Использование диафрагмального дыхания, прогрессивной мышечной релаксации, медитации и/или упражнений на осознанность для снижения общего уровня тревожности в течение дня. Инструкции по предотвращению рецидивов предоставляются во время последнего сеанса терапии с использованием подхода, основанного на копинг-стратегии.
3	Применение методов: техника диафрагмального дыхания, расслабление, внимательность или медитации во время эпизодов сонного паралича с попыткой «оставаться спокойным» (использование успокаивающего разговора с самим собой, отвлечения внимания от галлюцинаций, переоценка значений эпизода/симптома) для прерывания и сокращения эпизодов. Применение методов прерывания эпизода in vivo. Если первоначальная попытка оказывается неэффективной, пациентов инструктируют гибко применять методы вторичного разрушения. Ранее применение методов прерывания в предсказуемой последовательности эпизодов

Как видно из таблицы 1, обе формы психотерапии тесно связаны и во многом пересекаются. Оба протокола уделяют внимание формам расслабления, переоценке симптомов, переключению внимания вдали от содержания эпизода и практики прерывания, пока пациенты находятся в положении лежа на спине. Оба подхода основаны на когнитивно-поведенческих моделях панического расстройства. Протокол мышечной релаксации перед сном для пациентов с сонным параличом препятствует попыткам пациента двигаться, тогда как КПТ-СП поощряет эти попытки, чтобы напрямую нарушить содержательный аспект эпизодов и отвлечь внимание от потенциально пугающих симптомов (галлюцинаций). Первый протокол не направлен на техники дыхания, в то время как в КПТ-СП рассматривает их как потенциальный источник расслабления в конкретный момент приступа. Также не допускается применять молитвы как форму релаксации, так как рассматривает использование данного приема как перестраховочное поведение, закрепляющее дисфункциональные убеждения об эпизоде. Оценка эффективности КПТ-СП продемонстрировала снижение эпизодов сонного паралича, минимизацию тревожных руминаций относительно сна, трудностей засыпания, страха заснуть, улучшение когнитивного функционирования и фона настроения в течение дня, повышение чувства контроля над эпизодами. По данным катамнеза ремиссия варьировала от 4 до 6 месяцев.

#### **Список литературы**

1. Sharpless BA, Dohgramji K. A Cognitive Behavioral Treatment Manual for Recurrent Isolated Sleep Paralysis: CBT-ISP. Oxford University Press, 2015. 190 p.
2. Мелёхин А.И. Когнитивно-поведенческая психотерапия расстройств сна. Практическое руководство. М. : Изд-во Гэотар-Медиа, 2020. 496 с.
3. Jalal B, Moruzzi L, Zangrandi A, Filardi M, Franceschini C, Pizza F, Plazzi G. Meditation-Relaxation (MR Therapy) for Sleep Paralysis: A Pilot Study in Patients With Narcolepsy. Front Neurol. 2020 Aug 12;11:922. doi: 10.3389/fneur.2020.00922. PMID: 32903364; PMCID: PMC7434831.
4. Melehin A.I. Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Recurrent Isolated Sleep Paralysis. Arch Neurol & Neurosci. 2021;11(2). ANN.MS.ID.000760. DOI: 10.33552/ANN.2021.10.000760.

### **Сравнительные аспекты формирования эго-идентичности у лиц с расстройством полоролевой ориентировки в российской и зарубежной субкультурах (ЛГБТКИА+ сообщества)**

**Могутнова А.Е.<sup>1</sup>, Мамышева Н.Л.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия**

В последнее время в американском и европейском сообществах все больше повышается интерес к сексуальным и гендерным меньшинствам, то есть к представителям ЛГБТКИА+ сообщества. На политическом уровне принимаются законы, обеспечивающие равнозначные права представителей ЛГБТКИА+ и остальных членов социума, на телевидении проявления нетрадиционной сексуальной ориентации посвящено множество обсуждений, в школах объясняют о нормальности и допустимости таких проявлений. Данный интерес больше политизирован, чем обоснован научными доводами, так как доказательных научных исследований по этой теме практически не встречается. В России к этой теме меньше интереса, следовательно, и популяризация данного феномена гораздо ниже как в обществе, так и в политической составляющей. Основой становления личности являются половая идентичность и психологическая разумность, поэтому для верного представления о причинах возникновения нарушений полоролевой ориентировки следует изучать развитие идентичности на каждой стадии становления личности [1, 2, 3, 4, 5], чтобы понять как сформировалась полоролевая идентичность у представителей ЛГБТКИА+. Важно выявить и сравнить различия сформированности эго-идентичности у российских и иностранных участников данного сообщества.



**Цель исследования:** сравнительный анализ особенностей формирования психологической разумности и эго-идентичности у представителей ЛГБТКИА+ на материале опроса российских и у зарубежных участников.

Исследование проводилось с помощью опроса (гугл-формы) в сети интернет, в котором приняли участие 64 человека, из которых 32 – граждане России, ещё 32 являются гражданами зарубежных стран (Мексика, Нидерланды, Испания, США, Германия и Великобритания). Возраст респондентов составил от 25 до 28 лет.

**Методы исследования.** Все участники опросы заполняли Шкалу психологической разумности (Psychological Mindedness Scale, PMS), опросник объективного статуса эго-идентичности (Objective Measure of Status Ego-Identity – OMEIS), цветовой тест Эткинда.

**Результаты и обсуждение.** Сравнительный анализ по уровню идентичности показал отсутствие статистически значимых отличий в русской и иностранной выборках и продемонстрировал недостаточную сформированность эго-идентичности, где все показатели по двум положительным шкалам либо не имели высоких значений, либо находились на среднем уровне. По шкале «диффузная идентичность» в обеих группах были получены достаточно близкие результаты: 56% в русской выборке и 75% в иностранной выборке имеют средний уровень, по шкале «принятая идентичность» большинство респондентов (81% в русской и 87% в иностранной) имеют низкий уровень, по шкале «мораторий идентичности» половина и более респондентов (50% в русской и 62% в иностранной) имеют средний уровень, по шкале «достигнутая идентичность» 56% участников анкетирования в русской выборке и 75% в иностранной имеют средний уровень.

По результатам цветового теста отношений и анкетным вопросам о принятии своей сексуальной ориентации и определении идентичности показано, что статистически значимых различий между исследуемыми выборками не выявлено. Большинство респондентов как в русской выборке (62%), так и в иностранной (75%) полностью принимают себя по цветовому тесту Эткинда, а по анкетным данным каждая выборка имеет по 82% опрошенных, оценивших свое принятие на высоком уровне по двум вопросам анкеты. То есть участники опроса принимают себя в преобладающем большинстве случаев, что, с нашей точки зрения, может косвенно свидетельствовать о высоком уровне эгоцентризма и попытке противопоставления себя социуму. Степень разумности у участников анкетирования обеих выборок также находится на высоком уровне, что в свою очередь указывает на отсутствие статистически значимых различий в выборках. Полученные результаты подтверждают, что внешнесоциальные и психологические факторы формирования гендерной ориентировки в разных группах не сказываются на особенностях формирования эго-идентичности данных личностей.

**Заключение.** Таким образом, сравнительный анализ эго-идентичности в группах лиц, относящих себя к ЛГБТКИА+ сообществам в России и зарубежных странах, не выявил качественных различий, что может свидетельствовать о несформированности эго-идентичности у большинства респондентов обеих выборок, так как основные показатели находятся на среднем или низком уровне. Мы предполагаем, что формирование идентичности не происходит, так как респонденты даже не находятся в кризисе, который направляет на её развитие. В то же время в обеих исследованных группах отмечен высокий показатель принятия себя и высокие значения по шкале PMS, что может говорить о склонности к большей сосредоточенности респондентов на себе, чем на построении межличностных отношений в социуме и взаимодействии с окружением. Сравнительный анализ по всем показателям не выявил статистически значимых различий в выборках: степень проявления эго-идентичности зарубежной выборки не отличается от степени идентичности в российской выборке, что опровергает нашу гипотезу.

#### Список литературы

1. Аверьянова Т.С. Психологические основы формирования половой идентичности в период детства. Вестник Института развития ребенка. 2013. Вып. 26.
2. Медведева Е.В., Прилепа С.А. Генетические аспекты становления половой самоидентификации и возникновения гендерной дисфории. Вестник новых медицинских технологий. 2017. Т.24, № 1. С. 203-218.

3. На перепутье: методология, теория и практика ЛГБТ и квир-исследований: сб. статей / Центр независимых социологических исследований; ред.-сост. А.А. Кондаков. СПб., 2014. 466с.
4. Fisher AD, Ristori J, Morelli G, Maggi M. The molecular mechanisms of sexual orientation and gender identity. *Mol Cell Endocrinol.* 2018 May 15;467:3-13. doi: 10.1016/j.mce.2017.08.008. Epub 2017 Aug 25. PMID: 28847741.
5. Nagoshi JL, Nagoshi CT. *Gender and Sexual Identity.* Chicago, IL: Springer Science Business Media, 2014:240.

## **Иммунорегуляция нейромедиаторного обмена и цитокины при коморбидном течении депрессии и алкогольной зависимости у женщин**

**Невидимова Т.И.<sup>1</sup>, Давыдова Т.В.<sup>2</sup>, Ветрилэ Л.А.<sup>2</sup>,  
Савочкина Д.И.<sup>1</sup>, Захарова И.А.<sup>2</sup>, Галкин С.А.<sup>1</sup>, Бохан Н.А.<sup>1, 3</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБНУ «Научно-исследовательский институт общей патологии и патофизиологии», Москва, Россия**

**<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия**

Патогенетические нейроиммунные механизмы коморбидности депрессии и расстройств, связанных с употреблением алкоголя, изучаются чаще всего через призму нейровоспаления и соответствующего ему каскада цитокиновых реакций. Нейровоспаление и устойчивый нейроиммунный дисбаланс изменяют поведение, повышая по типу порочного круга дальнейший риск нейровоспаления, которое делает пациентов уязвимыми для коморбидных психических расстройств. При всей правдоподобности, гипотеза нейровоспаления в настоящее время не находит существенных подтверждений: уровень AUDIT (теста риска злоупотребления алкоголем) связан не с уровнем циркулирующих цитокинов, а с уровнем депрессии, равно как и депрессия не связана с уровнем циркулирующих цитокинов. Вместе с тем цитокины могут быть связаны с определенными подтипами депрессии или симптомами депрессии, не обладая диагностическими функциями [Toft H. et al., 2018; Himmerich H. et al., 2019]. Иммунорегуляция нейромедиаторного обмена является новым источником информации о нейроиммунном дисбалансе при сочетанных расстройствах. Вероятным общим патогенетическим механизмом, обеспечивающим коморбидность синдрома зависимости и аффективных расстройств, является система вознаграждения, причем в качестве её медиаторов, в том числе при алкоголизме, всё чаще называют не только дофамин, но и глутамат, ГАМК, интерлейкин-6 [Ветрилэ Л.А. и др., 2019; Давыдова Т.В. и др., 2021]. У женщин, начавших злоупотреблять алкоголем во второй половине жизни, отмечается особый тип коморбидности. Во всех случаях причиной алкоголизма в этой группе называется ситуация эмоциональной утраты. Депрессия способствует развитию аддикции с предпочтением алкоголя всем другим ПАВ, что актуализирует поиск биомаркеров риска и превенции формирования зависимости на фоне депрессии.

**Цель:** сравнительный анализ содержания про- и противовоспалительных цитокинов и аутоантител к нейромедиаторам дофамину, норадреналину, серотонину, глутамату и ГАМК в сыворотках крови пациенток с алкоголизмом и депрессией разной тяжести.

**Материалы и методы.** Клиническое обследование и создание банка биологического материала выполнено на базе отделений аффективных расстройств и аддиктивных состояний и лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Исследована сыворотка крови 52 женщин в возрасте 40-55 лет: 17 условно здоровых лиц и 35 пациенток с аффективными и аддиктивными расстройствами. В соответствии с МКБ-10 у 6 пациенток диагностирован синдром зависимости от алкоголя (F10.2).

**Результаты.** Длительность злоупотребления алкоголем на момент обращения составляла в среднем 3,5 года со средней продолжительностью формирования синдрома зависимости 2,1 года и невысокой толерантностью (в среднем 100 мл этанола). С одной стороны, это свидетельствует о высокой прогрессивности алкогольной зависимости, с другой – объясняет сравнительно умеренные проявления соматоневрологической патологии, не выходящие за рамки возрастных изменений. Грубого алкогольного поражения печени у пациенток диагностировано не было. У 29 пациенток диагностирована депрессия различной степени тяжести. В подгруппу легкой депрессии с суммой баллов по шкале Гамильтона HDRS до 16 баллов включительно вошли 13 пациенток, из них 5 с депрессивным эпизодом легкой степени (F32.0) и 8 с дистимией (F34.1). В подгруппу умеренной депрессии с суммой баллов по шкале Гамильтона выше 16 баллов включено 16 пациенток, в том числе 7 с депрессивным эпизодом средней степени тяжести (F32.1) и 9 с рекуррентной депрессией (F33.1). Критерием включения явилось информированное согласие пациента (добровольца) на участие в исследовании, критерием исключения – наличие неврологической патологии, соматических расстройств в стадии обострения. Кровь для исследования у больных и лиц группы сравнения брали однократно.

Антитела (АТ) к нейромедиаторам (НМ) дофамину (ДА), норадреналину (НА), серотонину, глутамату (ГЛУ) и ГАМК в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) на полистироловых планшетах, активированных соответствующими тест-антигенами. Интерлейкины (ИЛ) в сыворотке крови определяли с помощью ИФА тест-систем производства ООО Цитокин (Санкт-Петербург). Чувствительность тест-систем составляет 4-5 пг/мл. Определяли баланс провоспалительных (ИЛ-1 $\beta$  и ИЛ-6) и противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием углового преобразования Фишера.

Уровень аутоантител к нейромедиаторам связан с тяжестью депрессии. При легкой депрессии отличия от контрольного уровня незначительны, хотя прослеживается тенденция к снижению уровня антител к дофамину и норадреналину, обнаруженная нами ранее в группах риска по употреблению психоактивных веществ. При умеренной депрессии повышен уровень антител к серотонину, глутамату и ГАМК. Малый размер группы пациентов с алкоголизмом не позволил получить статически значимых отличий, однако спектр антител в этой группе указывает на её родство с группой умеренной депрессии. Можно предполагать, что данные паттерны отражают коморбидное течение депрессии и аддикции. Соотношение содержания провоспалительного (ИЛ-6) и противовоспалительного (ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови при алкоголизме незначительно отличалось от контрольного уровня, в то время как при утяжелении депрессии это соотношение существенно повышалось. Ранее нами было показано, что формирование зависимости от психоактивных веществ сопровождается ростом продукции про- и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ИЛ-10). Продукция ИЛ-10 повышается уже на этапе эпизодического употребления ПАВ, равно как и внутриклеточный синтез ИЛ-6 [Невидимова Т.И. и др., 2019]. Не исключено, что это связано с коморбидными аффективными расстройствами. Участие нейровоспаления в коморбидной патологии требует дальнейшего изучения. Особенности коморбидности депрессии и алкогольной зависимости у женщин зрелого возраста могут заключаться в том, что запуск цитокинового механизма воспаления и нейровоспаления является маркером депрессии и точкой приложения противовоспалительной терапии для профилактики формирования алкогольной зависимости.

Таким образом, фармакотерапия, направленная на нейровоспаление, является возможным вариантом лечения аффективных и аддиктивных расстройств, но феномен нейровоспаления, при всей его важности, не является достаточным для понимания нейроиммунных механизмов коморбидной патологии. Иммунорегуляция нейромедиаторного обмена является новым источником информации о нейроиммунном дисбалансе при сочетанных расстройствах.

**Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00330.**

## **Роль иммуноэндокринных факторов в формировании и течении непсихотических психических расстройств**

**Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

В настоящее время одним из актуальных подходов в психиатрии является анализ биологических механизмов формирования и течения психического заболевания. Полученные данные находят широкое применение в области диагностики и терапии, а также с целью прогноза дальнейшего развития заболевания. Предположительно, что различного рода показатели, характеризующие иммунную систему и гормональный статус пациента, могут оказаться полезными для таких задач. Высказываемое предположение базируется на современных представлениях о взаимосвязях между нервной, иммунной и эндокринной системами [Ключник Т.П. и др., 2018; Cosci F. et al., 2019; Kanashiro A. et al., 2020].

Комплексное клинико-психопатологическое и иммунобиологическое обследование проведено 247 пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (НППР) 30-60 лет, проходивших курс стационарного лечения в первом клиническом психиатрическом отделении клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Согласно клиническим критериям МКБ-10 в основную группу исследования включены пациенты с расстройством адаптации (F43), паническим расстройством (F41), соматоформными расстройствами (F45) и стойким изменением личности (F62). В клинической картине НППР преобладали тревожно-депрессивные проявления. Контрольную группу составили 78 практически здоровых лиц без признаков психической патологии.

Диагностику вторичной иммунной недостаточности (ВИН) проводили по карте «Диагностика иммунной недостаточности при иммуноэпидемиологических исследованиях взрослого населения». Для оценки системы иммунитета использовали комплекс стандартных иммунологических тестов с фенотипированием иммунокомпетентных клеток, определением факторов гуморального иммунитета и показателей фагоцитарной активности. Определяли концентрацию кортизола, пролактина, тестостерона, тиреотропного гормона и гормонов щитовидной железы методом иммуноферментного анализа. Уровень тревожности оценивали по Шкале самооценки реактивной и личностной тревожности (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) Ч.Д. Спилберга в адаптации Ю.Л. Ханина.

Анализ данных долабораторного исследования обнаружил клинические признаки ВИН у большинства (80,6%) пациентов с ведущим инфекционным синдромом, в том числе с сочетанием инфекционного и аутоиммунного синдромов. У пациентов с НППР часто встречаются отклонения иммунологических показателей от нормативных значений: 1) снижение количества Т-хелперов/индукторов (CD3<sup>+</sup>CD4<sup>+</sup>-фенотипа) и натуральных клеток-киллеров (CD3<sup>+</sup>CD16<sup>+</sup>CD56<sup>+</sup>-фенотипа); 2) высокие значения В-лимфоцитов (CD19<sup>+</sup>-фенотипа) и клеток с CD95-рецепторами готовности к апоптозу, концентрации сывороточного IgG; 3) снижение фагоцитарной активности нейтрофилов; 4) повышение показателей концентрации кортизола, тиреотропного гормона и пролактина.

Расстройство адаптации (РА) психогенного/невротического уровня формируется как ответ на психоэмоциональный стресс в случае неспособности психики адаптироваться к произошедшим изменениям в жизни, при этом разграничительная линия между нормальной человеческой реакцией на стресс и психическим заболеванием практически неувеличиваема. Опасность РА, во многом обусловленного этой «промежуточностью», самим человеком и его окружением, требует квалифицированной психиатрической помощи, от своевременности и качества которой зависит исход заболевания: либо полное выздоровление с достижением качественно нового уровня адаптации, либо хронизация патологического процесса и переход в серьезное психическое заболевание (депрессия, паническое расстройство, фобия, стойкое изменение личности).

Психологический фактор проявления панического расстройства (ПР) состоит в том, что возникновение панических атак более вероятно у людей, для которых в прошлом была характерна так называемая чувствительность к тревожности. Повышенная тревожность при ПА часто встречается у лиц с гипертрофированным восприятием телесных ощущений. Так, короткий приступ боли в груди вызывает тревогу и беспокойство, провоцирующие непреодолимый панический страх из-за уверенности в скором трагическом завершении смертельного недуга и невозможности изменить ситуацию (учащенное сердцебиение субъективно воспринимается как «сердце сейчас остановится»). Способ прогнозирования риска формирования ПР на раннем этапе заболевания заключается в том, что на стадии ПА оценивают личностную и реактивную тревожность, определяют иммунологические параметры крови, концентрацию кортизола в сыворотке крови. При повышении личностной тревожности более 57 баллов, ситуативной тревожности более 54 баллов, концентрации кортизола более 661 нмоль/л, снижении количества НК-клеток менее 10% возможно прогнозировать риск формирования ПР [Патент RU 2644309].

Так как ПА – пограничное состояние, не достигающее уровня выраженного психического состояния, необходимо преобразование социально дезадаптированного типа реагирования путём восстановления защитно-адаптационного потенциала личности в результате использования персонализированных программ поэтапного клинического улучшения психического состояния. Способ прогнозирования затяжного течения невротических расстройств с переходом ПА в стойкое изменение личности включает определение клинических синдромов ВИН и иммунологических показателей (маркеров поздней активации – HLADR<sup>+</sup>-фенотипа, цитотоксических Т-лимфоцитов и уровня циркулирующих иммунных комплексов) [Патент RU 2421727].

Не каждое психиатрическое учреждение имеет в штатной структуре лабораторию иммунологии, но при наличии стандартного материально-технического лабораторного оснащения возможно выполнение лабораторных исследований крови. Разработанный способ расширяет арсенал методов прогнозирования затяжного течения невротических расстройств с дополнительным включением гормональных показателей. При содержании кортизола более 717 нмоль/л, концентрации пролактина более 818 мМЕ/л, концентрации тиреотропного гормона менее 1,05 мкМЕ/мл прогнозируют возможность затяжного течения заболевания с формированием стойкого изменения личности [Патент RU 2613111].

Верификация диагноза соматоформных расстройств (СФР) связана с объективными диагностическими и дифференциальными трудностями, прежде всего в связи с отказом от консультирования с психиатром. Пациенты в первую очередь обращаются к терапевтам, затем, не получая удовлетворения из-за отсутствия результатов лечения, переходят к узким специалистам, но прохождение множества диагностических исследований не проясняет истинной причины соматических жалоб. Пациентов нельзя успокоить и логически убедить в психогенной природе болезненных проявлений. В результате многолетних, но бесполезных поисков «хорошего доктора» или «уникального метода терапии» заболевание может принять затяжной прогрессирующий характер. На основе иммунологического подхода разработан способ прогнозирования затяжного течения СФР. В зависимости от типа течения и длительности заболевания клиническая выборка пациентов была разделена на две группы: 1-я группа – острое/подострое течение СФР с длительностью до 3 лет; 2-я группа – затяжное течение СФР с длительностью более 3 лет. Данный способ прогнозирования затяжного течения СФР реализуется на раннем этапе заболевания путем определения показателей клеточного иммунитета. В сыворотке крови пациентов определяют Т-лимфоциты (CD3<sup>+</sup>), цитотоксические Т-лимфоциты (CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup>) и лимфоциты с маркерами поздней активации (CD3<sup>+</sup>HLADR<sup>+</sup>). При одновременном содержании CD3<sup>+</sup> 59% и менее, CD3<sup>+</sup>CD8<sup>+</sup> 19% и менее, CD3<sup>+</sup>HLADR<sup>+</sup> 20% и более прогнозируют затяжное течение СФР [Патент RU 2578966].

Таким образом, использование запатентованных способов прогноза течения НППР в психиатрических и общемедицинских учреждениях позволит снизить риск затяжного течения НППР за счет дифференцированного подхода к организации диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

### Список литературы

1. Ключник Т.П., Андросова Л.В., Зозуля С.А., Отман И.Н., Никитина В.Б., Ветлугина Т.П. Сравнительный анализ воспалительных маркеров при эндогенных и непсихотических психических расстройствах. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 64-69. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-64-69](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-64-69)
2. Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Аксенов М.М., Лебедева В.Ф. Нейроиммуно-эндокринные нарушения при психических расстройствах и болезнях зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 45-55. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-45-55](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-45-55)
3. Никитина В.Б., Казенных Т.В., Иванова А.А., Цыбульская Е.В., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Бохан Н.А. Способ прогнозирования риска формирования панического расстройства на ранней стадии заболевания. Патент на изобретение RU 2644309 C1, 08.02.2018. Заявка № 2016148087 от 07.12.2016.
4. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н. Способ прогнозирования тяжелого течения невротических расстройств. Патент на изобретение RU 2421727 C1, 20.06.2011. Заявка № 2009143442/14 от 24.11.2009.
5. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. Способ прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств. Патент на изобретение RU 2613111 C1, 15.03.2017. Заявка № 2015149164 от 16.11.2015.
6. Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Костин А.К., Перчаткина О.Э., Лобачева О.А., Савочкина Д.Н., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Бохан Н.А. Способ прогнозирования течения соматоформных расстройств. Патент на изобретение RU 2578966 C1, 27.03.2016. Заявка № 2015114856/15 от 20.04.2015.

### **Разработка и создание лекарственных средств ноотропного и адаптогенного действия на основе продуктов функционального питания природного происхождения**

**Новожеева Т.П.<sup>1,2</sup>, Каракулова Е.В.<sup>2</sup>, Сафронов С.М.<sup>2</sup>,  
Боев Р.С.<sup>2</sup>, Шушпанова Т.В.<sup>1</sup>, Новожеева Е.В.<sup>2</sup>, Козлова Н.Б.<sup>2</sup>,  
Казенных Т.В.<sup>1</sup>, Чучалина А.Е.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, Россия

**Актуальность.** Анализ фармацевтического рынка ноотропов и адаптогенов непосредственно связан с расширением ассортимента отечественных препаратов за счет разработки и выпуска фармпрепаратов, созданных на основе БАД и продуктов функционального питания (ПФП) природного происхождения, обладающих свойствами повышать резервные возможности организма, особенно у работающего населения предпенсионного и пенсионного возрастов. Кроме того, важно оценить потребности регионального фармрынка в препаратах фармакологических групп, повышающих физический и психический потенциал человека, проживающего в сложных климатических условиях Сибири.

**Цель:** маркетинговый анализ тенденций развития регионального фармацевтического рынка препаратов, повышающих резервные возможности организма человека – ноотропов и адаптогенов, экспериментальная оценка перспектив разработки и создания инновационных лекарственных средств на основе БАД и ПФП природного происхождения.

**Материалы и методы.** В качестве кандидатов на разработку лекарственных препаратов, обладающих ноотропной и адаптогенной активностью, были отобраны перспективные объекты растительного и животного происхождения, водные экстракты, полученные оригинальным методом низкотемпературной экстракции из чаги, корней лопуха, пихты сибирской и пантов алтайского марала. Субстанции препаратов предоставлены фирмой-производителем ООО Вистерра.

Система менеджмента качества производства сертифицирована по требованиям: 1) стандарта ГОСТ Р ИСО 22000- 2007 (ISO 22000:2005) в области закупки, выращивания, переработки и хранения растительного сырья для производства экстрактов, концентратов, безалкогольных напитков и соковой продукции; 2) производства, хранения и реализации пищевых продуктов, в том числе для детского питания дошкольного и школьного возрастов. Референтные фармпрепараты – пирацетам (ноотропил, капсулы 800 мг), винпоцетин (кавинтон, таблетки 5 мг), пантокрин (пантокрин, ЗАО "ВИФИТЕХ", таблетки), глицин (глицин-МХФП, таблетки 100 мг). В ходе маркетинговых исследований были разработаны анкеты для всех участников фармрынка: анкета для работников аптек, врачей и экспертов, опросники для пациентов и посетителей аптек. Вторичные данные получены из разных источников: отчеты ЦМФИ при ДЗ Томской области, отчетность ЛПУ, заявки аптек и аптечных сетей в оптовые фирмы, отчеты оптовых фирм за период 2000-2020 гг., статистические отчеты по Томской области и России, интернет-ресурсы: DSM, Фармэксперт, Государственный реестр лекарственных средств за 2001-2020 гг. Для обработки полученного материала применяли методы математической статистики.

Экспериментальное исследование проводили на белых беспородных мышках-самцах (n=72), массой 22-28 граммов. Препараты вводили однократно в желудок животным, находившимся в условиях «мягкого» иммобилизационного стресса («обменные домики») в течение 1 суток в диапазоне доз от 1 до 100 мг/кг массы тела в виде суспензии 1% крахмальной слизи. Ориентировочно- исследовательское поведение изучалось в условиях теста «открытого поля» в течение часа после завершения иммобилизации. Животное помещалось в один из углов экспериментальной камеры, в течение 2 минут регистрировали число перемещений с квадрата на квадрат (горизонтальная активность), количество обследований отверстий (норковый рефлекс), количество вставаний на задние лапки (вертикальная активность), количество умываний (груминг) и количество дефекаций по числу фекальных шариков. Вычисляли общую двигательную активность и коэффициент асимметрии поведения, как отношение количества горизонтальных перемещений к общей двигательной активности, выраженное в процентах. Полученные результаты обработаны статистически, используя программный пакет «Statistic for Windows V. 10».

**Результаты исследования и обсуждение.** Проведен анализ динамики оптовых продаж лекарственных препаратов ноотропного действия по Томской области, в ТОП-20 по упаковкам и продажи которых составляют не менее 1%. В период с 2015 г. по 2019 г. к наиболее часто продаваемым препаратам ноотропного действия относились фенибут, глицин и циннаризин. Продажи пирацетама с родоначальником класса ноотропов – ноотропилем составляют 11%. Оставалась высокой доля винпоцетинов (более 9%) и оригинального церебропротектора – кавинтона в виде новых лекарственных форм. Достаточно активно назначались и приобретались фезам, пикамилон и пантогам (по 5%). На долю остальных препаратов приходилось немногим более 10%. Среди них препараты на основе растительного сырья и природных молекул (ГАМК, пептиды, эндогенные молекулы и др.). В ассортименте этих препаратов отмечена устойчивая тенденция к увеличению продаж ноотропов на основе природных молекул (пантогам, ноопепт, церебролизин, кортексин и др.) и растительного сырья (билобил, гинго билоба, танакан).

Исследования по анкетированию медицинских работников позволило установить, что наиболее часто ноотропные препараты приобретаются лицами пожилого возраста. На территории Томска выявлено широкое применение ноотропных препаратов, которое зависит от возраста пациента, а также медицинских рекомендаций, обусловленных признаком патологии и состоянием пациента [1, 2, 3, 4], что побудило провести исследование перспектив использования ноотропов в стационарных условиях. Среди применяемых в клинической практике ноотропов и адаптогенов реже встречаются препараты из растительного сырья [5]. В связи с этим была проведена экспериментальная оценка перспектив разработки и создания лекарственных средств ноотропного и адаптогенного действия на основе БАД и ПФП природного происхождения, выпускаемых отечественными разработчиками – фирмой ООО Вистерра.

Проведенные эксперименты показали, что предлагаемые препараты – экстракт пантов марала алтайского, экстракты чаги, корней лопуха, пихты сибирской обладают выраженной ноотропной и адаптогенной активностью, снижая выраженность стрессорной реакции и увеличивая исследовательскую активность и работоспособность животных. При этом они незначительно отличаются по активности от референтных препаратов – пиррацетам, винпоцетина, пантокрин и глицина. При этом экстракт пантов марала алтайского более эффективен, чем пиррацетам, так как восстанавливал исследовательское поведение и мнестические функции у мышей в тесте «открытое поле» при их нарушении в результате «мягкого» иммобилизационного стресса в течение 24 часов. Другие препараты – экстракт чаги, экстракт пихты сибирской, экстракт корней лопуха в этом тесте уступали пиррацетаму и пантокрину, но не винпоцетину и глицину. Результаты проведенных экспериментальных исследований представлены в таблице 1.

**Таблица 1. Влияние ноотропов и адаптогенов на исследовательское поведение и двигательную активность мышей в тесте «открытое поле» (M±m)**

Показатель	Компонент ДА		Норковый рефлекс	Груминг	Дефекация	Суммарная ДА	Коэффициент ассиметрии ДА
	Горизонтальный	Вертикальный					
Интактные животные	40,0± 3,9	7,0± 1,6	13,4± 2,3	1,8± 0,3	1± 0,1	67,2± 8,2	59,5
Иммобилизация, 24 часа	30,1± 3,5	2,5± 0,8*	6,0± 1,2*	5,8± 1,5*	0± 0	44,3± 4,2*	67,9
Иммобилизация + экстракт чаги	35,2± 4,0	5,1± 0,6	15,0± 1,5**	2,0± 0,5**	1,5± 0,2	57,3± 6,1	61,4
Иммобилизация + экстракт корня лопуха	38,1± 4,2	4,5± 0,5	14,5± 2,4**	4,2± 0,7	1,0± 0,2	63,3± 5,8**	60,2
Иммобилизация + экстракт пихты	42,3± 3,3	4,8± 0,4	16,1± 1,7**	3,5± 0,6	0± 0	66,7± 7,2**	63,4
Иммобилизация + экстракт пант марала	54,0± 2,2***	3,5± 0,5	19,8± 2,5***	1,6± 0,5**	0± 0	79,9± 5,2**	67,6
Иммобилизация + пиррацетам	55,0± 6,1***	4,8± 0,7	17,2± 2,0**	3,8± 0,8	0± 0	80,8± 9,2**	68,0
Иммобилизация + винпоцетин	45,2± 4,2**	5,7± 0,6**	15,8± 1,7**	3,0± 0,5	1,5± 0,2	68,7± 6,1**	65,8
Иммобилизация + пантокрин	49,5± 4,6**	3,6± 0,8	15,2± 1,7**	2,4± 0,8**	1± 0,1	77,0± 8,0**	64,3
Иммобилизация + глицин	48,3± 3,7**	5,8± 0,6**	16,5± 1,5**	3,4± 0,7	0± 0	74,0± 7,2**	65,3

По указанным видам активности ноотропные и адаптогенные препараты природного происхождения обнаруживают очевидные преимущества в качественном и количественном отношении перед официальными препаратами. Экстракт пантов марала алтайского, не уступает эталонному ноотропному препарату – пиррацетаму, так же как и своему прототипу – экстракту пантов северного оленя (пантокрин). По ряду показателей экстракт пантов марала алтайского превосходит эти препараты.

**Выводы.** Исследуемые препараты – экстракт пантов марала алтайского, экстракт чаги, экстракт пихты сибирской, экстракт корней лопуха обладают выраженной адаптогенной и ноотропной активностью, сопоставимой с фармакологической активностью фармакопейных препаратов. Отобранные экстракты необходимо углубленно исследовать для разработки на их основе безопасных, экологически чистых фармпрепаратов с ноотропной и адаптогенной направленностью.

#### Список литературы

1. Shushpanova T, Bokhan NA, Lebedeva VF, Mandel A.I., Novozheeva TP, Solonskii AV, Schastnyi ED, Semke AV, Udut VV, Filimonov VD. Treatment of Alcoholic Patients Using Anticonvulsant Urea Derivative Influences the Metabolism of Neuro-active Steroid Hormones - The System of Stress Markers. Journal of Addiction Research and Therapy. 2016;7(2):271.



2. Shushpanova T, Bokhan N, Stankevich K, Novozheeva T, Mandel A, Schastnyi E, Kisel N, Shushpanova O, Udu, V, Safronov S, Boev R, Knyazeva E. An Innovatory GABA Receptor Modulator and Liver Oxidase System Microsomal Cytochrome P450 Activator in Patients with Alcoholism. *Pharmaceutical Chemistry Journal*. (2021). 54. 10.1007/s11094-021-02327-x
3. Shushpanova TV, Solonskii AV, Novozheeva TP, Udut VV. Effect of meta-chlorobenzhydryl urea (m-CIBHU) on benzodiazepine receptor system in rat brain during experimental alcoholism. *Bull Exp Biol Med*. 2014 Apr;156(6):813-8. doi: 10.1007/s10517-014-2458-4. Epub 2014 May 3. PMID: 24824705.
4. Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Мандель А.И., Князева Е.М. Молекулярные мишени действия инновационного антиконвульсанта галодиф в терапии алкогольной зависимости. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018. № 2 (99). С. 120–126. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-120-126](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-120-126)
5. Шилова И.В., Самылина И.А., Сулов Н.И. Разработка ноотропных средств на основе растений Сибири. Томск: Изд-во Печатная мануфактура, 2013. 368 с.

## **Предикторы благоприятного и неблагоприятного течения шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов**

**Овчинников А.А., Климова И.Ю.**

**ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Новосибирск, Россия**

Под предикторами в их классическом определении подразумеваются прогностические признаки, с помощью которых можно с высокой долей вероятности дать прогноз того или иного процесса (Witkowski S., 1993).

**Цель исследования:** изучение предикторов неблагоприятного и благоприятного течения шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов.

**Материалы и методы.** В период с 2010 г. по 2020 г. на базе психиатрического стационара общего типа ГБУЗ НСО ГНКПБ № 3 было отобрано 407 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» (F20), осложненная синдромом зависимости от употребления растительных каннабиноидов F12 (согласно критериям МКБ-10).

Были сформированы две основные группы пациентов. Первая группа – пациенты с синдромом зависимости от растительных каннабиноидов до манифестации эндогенного процесса (209 чел.), группа с неблагоприятным течением. Вторая группа – пациенты с зависимостью от растительных каннабиноидов, сформировавшейся после манифестации параноидной шизофрении (198 чел.), группа с благоприятным течением.

С целью объективизации данных были использованы следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-динамический (изучение особенностей формирования «двойной патологии»), катамнестический (ретроспективная оценка клинических, включая оценку нейрокогнитивных функций, и социально-психологических характеристик заболевания), МоСа-тест.

**Результаты исследования.** Определены предикторы неблагоприятного течения при шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов. Возрастные пики формирования зависимости от ПАВ и манифест шизофрении имеют статистически значимую взаимосвязь в двух возрастных диапазонах 10–14 лет (61%,  $p < 0,005$ ) и 15–19 лет (28%,  $p < 0,01$ ). Статистически значимые предикторы, выявленные в возрастном диапазоне начала употребления ПАВ (10–14 лет): 1) отсутствие полноценной «вторичной» социализации и соответствующих навыков адекватной социальной коммуникации (72%;  $p < 0,005$ ); 2) манифестная парафреническая симптоматика (57%;  $p < 0,001$ ); 3) реактивный компонент психотических переживаний менее типичен в постманифестный период в связи с быстрым нарастанием НКД (77%;  $p < 0,05$ ); 4) быстрый рост дефицитарной симптоматики (84%;  $p < 0,05$ ); 5) катастрофическое нарастание нейрокогнитивного дефицита исключает типичные в начальном периоде реактивные бредовые включения, что является одним из

маркеров злокачественного течения эндогенного процесса (91%;  $p < 0,05$ ); 6) амальгирование аддиктивной компоненты с эндогенным радикалом реализуется с момента формирования зависимости от ПАВ – данное обстоятельство самокупирует аддиктивную составляющую, растворяя её в эндоморфном расстройстве, что в данном случае проявляется закономерным «отказом» от аддиктивных реализаций (65%;  $p < 0,05$ ).

Выявлены статистически значимые предикторы в возрастном диапазоне начала употребления ПАВ (15–19 лет): 1) искаженная «вторичная» социализация, отклоняющиеся варианты социальной коммуникации (84%;  $p < 0,05$ ); 2) манифестная галлюцинопараноидная симптоматика более типична для возраста 15–19 лет (64%;  $p < 0,001$ ); 3) реактивный компонент психотических переживаний (преследование со стороны силовых структур) типичен для доманифестного и манифестного периодов (81%;  $p < 0,5$ ); 4) негативная симптоматика предшествует позитивной (88%;  $p < 0,5$ ); 5) амальгирование аддиктивной компоненты с эндогенным радикалом реализуется с момента формирования зависимости от ПАВ – данное обстоятельство иллюстрирует, каким образом аддиктивная составляющая становится атрибутом эндогенного процесса, утрачивая клиническую и смысловую составляющие. При этом прекращение аддиктивных реализаций не наблюдается (67%;  $p < 0,05$ ). Определены статистически значимые предикторы благоприятного течения при шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов: 1) реактивный компонент в виде persecutory delusions пациента является практически обязательным в клинике параноидных переживаний (74%;  $p < 0,05$ ); 2) провоцирование психотических эпизодов или эскалация эндогенного процесса (в рамках непрерывного течения), как правило, связаны с психологической травматизацией или психофизиологическими нагрузками (68%;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** установленные предикторы в группах пациентов позволяют проспективно оценивать течение и прогноз шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов. Подтвердилась одна из ожидаемых закономерностей влияния каннабиса на манифест шизофрении, как в контексте начала употребления ПАВ и формирования зависимости, так и в атипичности проявления эндогенного процесса.

#### Список литературы

1. Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Невидимова Т.И., Прокопьева В.Д., Аболонин А.Ф., Шушпанова Т.В. Биологические предикторы, клинико-патогенетические механизмы формирования и профилактика аддиктивных состояний в различных социальных группах (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009–2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 4 (79). С. 40–48.
2. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Блонский К.А. Характеристика абстинентного синдрома у лиц, страдающих зависимостью от употребления синтетических каннабиноидов (спайсов). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 4 (93). С. 45–50.
3. Климова И.Ю., Овчинников А.А. Негативное влияние каннабиноидов на течение параноидной шизофрении. Journal of Siberian Medical Sciences. 2019. № 2. С. 79–84.
4. Бохан Н.А., Селиванов Г.Ю., Мандель А.И., Лаврова У.А., Блонский К.А., Сальников А.А. Клиническая типология абстинентного синдрома при зависимости от синтетических каннабиноидов (спайсов) у больных параноидной шизофренией. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 1 (102). С. 62–70. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-1\(102\)-62-70](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-1(102)-62-70)
5. Семке А.В., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Рахмазова Л.Д., Корнетова Е.Г., Смирнова Л.П., Микелев Ф.Ф., Щигорева Ю.Г. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 19-25.
6. Логвинович Г.В., Семке А.В., Бессараб С.П. Негативные расстройства и адаптационные возможности у больных шизофренией в ремиссиях. Томск : Изд-во Том. ун-та, 2009. 169 с.
7. Неустроева А.Ю., Овчинников А.А., Султанова А.Н., Климова И.Ю. Оценка предикторов выбора объектов аддиктивного поведения. Сибирский медицинский вестник. 2018. № 3. С. 28–30.
8. Botsford SL, Yang S, George TP. Cannabis and Cannabinoids in Mood and Anxiety Disorders: Impact on Illness Onset and Course, and Assessment of Therapeutic Potential. Am J Addict. 2020 Jan;29(1):9-26. doi: 10.1111/ajad.12963. Epub 2019 Oct 2. PMID: 31577377; PMCID: PMC6925309.
9. Huestis MA, Solimini R, Pichini S, Pacifici R, Carlier J, Busardò FP. Cannabidiol Adverse Effects and Toxicity. Curr Neuropharmacol. 2019;17(10):974-989. doi: 10.2174/1570159X17666190603171901. PMID: 31161980; PMCID: PMC7052834.

10. Cohen K, Mama Y, Rosca P, Pinhasov A, Weinstein A. Chronic Use of Synthetic Cannabinoids Is Associated With Impairment in Working Memory and Mental Flexibility. *Front Psychiatry*. 2020 Jun 30;11:602. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00602. PMID: 32695029; PMCID: PMC7339911.
11. Carlier J, Huestis MA, Zaami S, Pichini S, Busardò FP. Monitoring Perinatal Exposure to Cannabis and Synthetic Cannabinoids. *Ther Drug Monit*. 2020 Apr;42(2):194-204. doi: 10.1097/FTD.0000000000000667. PMID: 32195988.

## **Влияние масочного и карантинного режима, вызванного эпидемией COVID-19, на психическое состояние населения**

**Орлов Г.В., Набиуллина Д.В.**

**ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Казань, Россия**

Новая коронавирусная инфекция с начала 2020 г. стала одной из актуальных и обсуждаемых проблем и активно вошла в повседневную жизнь современных людей всего мира. Во время пандемии ношение масок и перчаток стали необходимым и совершенно естественным правилом жизни многих людей. В общественных местах подавляющее большинство людей вынуждены ходить в масках, при виде которых у особо впечатлительных и склонных к застреваемости лиц возникает тревожная симптоматика [1, 2, 3]. Обсуждается, что психические расстройства при эпидемии коронавируса не отличаются от расстройств при других эпидемиях или при воздействии чрезвычайных факторов. Патогенное значение имеет длительная социальная изоляция, что может вызывать длительную тревогу и истощение механизмов психологической защиты. С учетом риска развития тревожных опасений в связи с экономическим кризисом целесообразно рассматривать эпидемию COVID-19 как медико-социальное явление, требующее комплексного психолого-психиатрического изучения [2]. Ношение маски стало стереотипной защитной реакцией человека, сформировавшейся за короткий промежуток времени. Данное требование не просто поменяло поведение человека, но и оказывает специфическое обратное воздействие на его мышление и мироощущение в целом. Психиатры и психологи всего мира отмечают не только стремительное увеличение невротических состояний из-за повышенного беспокойства о своём здоровье, но и конфликты из-за несоблюдения окружающими социальной дистанции, подозрительности и неприязни ко всем «чихающим и кашляющим». Казалось бы, население всего мира миновало первоначальный этап пандемии. Сотрудники, находившиеся на удаленном режиме работы, начали постепенно выходить на работу, но на рабочих местах по-прежнему действует масочный режим и никто не может дать точный прогноз, насколько долго продлятся ограничительные меры. Соответственно тревожная неопределенность и страх возможной смерти негативно воздействуют на психику людей независимо от возраста, образования, национальности, социального положения. Показано, что пандемия является приоритетным объектом психологических научных исследований. В обществе спонтанно сформировались две группы: «ковид-ригористы», соблюдающие рекомендации власти в отношении правил противоинфекционного поведения, и «ковид-диссиденты», усматривающие в этом требовании ущемление гражданской свободы. По данным третьего опроса (ноябрь 2020 г.) ведущих отечественных психологов (n=105), опубликовавших в 2014-2020 гг. статьи в журналах «Вопросы психологии» и «Психологический журнал» проанализированы ответы психологов-экспертов на вопросы анкеты о социально-психологическом контексте эпидемии [3].

**Гипотеза.** Высокая восприимчивость к вирусу во всех группах населения, вероятная возможность тяжелого течения заболевания и смертельного исхода, многочисленные публикуемые данные о росте числа заболевших и умерших, о возможном источнике распространения вируса бессимптомными носителями SARS-CoV-2, не ограничивающими социальные контакты, длительно действующий масочно-карантинный режим в ситуации COVID-19 в совокупности негативно влияют на психику лиц с высокой личностной и ситуативной тревожностью, снижая качество жизни.

**Объект** начатого исследования – студенты (n=42) Казанского государственного медицинского университета, мужского и женского пола, разных возрастных групп, обучающихся на различных факультетах. В работе решаются следующие **задачи**: 1) изучить современные отечественные и зарубежные данные о влиянии новой коронавирусной инфекции на психическое состояние, качество жизни и социальное функционирование в основных сферах жизнедеятельности; 2) провести анкетирование среди студентов Казанского ГМУ по теме: «Как масочный и карантинный режимы при новой коронавирусной инфекции повлияли на психику и психологическое здоровье у вас лично и у ваших близких»; 3) провести исследование индивидуально-личностного профиля у студентов Казанского ГМУ с помощью цветового теста Люшера; 4) исследовать уровень тревожности в выборке студентов Казанского ГМУ с помощью шкал реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина; 5) на основе полученных результатов и их интерпретации сформулировать выводы исследования.

#### **Список литературы**

1. Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 1 (110). С. 71–77. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-71-77](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-71-77)
2. Осолкова С.Н. Амбулаторные случаи психических нарушений в период коронавирусной пандемии COVID-19. Психиатрия. 2020. Т. 18, № 3. С. 49-57. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-3-49-57>
3. Юревич А.В., Ушаков Д.В., Юревич М.А. COVID-19: результаты третьего экспертного опроса. Психологический журнал. 2021. Т. 42, № 3. С. 128-136. DOI: 10.31857/S02059520015240-0

## **Протеолитическая активность сывороточных коллаген-гидролизующих антител у пациентов с шизофренией**

**Паршукова Д.А.<sup>1</sup>, Смирнова Л.П.<sup>1</sup>, Бунева В.Н.<sup>2</sup>, Иванова С.А.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия**

**Введение.** В основе патогенеза шизофрении лежит нарушение нейротрансмиттерных процессов в ЦНС, но многие биохимические и иммунологические механизмы развития данного заболевания до сих пор не ясны. В настоящее время активно развивается направление исследования роли каталитических антител при различных патологиях. Ранее мы изучали сывороточные IgG, гидролизующие ОБМ (основной белок миелина) и их связь с клиническими характеристиками шизофрении [1]. Проникая через повреждённый гематоэнцефалический барьер, нейроспецифические белки могут стимулировать синтез антител к ним. Повышение проницаемости ГЭБ связано с нарушением целостности межэндотелиальных контактов, в которых важную роль играет эндотелиальный коллаген. Данные протеомных исследований демонстрируют снижение уровня коллагена в сывотке [2], формирование эндотелиальной дисфункции [3] и активацию нейтрофильной эластазы (фермент, гидролизующий эластин и коллаген) при острой шизофрении [4].

**Цель.** Данная работа посвящена изучению уровня активности сывороточных IgG, способных гидролизовать коллаген у больных шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследование включено 17 больных шизофренией от 20 до 55 лет с диагнозом: параноидная шизофрения (по МКБ-10 F20.0), получавших лечение на базе отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН. Для оценки позитивной, негативной и общей психопатологической симптоматики использовалась стандартная международная психометрическая шкала PANSS. Продолжительность болезни составляла от 5 до 17 лет.

В качестве группы контроля были обследованы 17 психически и соматически условно здоровых лиц. Критериями исключения для всех обследуемых лиц было наличие острых и хронических инфекционных, воспалительных, аутоиммунных заболеваний. Включение пациентов в исследование проводилось с учетом этических норм после тщательной оценки соответствия критериям включения по протоколу испытания. У всех обследуемых лиц было получено информированное согласие на проведение исследования. Поликлональные препараты IgG выделены методом аффинной хроматографией на колонках с ProteinG-Sepharose из крови больных шизофренией. На основании проверки строгих критериев (гомогенность, рН-шок) показано, что каталитическая активность является собственным свойством антител. Активность выделенных IgG, способных гидролизовать коллаген, определялась методом электрофореза в полиакриламидном геле. Активность протеолиза оценивалась по убыли субстрата (коллагена) после инкубации с препаратами IgG и выражалась в удельных единицах мг коллагена /мг IgG/ч.

**Результаты.** Было показано, что поликлональные сывороточные антитела пациентов с шизофренией специфически гидролизуют коллаген. Обнаружено, что уровень активности коллаген-гидролизующих IgG больных шизофренией (0,254 [0,10; 0,57] мг коллагена / мг IgG / 1 час) статически значимо выше, чем у доноров из группы контроля (0,14 [0,07; 0,2] мг коллагена / мг IgG / 1 час;  $p=0,45$ ). В предыдущих исследованиях мы показали, что поликлональные IgG больных шизофренией также могут гидролизовать ОБМ и уровень их активности связан с преобладающей симптоматикой [1]. Уровень IgG-зависимого гидролиза коллагена в группе пациентов с ведущей негативной симптоматикой составил 0,28 [0,10; 0,56] мг коллагена / мг IgG / 1 час по сравнению с группой с ведущей положительной симптоматикой шизофрении 0,11 [0,00; 0,29] мг коллагена / мг IgG / 1 час. Не было обнаружено корреляции уровнем активности ОБМ- и коллаген-гидролизующих антител.

**Заключение.** Полученные результаты демонстрируют наличие коллаген-гидролизующей активности у сывороточных антител при шизофрении. Данные о гидролизе коллагена являются важной характеристикой патологического процесса при шизофрении, которые могут быть рассмотрены в контексте нарушения функциональной и структурной целостности эндотелиального барьера.

**Работа поддержана грантом РФФ № 21-75-00071 «Протеолитическая активность каталитических антител при основных эндогенных психических расстройствах: перспективы в дифференциальной диагностике и оценке прогноза течения шизофрении и биполярного аффективного расстройства».**

#### Список литературы

1. Parshukova D, Sedyh S, Smirnova L, Buneva V, Ivanova S, Semke, A. Study of the level of IgG to myelin basic protein and their catalytic activity in schizophrenic patients. *European Neuropsychopharmacology*. 2016;26:S215-S216. 10.1016/S0924-977X(16)31066-5.
2. Смирнова Л.П., Паршукова Д.А., Ермаков Е.А., Дмитриева Е.М., Бойко А.С., Федоренко О.Ю., Логинова Л.В., Кротенко Н.М., Серёгин А.А., Летова А.А., Синянский Л.Е., Корнетова Е.Г., Иванова С.А. Результаты поиска биомаркеров шизофрении. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018. № 2 (99). С. 33-44. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-33-44](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-33-44)
3. Smirnova L, Seregin A, Boksha I, Dmitrieva E, Simutkin G, Kornetova E, Savushkina O, Letova A, Bokhan N, Ivanova S, Zgoda V. The difference in serum proteomes in schizophrenia and bipolar disorder. *BMC Genomics*. 2019 Jul 11;20(Suppl 7):535. doi: 10.1186/s12864-019-5848-1. PMID: 31291891; PMCID: PMC6620192.
4. Shcherbakova I, Neshkova E, Dotsenko V, Platonova T, Shcherbakova E, Yarovaya G. The possible role of plasma kallikrein-kinin system and leukocyte elastase in pathogenesis of schizophrenia. *Immunopharmacology*. 1999 Sep;43(2-3):273-9. doi: 10.1016/s0162-3109(99)00099-5. PMID: 10596863.
5. Parshukova DA, Smirnova LP, Kornetova EG, Semke AV, Buneva VN, Ivanova SA. Igg-Dependent Hydrolysis of Myelin Basic Protein of Patients with Different Courses of Schizophrenia. *J Immunol Res*. 2020 Aug 10;2020:8986521. doi: 10.1155/2020/8986521. PMID: 32851101; PMCID: PMC7439796.

## **Особенности перестройки смыслообразующих мотивов поведения личности у ВИЧ-положительных осужденных в пенитенциарных условиях**

**Писарев О.М.**

**ФКУ ДПО «Томский институт повышения квалификации работников Федеральной службы исполнения наказаний», Томск, Россия**

---

Современные исследователи в области пенитенциарной науки отмечают, что среди психологических особенностей личности ВИЧ-положительных осужденных в местах лишения свободы чаще всего выделяются такие как агрессивность (Чеснокова О.Е., 2003), психопатические черты, детерминирующие совершение самоубийств (Санникова О.Е., 2010), наркотическая зависимость и коморбидные психические расстройства (Гусев С.И., 2010), расстройства личности (Диденко А.В., 2012), депрессивность (Ганишина И.С., 2016), тревожность (Зауторова Э.В., 2019), специфические типы реагирования на сообщение об инфицированности (Молчанова Е.П., Писарев О.М., 2006), явление жизненной дезадаптации (Дмитриева М.К., 2015), синдром госпитализма у инфицированных (Датий А.В., 2014).

Однако для решения многих практических задач пенитенциарного ведомства (сдерживание негативных форм поведения инфицированных, в том числе намеренного распространения ВИЧ, агрессии и аутоагрессии и т.д.), представляется важным изучение смысловой сферы личности с целью выбора направлений и методов консультационной и психокоррекционной работы с данной категорией осужденных и их социальным окружением. Субъективная роль смысловой сферы определяется тем, что она обуславливает процесс саморегуляции личности, основанный на системе ценностей, значимых отношений, сформировавшихся в ходе жизненного пути. Она придает устойчивость поведению индивида, с другой стороны, позволяет адаптироваться к изменениям условий жизни и деятельности. Роль смысловой сферы возрастает в сложной жизненной ситуации, когда возникает не только угроза реализации основных жизненных ценностей, но и самой жизни. Это представляется актуальным в условиях отбывания уголовного наказания, где психологические проблемы, связанные с наличием неизлечимого на сегодняшний день заболевания, усугубляются условиями изоляции: тесная и замкнутая общность, ограниченный круг общения, жесткий распорядок содержания, отсутствие полноценного калорийного питания, нехватка необходимых медикаментов, отсутствие трудовой занятости, невозможность реализации потребностей, имеющих важное смысловое значение (семья, дети, занятие избранной профессией).

В отличие от других людей, для лиц с ВИЧ-инфекцией важными являются те непривычные (не основанные на предыдущем опыте) отношения, которые образуются с микросоциальным окружением (коллективом осужденных, сотрудниками учреждений), так как они представляют собой новую избирательную психологическую связь человека с незнакомыми ранее негативными сторонами пенитенциарной жизни, в первую очередь выражающуюся психологическим реагированием, переживаниями и действиями. Именно эти отношения характеризуют истинную степень интереса, желания, потребности и вид реагирования и выступают мотивом и движущей силой личности.

С данных позиций представляется интересным рассмотрение основных взаимосвязанных характеристик личности: самооценка, мотивация поступков, отношение к окружающим, правилам и содержанию в исправительном учреждении. Представление человека о своем «я», своих умениях и способностях, своем положении в среде осужденных является сложной структурой со многими разнообразными элементами. Образ самого себя играет важную роль при оценке человеком своих возможностей в различных жизненных ситуациях. Если оценка человеком своей работоспособности, внимания, памяти, мышления, уверенности в себе носит субъективный характер, то оценка настроения, аппетита, самочувствия довольно объективно отражает испытываемые им ощущения.

Указанные позиции могут быть использованы пенитенциарными психологами не только для определения самооценки ВИЧ-положительного осужденного, но и для получения дополнительной информации о его психологическом состоянии. Следует отметить, что при всем многообразии взглядов на сущность и природу феномена психологических барьеров рассматриваемой проблемы его главным психодинамическим признаком является негативный полюс психоэмоционального напряжения. При чрезмерном или длительном напряжении в сочетании с комплексом патогномичных predisпозиционных (социально-психологических и клинико-психологических) и провоцирующих (стресс-ситуации) факторов формируются различные по содержанию и вектору направленности психодезадаптивные формы реагирования. Выражением последних является снижение личностной самооценки человека с ВИЧ-инфекцией вплоть до деформации и разрушения личности, суицидальные, аддиктивные и делинквентные формы поведения, а также психосоматические и нервно-психические нарушения.

Как показывает пенитенциарная практика и теоретические разработки в данном направлении, вследствие заболевания у осужденных с ВИЧ-инфекцией до неузнаваемости изменяются перспективы и смыслообразующие мотивы. Происходит переоценка приоритетов жизни – теряют значение какие-либо рутинные мероприятия и возникает чувство освобождения: не делай то, чего не хочется делать, т.е. утрачивает силу мотив долженствования («обязан», «необходимо»), усиливается сиюминутное ощущение жизни, обостряется значимость простых жизненных событий, не замечаемых ранее (смена времён года, дождь, листопад), общение с любимыми людьми становится более глубоким, снижается страх быть отвергнутым, возрастает желание рисковать. С другой стороны, отношение к ним других осужденных, а иногда и представителей администрации пенитенциарного учреждения носит негативный характер. Физическая и психологическая изоляция совместно с серьёзными жизненными испытаниями, такими как болезнь и лишение свободы, порождает у осужденных с ВИЧ-инфекцией депрессивные состояния, агрессивные и аутоагрессивные тенденции, что является дополнительным препятствием для воспитательного воздействия и оказания психолого-коррекционной помощи.

В этой связи психологическая перспектива является основой психокоррекционной работы с ВИЧ-положительными осужденными. В данном случае можно говорить о том, что работа с данной категорией пациентов должна строиться в контексте их социального окружения. Поэтому сотрудники пенитенциарной системы должны понимать, что личные черты характера ВИЧ-положительных осужденных, так же как и социальное окружение, будут оказывать большое влияние на формирование поведенческой модели.

## **Порядок разработки и реализации мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов**

**Порцева И.А.<sup>1</sup>, Уваров И.А.<sup>1, 2</sup>, Канафина А.П.<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup> ГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия**

**<sup>2</sup> ФКУ НИИ ФСИН России, Ижевск, Россия**

**<sup>3</sup> ГБУЗ ПКБ 13 ДЗМ, Ижевск, Россия**

---

Важное место в системе комплексной реабилитации инвалидов занимает реализация мероприятий профессиональной реабилитации, понимаемой как система государственных и общественных мер, направленных на возвращение или включение инвалида в общественно-полезный труд в соответствии с состоянием его трудоспособности, личными склонностями и желаниями, в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда (на прежнем рабочем месте, на новом рабочем месте, в условиях занятости по прежней специальности, посредством профессиональной подготовки, переподготовки с учетом прежних профессиональных навыков, профессионального обучения новой специальности).

Цель профессиональной реабилитации направлена на достижение инвалидом экономической независимости. Нормативными правовыми документами, регламентирующими вопросы трудоустройства инвалидов, являются Трудовой кодекс (ст. 91, 92, 93, 94, 310, 311, 312), Конвенция ООН о правах инвалидов (ст. 27 «Труд и занятость»), Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ, раздел 8 «Главные сферы жизни» – «Работа и занятость»). Профессиональная реабилитация инвалидов рассматривается как «комплекс услуг, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся у инвалида нарушений функций организма и ограничений трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости и интеграции в общество». Положения, касающиеся условий труда инвалидов, регламентированы ст. 23 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», трактуются следующим образом: «инвалидам, занятым в организациях независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, создаются необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации и/или абилитации инвалида» (далее – ИПРА инвалида).

Порядок разработки и реализации ИПРА инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, в том числе мероприятий профессиональной реабилитации, утвержден приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н, обязателен для исполнения, так как зарегистрирован в Минюсте РФ 31.07.2017 № 47579. В мероприятиях по профессиональной реабилитации или абилитации содержатся следующие сведения: 1) профессиональная ориентация; 2) содействие в трудоустройстве; 3) согласие инвалида на обращение к нему органов службы занятости в целях оказания ему содействия в трудоустройстве и подборе подходящего рабочего места; 4) заключение о видах и степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами; 5) рекомендации по оснащению (оборудованию) специального рабочего места для трудоустройства инвалида; 6) рекомендации по производственной адаптации.

Перечень рекомендуемых видов трудовой и профессиональной деятельности инвалидов с учетом нарушенных функций и ограничений их жизнедеятельности представлен в методических рекомендациях, утвержденных приказом Минтруда России от 04.08.2014 г. № 515. В соответствии с п. 2 ст. 24 ФЗ от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» работодатели обязаны создавать инвалидам условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида. При реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) обеспечиваются последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

С 01.01.2016 г. в рамках реализации приказа Минтруда России 723н в Удмуртской Республике принято распоряжение Правительства Удмуртской Республики от 10.05.2016 г. № 566-р «О системе межведомственного информационного взаимодействия при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида). Данным распоряжением определены операторы системы: Минздрав УР, Минобразования УР, Минсоцполитики УР и Минтруда УР (на сегодня это объединенные министерства), Минспорта УР; технический администратор системы БУ УР «Ресурсный информационный центр Удмуртской Республики», а также пользователи системы. С операторами системы заключены соглашения об информационном взаимодействии. С 01.01.2017 г. состав операторов дополнен Фондом социального страхования, которому так же переданы полномочия по обеспечению ТСР и санаторно-курортным лечением.

Функционирует программный продукт, представляющий собой web-ресурс, после авторизации на котором у пользователей отображается список граждан с рекомендованными для них реабилитационными мероприятиями, за реализацию которых отвечает определенный орган исполнительной власти. После того, как пользователь заполнил и закрыл



профиль мероприятия, все служебные данные по выполненным работам попадают в единую для всех ведомств региональную базу данных. Федеральным бюро медико-социальной экспертизы организован защищенный канал связи до программно-аппаратного комплекса БУ УР «Ресурсный информационный центр Удмуртской Республики» с установленным на нем продуктом ИС ИПРА. По данному каналу реализована возможность передачи информации из региональной базы данных Витрина УР в государственную информационную систему ЕАВИИАС МСЭ. Формирование и размещение выписок из ИПРА инвалидов (детей-инвалидов) в ИС ИПРА осуществляется автоматически в ежедневном режиме.

Программный продукт позволяет в электронной форме оперативно предоставлять органам исполнительной власти УР информацию о нуждаемости в реабилитационных мероприятиях, а также предоставлять в ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России информацию об исполнении реабилитационных мероприятий для оценки результатов проведения реабилитационных или абилитационных мероприятий, осуществляемых специалистами бюро при очередном проведении медико-социальной экспертизы инвалида (ребенка-инвалида). Поступающая информация заносится в протокол проведения медико-социальной экспертизы гражданина, тем самым обеспечивая последовательность, комплексность и непрерывность в осуществлении реабилитационных или абилитационных мероприятий, динамическое наблюдение и контроль за эффективностью проведенных мероприятий.

Таким образом, эффективно проведенная профессиональная реабилитация и дальнейшее рациональное трудоустройство экономически выгодны как самому инвалиду, так и государству. Необходимо совершенствование комплексной системы реабилитации инвалидов в части организации и развития эффективного межведомственного взаимодействия всех заинтересованных сторон на пути интеграции инвалидов в сферу труда и общество.

## **Необходимость качественного образования для формирования гармоничной личности и укрепления психического здоровья**

**Примышева Е.Н., Репинская И.Н., Макарова Л.А., Сысоева К.Ю.**

**Медицинская академия им. С.И. Георгиевского (структурное подразделение), ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Республика Крым**

---

**Актуальность проблемы.** Во все времена человеческой истории образованию подрастающего поколения уделялось особенное внимание. В наиболее развитых государствах эпохи Древнего мира образование играло не менее важную роль, чем в современном обществе. Ещё со времен античности замечено, что прогресс развития общества, процветание страны и структура общественных процессов в разные периоды зависят от воспитания и образования отдельных поколений. Чрезвычайно большое значение в обществе придавалось общему образованию, содержанию и качеству знаний, что рассматривалось как результат овладения основами наук, необходимых человеку для понимания основных явлений природы и законов общества, плодотворного участия в общественной и трудовой деятельности. Это фундаментальный принцип для получения профессионального образования и его непрерывности. Потребности жизни и развития общества являются основой для возникновения тех или иных научно-практических отраслей, в том числе дидактики и педагогики.

**Цель.** Изучить взаимосвязь качественного образования с позиций формирования психически устойчивой личности. Сделать обоснованно-доказательный вывод об эффективности полноценного образования в плане сохранения и укрепления психического здоровья взрослых и детей.

**Материалы и методы.** Анализ данных открытых источников по научным интернет-ресурсным сайтам информационно-поисковых систем и тематическим базам литературы, доступных публикаций по данной теме.

**Результаты исследования.** Образование определяется как «процесс развития и саморазвития личности, единый целенаправленный процесс воспитания и обучения, совокупность приобретаемых знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта деятельности. Основным путем его получения – обучение и самообразование». Основная цель образования заключается в формировании всесторонне развитой личности, подготовленной к сохранению и развитию материальной и духовной культуры общества. Образование и педагогика неразрывно связаны между собой.

Педагогика (по определению В.С. Безруковой) – это наука о воспитательных отношениях, направленных на развитие человека. Это наука о закономерностях воспитания, образования, обучения, социализации и творческого саморазвития человека, умеющего применять полученный багаж знаний в жизни. Предмет педагогики – это образование, как реальный целостный педагогический процесс воспитания гражданина, целенаправленно организуемый в специальных институтах (семье, образовательных и культурно-воспитательных учреждениях). Педагогика в неразрывном единстве связана не только с психологией, но и с образованием человека, его устремленностью раскрыть и реализовать свой резервный внутренний потенциал. С социально-психологической точки зрения, воспитание – деятельность по передаче новым поколениям накопленного общественно-исторического опыта (в широком смысле слова). В узком смысле – планомерное и целенаправленное воздействие на сознание и поведение людей с целью формирования определенных установок, принципов, ценностных ориентаций, обеспечивающих необходимые условия для его развития, подготовки к жизни и труду. Организация воспитания предусматривает развитие субъективного мира человека, содействуя осознанному принятию им общечеловеческих ценностей, инициативности и самостоятельности в обществе, формированию системы мировоззрения, преемственности и продолжению традиций в профессиональной сфере, уважительному сохранению национального самосознания и национальных достижений культуры страны.

По данным психологических исследований, именно в семье формируются духовно-нравственные ценности, соответственно гуманность рассматривается как важная характеристика интеллектуальной личности. Формирование гуманности является важной задачей нравственного воспитания человека и становления всесторонне развитой личности. Понятие «образование» включает в себя ответственное отношение к своему здоровью и правильному образу жизни. По определению ВОЗ «здоровье» – это не только отсутствие болезни или физических дефектов, но и полное физическое, душевное (психическое) и социальное благополучие». Определение понятия «здоровье» (норма) является комплексным и зависит от многих факторов (от состояния развития общества, от условий пребывания индивида, его возраста и др.). Здоровье, как целостное состояние, включает параметры физического и психического развития, общую благоприятную оценку психического и физического здоровья, диалектику взаимоотношений организма и окружающей среды, адекватность физического воспитания и развития интеллектуальной сферы, степень социальной реализованности и успешности. Согласно холистической модели, существует три уровня здоровья человека: социально-нравственный, психический и физический. Эффективное функционирование здоровой личности возможно только во взаимодействии культурных, социальных и экологических факторов и условий.

**Выводы.** Психическое здоровье является структурной составляющей здоровья нации в целом и каждого члена общества в частности. Одно из определений психического здоровья трактует это понятие как систему со сложной многоуровневой структурой. При этом уровень личностного здоровья, «отвечающий» за планирование и реализацию жизненных целей, правильное и адекватное отношение к миру и самому себе, оказывает влияние на остальные уровни.

## **Перспективы практического использования периферических маркеров окислительного стресса при алкоголизме**

**Прокопьева В.Д.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Первостепенная роль окислительного стресса в патогенезе алкогольной зависимости доказана многочисленными исследованиями [1, 2, 3]. В научной литературе в качестве биомаркеров алкогольной зависимости предлагается использовать параметры, характеризующие окислительный стресс [3, 4, 5]. К периферическим маркерам окислительного стресса относят и продукты окислительной модификации биомакромолекул, циркулирующих в крови: белков (карбонилы белков), липидов (продукты ПОЛ), ДНК (8-гидрокси-2'-дезоксигуанозин).

Многолетнее изучение этих показателей окислительного стресса у больных алкоголизмом показало их большую ценность для выявления наиболее перспективных соединений с антиоксидантным и комбинированным (нормотимическим, нейропротекторным, антиоксидантным) действием, которые могут стать основой разработки эффективных инновационных препаратов для лечения пациентов с алкогольной зависимостью.

Проблема разработки инновационных препаратов с комбинированным действием является актуальной, поскольку такие лекарственные средства могут обладать рядом полезных свойств, сочетание которых позволит решать сразу несколько задач. К числу этих относятся снижение патологического влечения к алкоголю, коррекция психических и соматических нарушений, стабилизация настроения, устранение или уменьшение биохимических нарушений в клетках, снижение выраженности окислительного стресса. При этом будет сокращена нагрузка фармацевтических препаратов на организм, что позволит избежать полипрагмазии, представляющей в настоящее время особую проблему.

Измерение периферических маркеров окислительного стресса – продуктов окислительной модификации биомакромолекул проводили на базе НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН с соблюдением принципов информированного согласия Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской Ассоциации и получением разрешения локального этического комитета при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ на проведение исследований с участием людей. Экспериментальные результаты этой работы опубликованы в престижных отечественных журналах: Биомедицинская химия, в том числе в английской версии журнала Biochemistry (Moscow) Supplement Series B Biomedical Chemistry (2019), Патологическая физиология и экспериментальная терапия (2020), Сибирский вестник психиатрии и наркологии (2019), Наркология (2020), а также в высокоцитируемых зарубежных изданиях: National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology (2018), Psychopharmacology Bulletin (2020).

В работе изучены свойства нескольких соединений на основе солей лития. В качестве анионного компонента у солей лития при исследовании применяли субстраты цикла Кребса. Соли для данного исследования были синтезированы на кафедре физической и аналитической химии Томского политехнического университета [5]. Проведено тестирование пирувата лития, сукцината лития, fumarата лития. Карнозин использовали как препарат сравнения с антиоксидантным эффектом, аскорбат лития – как соль, анионный компонент которой может проявлять как про-, так и антиоксидантные свойства. Использовали в качестве сравнения также карбонат лития, поскольку эта соль является основой большинства применяемых в медицинской практике препаратов лития.

Эксперименты, проведенные на фоне токсического действия этанола, показали, что исследованные соли лития не имеют собственного повреждающего действия на биомолекулы плазмы крови как у здоровых лиц, так и у больных алкоголизмом. При этом соли лития продемонстрировали различный защитный потенциал для биомолекул крови здоровых лиц от повреждающего действия этанола.

Статистически значимые эффекты защиты от окислительной модификации этанолом белков и липидов плазмы крови выявлены у сукцината лития и аскорбата лития. Эффект этих соединений сопоставим с эффектом карнозина и карбоната лития. На концентрацию продукта окисления ДНК плазмы крови соли лития не оказывали значимого эффекта не только у здоровых лиц, но и у больных алкоголизмом, что может свидетельствовать об отсутствии как токсического, так и протекторного действия изучаемых препаратов на ДНК в условиях эксперимента. Таким образом, измерение продуктов окислительной модификации биомакромолекул плазмы крови больных алкоголизмом показало их перспективность для выявления соединений, обладающих наибольшим антиоксидантным потенциалом, что имеет важное значение для разработки в будущем новых эффективных импортозамещающих лекарственных средств для лечения больных алкоголизмом.

#### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Прокопьева В.Д., Иванова С.А., Ветлугина Т.П., Епимахова Е.В., Плотников Е.В., Ярыгина Е.Г., Бойко А.С. Окислительный стресс и его коррекция у больных алкогольной зависимостью (итоги исследований в НИИ психического здоровья Томского НИМЦ). Вопросы наркологии. 2018. № 3 (163). С. 27-59.
2. Прокопьева В.Д., Тюлина О.В., Пыгина Л.П., Бохан Н.А. Нарушение морфологии эритроцитов и окислительная модификация белков теней эритроцитов и плазмы крови при алкоголизме. Вопросы биологической, медицинской и фармацевтической химии. 2005. № 2. С. 13-17.
3. Parthasarathy R, Kattimani S, Sridhar MG. Oxidative stress during alcohol withdrawal and its relationship with withdrawal severity. *Indian J Psychol Med.* 2015 Apr-Jun;37(2):175-80. doi: 10.4103/0253-7176.155617. PMID: 25969603; PMCID: PMC4418250.
4. Coccini T, Ottonello M, Spigno P, Malovini A, Fiabane E, Roda E, Signorini C, Pistarini C. Biomarkers for alcohol abuse/withdrawal and their association with clinical scales and temptation to drink. A prospective pilot study during 4-week residential rehabilitation. *Alcohol.* 2021 Aug;94:43-56. doi: 10.1016/j.alcohol.2021.04.004. Epub 2021 Apr 19. PMID: 33887366.
5. Plotnikov E, Korotkova E, Voronova O. Lithium Salts of Krebs Cycle Substrates as Potential Normothymic Antioxidant Agents. *J Pharm Bioallied Sci.* 2018 Oct-Dec;10(4):240-245. doi: 10.4103/JPBS.JPBS\_140\_18. PMID: 30568382; PMCID: PMC6266639.
6. Ветлугина Т.П., Прокопьева В.Д., Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ярыгина Е.Г., Мандель А.И., Кисель Н.И. Поиск биологических факторов, ассоциированных с устойчивостью терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 2 (111). С. 5-12. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2\(111\)-5-12](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2(111)-5-12)

Данное исследование поддержано грантом Российского научного фонда (проект № 17-75-20045 «Действие органических солей лития на клетки и плазму крови больных с расстройствами аффективного спектра и синдромом зависимости»).

## **Аутоагрессия у заключенных под стражу лиц**

**Пронин С.В.<sup>1</sup>, Чухрова М.Г.<sup>1</sup>, Ефимов В.Н.<sup>2</sup>, Гусев С.И.<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО Новосибирский государственный педагогический университет**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО Новосибирский государственный университет экономики и управления, Новосибирск, Россия**

**<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный институт культуры», Кемерово, Россия**

**Актуальность исследования.** Самоповреждения и аутоагрессивное поведение вплоть до самоубийства у подследственных и осужденных лиц – распространённое явление в современном обществе, несмотря на превентивные мероприятия и надзор [1, 2, 3]. Аутоагрессия, согласно концепции Долларда и Миллера, является поведенческим ответом на фрустрацию, связанную с фактом лишения свободы. Суицид в большинстве случаев связан с нарушением психофизической адаптации: во-первых, сам факт совершения противоправных действий свидетельствует о социальной дезадаптации личности, во-вторых, условия пребывания в пенитенциарных учреждениях и тот микросоциум, который ему сопутствует, зачастую являются экстремальными для человека и требуют адаптивной перестройки. В большей степени это касается лиц, впервые в жизни лишенных свободы. Диагностика и прицельная профилактика аутоагрессивного поведения у заключенных под стражу лиц является актуальной задачей пенитенциарной психологии.

**Цель исследования:** разработка неинвазивного метода мониторинга психофизического состояния заключенных с целью выявления групп риска аутодеструктивного и суицидального поведения.

**Материал и методы.** Дизайн исследования: открытое, ретроспективное, нерандомизированное. Критерии включения в исследование: все лица, вошедшие в группу риска (ГР) по заключению психолога колонии (n=25). Группа контроля (ГК) была отобрана случайным методом (n=25). Диагностика проводилась в рамках обычного ЭКГ-тестирования, т.е. применялась целевая скрытность обследования. На основе вариабельности сердечного ритма проведены оценка вегетативного баланса и исследование общей вариабельности с применением статистического и спектрального анализа сердечного ритма. Данные по ВСР были получены с помощью пульс-детектора. Фоновая (исходная) запись проводилась в условиях покоя в течение не менее 5 минут. Необходимые для изучения спектральные показатели ВРС (Hf, Lf, VLf, Hfn, Lfn, Tr) записывались и рассчитывались в течение 9 минут (три периода по 3 минуты) в покое (положение сидя). Математическая обработка результатов проводилась в соответствии с российскими и европейско-американскими рекомендациями по анализу вариабельности сердечного ритма. Конечный результат формировался на основании методологии теории удовлетворения ограничений и программирования в ограничениях.

Параллельно проводилось исследование патопсихологических изменений на основе оценки депрессивных реакций (Beck's Depression Inventory, 1961) по опроснику Бека из 20 тестовых шкал, позволяющих после их количественной обработки определить уровень депрессии и близких к ней состояний. Выявлены структура и степень взаимосвязи психоэмоционального состояния с вегетативным дисбалансом. В дифференциальной диагностике суицида или депрессии, вызванной ограничением свободы, использована статистическая методика расчета площади под ROC-кривой (Area Under Receiver Operating Characteristic Curve – AUC). Основа методологии: экстраполяция дискретных оценок на краткосрочные и среднесрочные прогнозы уровня аутоагрессии. Исследуемые переменные были протестированы на нормальность распределения с помощью визуальной оценки гистограмм. Применялись параметрические и непараметрические методики статистического анализа. Преимуществом методики: неинвазивность, высокая степень стандартизации и сравнимость результатов, гомеостатичность измерений.

**Результаты и обсуждение.** Социально-психологические характеристики в сравниваемых группах статистически значимо не различались. Образование менее 9 классов (здесь и далее приводятся показатели в ГР и ГК) 44%/12%; 10-11 классов – 24%/20%; колледж – 32%/46%; вуз – 0/3%, ученая степень 0/1чел. Дублирование классов в школе – 20%/32%. Состояли в инспекции по делам несовершеннолетних – 48%/28%. Количество судимостей (первая) – 48%/52%. Воспитание в полной семье – 52%/68%. Лишение родительских прав – 16%/4%. Перенесенные в прошлом психические заболевания – 24%/4%. Наблюдались у психиатра – 32%/8%. Попытки аутоагрессии – 44%/0%. Самоубийства знакомых – 25%/8%. Часто присутствуют мысли о самоубийстве («да») – 4,2%/0%. Переносили издевательства со стороны заключенных («да») – 12,5%/4%. Испытывали принуждение к гомосексуальным связям («да») – 4%/0. Пробовали раньше наркотики – 48%/44%. Употребление спиртных напитков по праздникам – 86,7%/82%, раз в неделю и чаще – 24%/32%, раз в месяц – 88%/74,7%. Эпизодическое употребление спиртных напитков – 12%/8%. Систематическое употребление алкоголя – 24%/8%. Систематическое употребление алкоголя, приближающееся к состоянию алкогольной зависимости 4%/4%. Распределение по составу преступлений УК РФ: ст. 132 половые – 12%/0%, посягательства на жизнь и здоровье (ст. 105 и 111) – 6%/4%, разбойные нападения (ст. 162) – 8%/8%, завладение автомобилем (ст. 166) – 0%/1%, кражи (ст. 158) – 12%/32%, легализация доходов (ст. 174) – 0/4%, ложное сообщение о теракте (ст. 207) – 4%/0, автоаварии с человеческими жертвами (ст. 264) – 4%/0%. Действия, связанные с наркотиками (ст. 228) – 5%/5%. Попытки самоубийств в анамнезе – 44%/0. Уровень зависимости от никотина по Фагерстрому: невысокая – 84%/84%, высокая – 16%/16%. Черепно-мозговые травмы в анамнезе (коморбидность) – 50%/44%.

При анализе ВСП в основной группе (риска) у осужденных с проявлениями аутоагрессии выявлены положительные и отрицательные средние и высокие корреляционные связи со шкалами теста-опросника депрессии Бека: неудовлетворенность, настроение, идеи самообвинения, суицидальные мысли, нарушение социальных связей (от +0,485 до 0,889). Известно, что психоэмоциональная жизнь индивида имеет высокую сопряженность с функционированием сердечно-сосудистой системы. Многочисленными исследованиями показано, что психоэмоциональные и сердечно-сосудистые дисфункции имеют высокие корреляционные связи. При этом вариабельность сердечного ритма подвержена воздействию разных неадаптивных психических состояний, а также реагирует на происходящие изменения уровня катехоламинов при стрессе (Crowell et al., 2005; Mendez et al., 2013; Chang et al., 2014). Ранее нами было показано, что у наркотических аддиктов существуют определенные predispositions, тесно связанные с ВСП, указывающие на высокий суицидальный риск [3]. Также обнаружена взаимосвязь суицидальной predisposition и вариабельности сердечного ритма у заключенных под стражу лиц. Снижение вариабельности ВСП или снижение вариабельности между ударами последовательных сокращений сердца может выступать маркером суицидальной активности.

**Заключение.** Таким образом, имеется неинвазивная и скрытная от испытуемых возможность контроля психоэмоционального состояния, предсказания неблагоприятных реакций с последующей возможностью своевременных психокоррекционных мероприятий и контроля социально-средовой реабилитации.

#### **Список литературы**

1. Бохан Н.А., Гусев С.И., Иванова С.А., Гаврилова В.А., Трифонов О.И., Трофимова М.В. Клинические и психологические факторы прогноза и превенции агрессии у осужденных: методические рекомендации. Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. 40 с.
2. Диденко А.В., Писарев О.М., Мальцева Е.А. Характеристика проагрессивных факторов, влияющих на агрессивное поведение осужденных, отбывающих уголовные наказания в местах лишения свободы за сексуальные преступления. Психология и право. 2021. Т. 11, № 1. С. 48-62. DOI: 10.17759/psylaw.2021110105
3. Пронин С.В., Чухрова М.Г. Трансдиагностические биомаркеры в оценке суицидальной predisposition у наркотических аддиктов. Суицидология. 2018. Т. 9, № 4 (33). С. 109-118.

## **Осведомленность и отношение населения к проблеме интеграции в общество людей с аутизмом**

**Проценко Д.И.<sup>1</sup>, Гуткевич Е.В.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Актуальность.** Социальная значимость повышения уровня общественной грамотности в современном мире всё чаще распространяется на тему дискурса о расстройствах аутистического спектра, так как одной из задач технического прогресса в равнозначной мере будут являться и общественный прогресс для улучшения качества жизни, и развенчание существующих стигм вокруг понятия «аутизм», негативно влияющих как на качество социальной адаптации людей с данным диагнозом, так и на их взаимоотношения в социуме (Alsehem M.A. et al., 2017; Dillenburger K., 2013). Исследован уровень знаний об аутизме в кросс-культурных группах населения, получены данные о личностных взглядах на вопрос инклюзивности (Богачева О.И., Иванов М.В., Симашкова Н.В., 2019; Ситкина М.Г., Комачева О.А., 2019; Alshaigi K. et al., 2020). Факторами, препятствующие действенным мерам для социального и психологического развития лиц с аутизмом, остаются трудности установления контакта не только со сверстниками, но даже и в семье, непонимание или нежелание понимать и разделять интересы, отсутствие логопедических мер, упражнений когнитивных аспектов, работ с чувствами и эмоциями (Багауова А.Ф., 2019; Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В., 2021; Altay M.A., 2019).

Для упразднения данных препятствий и дальнейшего нормативного развития необходимы процессы увеличения квалифицированных специалистов, компетентных в проблеме аутизма, и повышения степени участия и информированности всех членов общества, роста толерантности и терпимости в социуме к лицам с аутизмом.

**Цель исследования:** получить данные в цифровом интернет-пространстве в сфере осведомленности населения по вопросам аутизма и инклюзивности образования.

**Материалы и методы.** С помощью программы для администрирования опросов Google Forms составлен электронный опросник из трех разделов, включающий вопросы: демографические (7), открытые (4), закрытые (2 – с возможностью выбора нескольких вариантов ответа, 6 – с выбором одного варианта ответа из списка без возможности дать дополнительный комментарий, 4 – с выбором одного варианта ответа из списка с возможностью дать дополнительный комментарий к ответу). Полученные данные статистически обработаны. Выборка сформирована посредством опроса в информационной сети интернет на основании личного желания респондента принять участие. Выборка онлайн-опроса (n=113), включала 72 женщины и 41 мужчину в возрасте от 17 до 62 лет, средний возраст 41,03 года. Исследование проводилось с 26 апреля 2021 г. по 6 мая 2021 г.

**Результаты.** Преобладающее число (75,2%) респондентов считают, что уровень интеллекта у людей с аутизмом зависит от диагностированного расстройства аутистического спектра. Остальная часть респондентов считает, что: а) уровень интеллектуальных способностей людей с аутизмом не отличается от уровня умственно-аналитических возможностей у людей без диагноза (15,9%); б) явно выше, чем у людей без диагноза (7,1%); в) явно ниже, чем у людей без диагноза (1,8%). Отвечая на вопрос об этиологии аутизма, большинство респондентов (91,2%) отмечают врожденные причины, хотя остальные (8,8%) считают, что некоторые внешние факторы постнатального периода развития могут влиять на формирование аутизма. Большинство респондентов (89,4%), отвечая на вопрос о возможности улучшения качества жизни и дальнейшей самостоятельной жизнедеятельности лиц с аутизмом, согласны с тем, что с помощью специализированных терапевтических развивающих программ возможно повышение качества их жизни.

В вопросе понимания различий между терминами «аутизм» и «расстройства аутистического спектра» (с возможностью выбора нескольких вариантов ответа из заданного списка) более трети (34,5%) респондентов выбрали ответы о различиях данных диагнозов в проявляемой степени тяжести в когнитивно-поведенческом аспекте, ещё такая же (34,5%) доля ответов отражает различия по степени тяжести адаптации и социализации в общество человека на ранней стадии развития, 16,8% ответов – различия заключаются в проявляемых интеллектуальных способностях, 3,5% ответов – имеются различия в уходе за человеком, в какой-либо мере лишенного возможности самообслуживания. 27,4% опрошенных затруднились ответить на данный вопрос.

В серии вопросов-утверждений отражены стигматизированные в обществе убеждения относительно аутизма, искажающие общественное восприятие людей с диагнозом и, следовательно, отношение к таким людям: более половины респондентов (53,1%) не видит зависимой частоты распространения диагноза в современных условиях. Более того, преобладающее большинство (92,9%) респондентов не считают необходимым обязательное воспитание у детей с диагнозом такого поведения, которое бы соответствовало общепринятым нормам. Более половины (59,3%) участников анкетирования не считают, что такой «модный» диагноз диагностируется в детском возрасте только из-за эксцентричности и неординарности поведения. 69% опрошиваемых считают, что аутизм не лишает человека эмпатии или возможности так же, как и другие, испытывать эмоции.

В вопросе, предполагавшем возможность выбора нескольких вариантов ответа (возможные поводы для обращения к специалисту для постановки точного диагноза исходя из проявляемой симптоматики), большая часть (85,8%) респондентов основным симптомом считали отсутствие ответных реакций при предполагающемся взаимном контакте (улыбка, взгляд, смех и т.д.), 63,7% – трудности установления зрительного контакта, 61,9% – аутостимуляция (повторяющиеся действия: взмахи, прыжки, раскачивания), 57,5% – трудности в речевой деятельности.

В вопросе о личном отношении опрашиваемых к инклюзивному подходу в образовательной и общественной деятельности две трети (75,4%) респондентов допускают возможность инклюзивного образования, при этом некоторые положительные ответы дополнены комментариями: «если это не мешает здоровым людям», «в определённой степени да», «в зависимости от тяжести заболевания да» и др. На вопрос о возможности людей с диагнозом аутизма вести полноценную жизнедеятельность, не имеющую отличий от жизненного процесса и функционирования людей без диагноза, большинство (93,2%) респондентов дали положительный ответ, при этом многие дополнительные пояснения отражают зависимость данного вопроса от степени тяжести проявляемой симптоматики: «в нашем обществе им сложно, но, по идее, для них должна быть создана возможность», «в зависимости от тяжести состояния», «да, но это исключение» и др.

**Выводы.** Большинство участников онлайн-опроса причинами возникновения расстройств аутистического спектра считают как генетические факторы, так и внешние тератогенные, а само понятие «аутизм» расценивают как болезнь либо как особенность в зависимости от личных убеждений респондента. Среди особенностей поведения людей с аутизмом отмечают множество форм повторяющегося или ограниченного поведения и сниженную коммуникативную активность, чаще всего обозначаемую словом «замкнутость». Большая часть респондентов не имеют представления о том, что диагноз «аутизм» имеет медицинскую классификацию и делится на группы в зависимости от степени тяжести, а также отмечают отсутствие личного опыта взаимодействия с людьми с диагнозом аутизма. Люди, имевшие опыт взаимодействия, либо безоценочно описывают сам факт личного опыта, либо расценивают свой опыт как благоприятный и позитивный. Люди, имевшие скорее негативный опыт взаимодействия с людьми с расстройством аутистического спектра, чаще отмечают невозможность установления с ними контакта и выстраивания взаимодействия. В вопросе инклюзивности образования большинство респондентов допускают возможность совместного обучения и деятельности, но при этом часто указывают на фактор сохранности общей безопасности. Таким образом, получены новые знания о степени информационной осведомленности населения об аутизме.

## **Динамика изменения показателей структурно-функционального II (информационного) блока головного мозга у детей с аутизмом**

**Пустовая А.В.<sup>1, 2</sup>**

<sup>1</sup> **Томский государственный университет, Томск, Россия**

<sup>2</sup> **Психолого-дефектологический центр «Мир семья», Новосибирск, Россия**

**Введение.** Основываясь на данных изучения нарушений психической деятельности человека на фоне разнообразных локальных поражений центральной нервной системы, А.Р. Лурия (1963) предложил общую структурно-функциональную модель головного мозга, в соответствии с которой головной мозг может быть представлен как совокупность трех основных блоков, имеющих собственное строение и значение в психическом функционировании: I блок мозга – тонуса коры и энергетический блок мозга, II блок – приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, III блок – программирования, регуляции и контроля за психической деятельностью.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 48 детей с психическими расстройствами (рубрики F84.0, F84.1, F84.5 по МКБ-10). Исследование проведено в два этапа: на первом этапе обследование детей проводилось на первичном приеме по данным наблюдения и выполнения ребенком диагностических проб, средний возраст детей на этом этапе составил  $5,75 \pm 2,61$  года; на втором этапе обследование детей проводилось на первичном приеме по данным наблюдения и выполнения ребенком диагностических проб после 12 месяцев психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), средний возраст детей на этом этапе составил  $6,82 \pm 2,64$  года.



С целью определения показателей уровня развития II блока головного мозга были использованы методики «Нейропсихологическая диагностика детей дошкольного возраста» (Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е., 2008) и «Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста» (Глозман Ж.М., Соболева А.Е., 2014), в которой диапазон оценок за выполнение каждой пробы варьирует от 0 до 3 баллов (0 баллов соответствует лучшему выполнению, 3 балла – худшему выполнению). Методики исследования II блока мозга включали следующие оценки: праксис позы пальцев, предметный гнозис, акустический гнозис, понимание логико-грамматических конструкций, слухоречевая память, зрительная память. Сравнительный анализ показателей по итогам первого и второго этапов исследования проводилось с использованием критерия Пирсона в программе SPSS Statistics 23.

**Результаты.** По результатам оценки состояния функций II блока головного мозга, полученным на первом этапе исследования, для каждого ребенка была составлена индивидуальная психокоррекционная программа, включающая технологии развития мелкой и крупной моторики во время игры или пения, зрительного восприятия с привлечением наглядно-образных методик, фонетико-фонематического слуха с формированием фонематического восприятия, речевых навыков (сказкотерапия, артикуляционная и пальчиковая гимнастика), обогащение активного и пассивного словаря путем расширения связей с окружающим миром, памяти, внимания и мышления (выполнение упражнений по визуализации информации).

В таблице 1 представлен сравнительный анализ данных показателей II блока головного мозга у детей с аутизмом.

**Таблица 1. Динамика показателей II блока головного мозга (до и после проведения психокоррекционной программы)**

Методика исследования II блока головного мозга	Психокоррекционная работа (n=48) M±S	
	До проведения	После проведения
Праксис позы пальцев	2,68±0,51	2,59±0,58
Предметный гнозис	2,61±0,58	2,44±0,50
Акустический гнозис	2,64±0,48	2,32±0,40
Понимание логико-грамматических конструкций	2,59±0,59	2,58±0,61
Слухоречевая память	2,57±0,63	2,51±0,66
Зрительная память	2,58±0,62	2,53±0,67

Примечание: M – среднее арифметическое отклонение; S – среднее квадратическое отклонение различий; n – число испытуемых. Уровень достоверности различий:  $p \leq 0,05$  для обеих групп обследованных по всем шкалам.

**Заключение.** Согласно результатам первого этапа обследованные дети получили высокие баллы по всем проведенным пробам, что говорит о недостаточном уровне сформированности у них II функционального блока головного мозга. По результатам второго этапа исследования после 12-месячной психокоррекционной работы положительная динамика отмечена по всем показателям уровня развития II блока мозга в виде улучшения зрительной, слуховой и тактильно-кинестетической модальностей. Вместе с тем наибольшая положительная динамика отмечается в таких сферах как предметный и акустический гнозис (представление о форме, величине, цвете, цветные, контурные, недорисованные изображения).

Сравнительный анализ данных в ходе исследования показателей уровня развития показателей II функционального блока головного мозга показал качественное улучшение вербальных и невербальных психических процессов, а также запоминания, сохранения и воспроизведения информации, что свидетельствует об эффективности применения персонализированных индивидуальных программ для коррекции выявленных нарушений при детском аутизме и необходимости проведения дальнейшей психокоррекционной работы.

## **Взаимосвязь выраженности симптома ангедонии и снижения социальной адаптации пациентов с аффективными расстройствами**

**Рощина О.В., Счастный Е.Д.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**Актуальность.** Биопсихосоциальная модель психических расстройств на сегодняшний день является основным методом исследовательского подхода в психиатрии. Комплексный взгляд на природу психических расстройств лежит в основе многих современных стратегий здравоохранения (Незнанов Н.Г. и др., 2020). Сложно переоценить вклад микро- и макросоциальных факторов в развитие аффективных расстройств. С учетом многоуровневого генетического, биологического и личностного контроля социальный дистресс может приобретать критическое значение для уязвимого индивидуума. Прослеживается взаимосвязь между снижением социальной адаптации и симптомами тревоги и депрессии даже у пациентов в состоянии клинической ремиссии (Spremo M., Veselić N., Selimbašić Z., 2017). Важным компонентом снижения функционирования в обществе является социальная ангедония – отсутствие удовольствия от социальных взаимодействий, наблюдающееся при многих психических нарушениях: например, при шизофрении или депрессии (Barkus E., Badcock J.C., 2019). При аффективной патологии её выраженность напрямую связана с худшим клиническим прогнозом (Atherton B D., Nevels R.M., Moore M.T., 2015). Таким образом, значительный интерес представляет исследование вклада ангедонии и нарушений социальной адаптации в клиническую картину течения расстройств настроения для разработки оптимального подхода к их терапии.

**Цель.** Изучить выраженность ангедонии и нарушения социальной адаптации у пациентов, страдающих аффективными расстройствами, и выявить их взаимосвязи.

**Материалы и методы.** Исследование выполнено в отделении аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ по теме ПНИ 0421-2020-0013 «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов её эффективности» (Протокол ЛЭ-Ка № 126 от 21 ноября 2019 г., Дело № 126/7.2019), согласно протоколу, утвержденному ЛЭК НИИ психического здоровья (Дело № 129/6.2020). Обследовано 60 пациентов в возрасте от 18 до 63 лет с диагнозом, отвечающим диагностическим критериям депрессивного эпизода (F31, F32, F33) или дистимии (F34.1). Все пациенты подписали форму информированного добровольного согласия. В исследовании использованы психометрические опросники: Шкала самооценки социальной адаптации SASS (Bosc M., Dubini A., Polin V., 1997) и Шкала оценки выраженности ангедонии SHAPS (Snaith R. P. et al., 1995) при поступлении и через 4 недели лечения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением программного обеспечения SPSS Statistics. Количественные данные в обследуемой выборке, не соответствующие нормальному закону распределения (критерий Шапиро-Уилка), представлены в виде медианы, нижнего и верхнего квартилей Me (Q1; Q3). При проверке нулевой гипотезы критический уровень значимости принят  $p=0,05$ .

**Результаты.** Пациенты исследуемой группы при поступлении демонстрировали выраженное снижение самооценочного уровня социальной адаптации по шкале SASS: 32 (26; 27) балла, что соответствует показателям «затрудненной» социальной адаптации (23–35 баллов), через 4 недели он составил 37 (30; 42) баллов, что говорит о «нормальном» значении (36–55 баллов) ( $p=0,001$ , критерий Уилкоксона). Уровень ангедонии составил 2 (0; 8) балла при поступлении и 0 (0; 2) баллов при выписке ( $p=0,001$ , критерий Уилкоксона).

Корреляционный анализ по Спирмену продемонстрировал статистически значимые взаимосвязи между выраженностью симптома ангедонии и степенью нарушения социальной адаптации пациента (табл. 1).

**Таблица 1. Корреляции по Спирмену выраженности ангедонии по шкале SHAPS и самооценочного уровня социальной адаптации по шкале SASS у пациентов с расстройствами настроения**

Корреляция по шкалам SASS и SHAPS	При поступлении	При выписке
$r$ (критерий Спирмена)	$r=-0,627, p=0,001$	$r=-0,419, p=0,001$

По итогам исследования сделано заключение: чем сильнее был выражен симптом ангедонии в клинической картине психического состояния пациента, тем ниже была его субъективная удовлетворенность собственным уровнем адаптации в социуме.

**Выводы.** При аффективных расстройствах наблюдается снижение социальной адаптации, оцениваемой по шкале SASS, и способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности (выраженность ангедонии, оцениваемая по шкале SHAPS). Данные проявления находятся в корреляционной взаимосвязи как до, так и после получения специфической антидепрессивной терапии. Таким образом, комплексный терапевтический подход к лечению расстройств настроения должен включать, помимо коррекции основных клинических проявлений болезни, мероприятия по реабилитации и улучшению социального функционирования указанной когорты пациентов.

## **Особенности социального восприятия больных истерическим неврозом**

**Руденко С.Л.**

**Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород, Россия**

**Введение.** По результатам клинико-эпидемиологических исследований в последние годы отмечаются высокая распространенность расстройств непсихотического уровня и рост числа лиц с классической формой невроза – истерическим неврозом. Возрастает частота регистрации истерического развития личности (Сидоров П.И. и др., 2001; Подольский В.В. и др., 2007; Черемин Р.А., 2012; Бохан Н.А., Лукьянова Е.В., Лебедева В.Ф., 2016; Кучеренко В.З., 2019; Thiam M.M., Gueye M., 2005; Gutkevitch E.V. et al., 2017; Henderson L., Yue Q.Y., 2020). В связи с патоморфозом нозоспецифических сенсаций актуальны трудности их дифференциации с неврозоподобными симптомами эндогенного плана (Григорян С.Р., 2019; Косенко В.Г. и др., 2020; Bretan O. et al., 2001; Deuschl G. et al., 2018). Приобретает первостепенное значение ранняя дифференциальная диагностика. Настоящее исследование направлено на изучение особенностей социального восприятия больных истерическим неврозом в качестве дополнительного маркера данной нозологии. Поиск нарушений открывает возможность полноценного функционирования в обществе и снижения темпов инвалидизации изучаемого контингента.

**Гипотеза исследования.** У больных истерическим неврозом проявляется отчетливое нарушение социального восприятия, взаимосвязанное с клинико-психопатологической симптоматикой.

**Цель исследования.** Определение особенностей социального восприятия на выборке ( $n=120$ ) пациентов с истерическим неврозом.

**Материалы и методы.** Инструментарий оценки клинико-психопатологического статуса составили психометрические опросники: Опросник для выявления и оценки невротических состояний К.К. Яхина, В.Д. Менделевича и Шкала социальной ангедонии М.И. Екцблед, L.G. Chermen, M. Mishlove в адаптации О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой. Социальный интеллект изучен посредством использования тестов «Распознавание эмоций» Н.Г. Гаранян, «Поза и жест» Н.С. Курека, «Социальный интеллект» J.P. Guilford, M.O. Sullivan в адаптированном варианте Е.С. Михайловой. Обработка данных реализована в SPSS Statistics 17.0.1. Применены корреляционный и факторный анализы.

Выборка обследования (основная группа) была сформирована в ходе освидетельствования на базе бюро медико-социальной экспертизы г. Белгорода. В исследовательскую выборку ( $n=120$ ) включено 60 мужчин и 60 женщин в возрасте от 25 до 50 лет. Критерием включения являлся диагноз по МКБ-10: Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48). Длительность заболевания составляла от 1 года до 25 лет. Группу сравнения образовали 120 условно здоровых людей с аналогичными половыми и возрастными характеристиками.

**Результаты и обсуждение.** По данным Клинического опросника по выявлению и оценке невротических состояний больные истерическим неврозом характеризуются демонстративностью, манипулятивным поведением. У многих из числа обследованных отмечались подчеркнутая отрешенность от происходящего вокруг, беспомощность, иногда намеренно преувеличиваемые. Аффективный компонент (тревожные переживания, проявления тоски) выражен незначителен. Практически отсутствовали идеи самообвинения, отмечалось стремление избавиться от ответственности за происходящее, ответственность делегировалась членам семьи, близким, коллегам и пр. В рамках конверсионной симптоматики часто встречались парезы, параличи, астазия-абазия. Часто наблюдались хореоформные сенсации, отличающиеся достаточной организованностью и стереотипностью. По результатам Шкалы социальной ангедонии взаимодействие с окружающими не служит средством самовыражения, а является способом поддержания уязвимого «Я». Способность к получению удовольствия от общения незначительно снижена в связи с наличием страхов вторжения, эксплуатации и отвержения.

Применение тестов «Распознавание эмоций» и «Поза и жест» показало идентичные результаты декодирования состояний по мимике и пантомимике. Наибольшие трудности проявляются при определении презрения и страдания, распознавание удивления и страха превышает средние оценки, определение гнева и радости реализуется максимально верно. Согласно тесту «Социальный интеллект» фиксируются ошибки в понимании смысловой нагрузки высказываний собеседника в связи с искаженным толкованием невербальных реакций. Нарушена способность адекватно распознавать значение поведения людей в ситуациях взаимодействия и ход развития этих ситуаций. Больные склонны формировать сугубо личные выводы и прогнозы. Характеристики интеллектуального компонента социального восприятия лиц с неврозами находятся в тесной обратной связи со специфическими невротическими симптомами и определяют гедонистическую составляющую коммуникативного общения. Ведущим фактором нарушения социального восприятия оказался параметр «истерический тип реагирования»; конверсионное искажение двигательно-сенсорной сферы способствует фрагментарной фиксации перцептивных элементов. Отсутствует устойчивая ориентация на партнере, поскольку проявляется быстрое пресыщение отношениями. Анализ ситуаций осложняется сочетанием отражения действительности и порождения сугубо субъективных мыслеформ. На данной основе разворачивается манипулятивное поведение, предсказуемое и неэффективное. Таким образом, неверное понимание контекста ситуаций взаимодействия в социуме приводит к трудностям коммуникации больных и формирует дезадаптивное поведение.

**Заключение.** Больных истерическим неврозом отличает выраженная степень проявлений невротического регистра, снижение удовольствия от общения в социуме, трудности перцепции и интерпретации социальной информации. Зачастую недостаточно чувствительны к оттенкам речевой экспрессии и состояниям, передаваемым по невербальным каналам коммуникации; с ошибками распознают истинные намерения партнеров; имеют слабые антиципационные способности. Прослеживается зависимость между социальным восприятием больных истерическим неврозом и клиническими характеристиками заболевания. Нарушение социального восприятия приводит к дезадаптации в связи с вытеснением жизненных смыслов. Полученные данные о predispositional факторах и исходах нарушения социального восприятия применимы для построения адекватных программ реабилитации, направленных на восстановление способности понимать и анализировать поведение, намерения и чувства окружающих.

## **Аффективный компонент органических непсихотических психических расстройств в период эпидемии COVID-19**

**Рудницкий В.А.<sup>1,2</sup>, Епанчинцева Е.М.<sup>1</sup>, Мальцев В.С.<sup>1</sup>,  
Никитина В.Б.<sup>1</sup>, Счастный Е.Д.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет», Томск, Россия**

В психиатрии, как и в медицине в целом, главной задачей является возвращение больного человека в общество в максимально возможном здоровом состоянии. Соответственно адекватность лечебных мероприятий определяется точностью и корректностью диагностики, своевременностью и полнотой лечебных протоколов [1, 2, 3]. Соответственно ключевое значение имеет правильная оценка этиологических и патогенетических механизмов заболевания. По нашим наблюдениям в клинике НИИ психического здоровья в предшествующие годы [4, 5] у части больных органическими психическими расстройствами на фоне отсутствия клинических проявлений депрессивного спектра на момент поступления в последующем обнаружено их появление, причем в период пандемии распространенность их значительно увеличилась.

**Цель исследования:** изучить распространенность у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами органического генеза аффективной симптоматики, присоединяющейся в ходе терапии и катamnестического наблюдения.

**Материалы и методы.** Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катamnестический, экспериментально-психологический, статистический методы. Всего обследовано 165 пациентов с органическими непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 30 до 65 лет. После использования критериев исключения и устранения из выборки части пациентов в период катamnеза в основную группу включено 64 пациента. Группу сравнения составили 50 пациентов с расстройствами адаптации со схожими половозрастными и социальными характеристиками. Распределение по клинико-нозологической структуре пациентов основной группы показало преобладание (85,9%) органических эмоционально лабильных расстройств. С меньшей частотой встречаемости (10,9%) выявлены органические расстройства личности. Органические тревожные расстройства были представлены единичными (3,2%) наблюдениями. Органические аффективные расстройства вообще отсутствовали (в связи с критериями исключения). Всем больным после обследования проведена персонализированная терапия, оценка эффективности лечения и его коррекция выполнены на клиническом и амбулаторном этапах наблюдения.

**Результаты и обсуждение.** Обнаружено заметное изменение клинико-нозологической структуры непсихотических психических расстройств в последнее время. На амбулаторном этапе происходило частое присоединение к основной психопатологической симптоматике не наблюдавшихся ранее аффективных проявлений. Случаи впервые выявленной аффективной симптоматики в период 2020-2021 гг. значительно превышали аналогичные показатели прошлых лет [4, 5, 6, 7, 8]. У пациентов, проходивших лечение в 2014-2019 гг., не имелось различий в формировании депрессивных и дистимических проявлений, выявляемых на момент поступления в клинику и после окончания стационарной госпитализации. Данные нарушения встречались не более чем у четверти (от 22% до 25%) пациентов и имели в основном психогенное происхождение. Но с мая 2020 г. отмечается быстрый рост удельного веса клинических проявлений аффективного спектра, прежде всего депрессивных и астенодистимических, позже с присоединением других компонентов. По генезу очевидно, что они, как и ранее, были психогенными, по времени совпадали с началом пандемии коронавируса COVID-19, хотя большинство (более 75%) пациентов отказывались признать данную причинно-следственную связь.

Аффективные проявления не были выраженными и стойкими, что определяло невозможность квалификации органического аффективного расстройства, но были широко распространены. В наблюдаемой группе пациентов встречались в 2021 г. статистически значимо чаще (88,9%), чем в предыдущие годы (до 22%), влияли на течение заболевания, взаимодействие больных в семье и социуме, эффективность лечения. Зарегистрированы во всех возрастных и гендерных группах больных, особенно выражены у больных старшего возраста, более чувствительных к изменениям привычного уклада жизни и социального окружения. При психологическом обследовании пациентов основной группы обнаружена фиксация на соматическом неблагополучии, страхе заражения коронавирусом, сочетающемся с игнорированием защитных требований, что сопровождалось выраженной изменчивостью содержания жалоб. Происходило усиление личностной тревожности, снижение фона настроения, не достигающее уровня тяжелой депрессии, безрадостное восприятие образа будущего, обеднение социальных контактов, ощущение собственной никчемности и ненужности, общая пассивность и безынициативность, что интерпретировалось больными как слабость и утомляемость.

Характеристики, выявляемые в ходе катamnестического наблюдения, изменялись схожим образом независимо от типа психотравмирующего воздействия. Результаты наших наблюдений позволяют предположить, что реакции на микросоциальные психогении и текущие психогенные реакции на пандемию коронавируса COVID-19 пациентов с церебрально-органическим процессом отличаются не качественно, а количественно. Большинство психогений прошлых лет носили формальный и личностно обусловленный характер, и данная обусловленность определялась присоединением органической симптоматики (заострение или искажение черт характера под действием органического процесса). При наличии психотерапевтического сопровождения психотравмирующие ситуации разрешались быстрее и дезактуализировались. В ситуации самоизоляции и медицинских ограничений их социальное окружение оказалось более значимым и уязвимым, что затрудняло обращение пациентов за амбулаторной медицинской помощью. Причинно-следственные связи пациентами формировались чаще ретроспективно и носили формальный характер (в беседе с врачом причина одной и той же психогении в разных беседах часто менялась). Отмечалась неустойчивая связь аффективного компонента с текущими во время пандемии психотравмирующими переживаниями (не вполне понятно, что именно пациента волновало, а его поведение не соответствовало декларируемым им же проблемам). Психотравмирующие ситуации и свои чувства в данных обстоятельствах больные плохо понимали и неверно интерпретировали, путая эмоциональную проблематику с соматической. Это напоминает алекситимию соматоформных пациентов или поведение больных, столкнувшихся с экологическим (радиационным) стрессом [2, 5, 7].

У значительного числа пациентов под влиянием ковидной ситуации [9] отмечались формальные признаки психогенной природы психических расстройств, но при этом протекавших во многом аутохтонно, что, вероятно, определялось органической природой основного заболевания, которое, с одной стороны, способствовало более легкому формированию психогений и социогений, с другой стороны – ухудшению приверженности пациентов к терапии. Несмотря на то что у наблюдаемых нами больных не было тяжелых депрессивных состояний, даже незначительные проявления приводили к выраженным социально-медицинским последствиям, нежели предполагало их актуальное психическое состояние. Так как данные пациенты находились на активном психиатрическом наблюдении и проходили терапию, аффективная симптоматика поддавалась коррекции и не сопровождалась социальной и семейной дезадаптацией. В литературе анализируются мотивы и обстоятельства обращения населения за психиатрической помощью, которые совпадают с результатами наших наблюдений [2, 5, 9]. Больные с психическими нарушениями органического профиля относятся к более уязвимой части населения в отношении проблем медико-социального характера, а психические расстройства, выявляемые у них – к социально значимым заболеваниям. В связи с этим пациенты данной категории нуждаются в разработке дополнительных мер помощи, лечения и реабилитации.

### Список литературы

1. Бохан Н.А., Аксенов М.М., Белокрылова М.Ф., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Гычев А.В., Куприянова И.Е., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Смирнова Л.П., Лукьянова Е.В., Дашиева Б.А., Карауш И.С. Клинико-биологические закономерности и социально-психологические предпосылки формирования непсихотических психических расстройств у лиц, проживающих в регионе Сибири. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 9-18.
2. Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Гарганеева Н.П. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 2 (87). С. 92-97.
3. Беспалова И.Д., Рязанцева Н.В., Калюжин В.В., Осихов И.А., Мурашев Б.Ю., Медянцева Ю.А., Рудницкий В.А. Гендерные особенности взаимосвязи гормональной активности жировой ткани и провоспалительного статуса при гипертонической болезни с метаболическим синдромом. Бюллетень сибирской медицины. 2014. Т. 13, № 5. С. 12-19.
4. Рудницкий В.А. Клинические особенности непсихотических психических расстройств у пациентов, подвергшихся воздействию малых доз радиации. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 5 (56). С. 95-99.
5. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Гарганеева Н.П., Иванова А.А., Цыбульская Е.В. Особенности клиники психосоматических и соматоформных расстройств у труднокурабельных пациентов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 4 (85). С. 35-40.
6. Семке В.Я., Рудницкий В.А., Гуткевич Е.В. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинические и социальные аспекты. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 4 (55). С. 83-87.
7. Семке В.Я., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М., Ошаев С.А., Ветлугина Т.П., Никитина В.Б. Сравнительная характеристика влияния интенсивных психотравм различной природы (на примере экологической катастрофы и боевого стресса). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 6 (55). С. 89-93.
8. Аксенов М.М., Семке В.Я., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф., Иванова С.А., Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М., Волкова Е.М. Психосоматический аспект изучения пограничных состояний. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2001. № 3 (21). С. 16-18.
9. Любов Е.Б., Зотов П.Б., Положий Б.С. Пандемии и суицид: идеальный шторм и момент истины. Суицидология. 2020. № 11 (1-38). С. 3-38. doi 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-3-38

### Образовательные программы и лечение больных органическими психическими расстройствами

**Рудницкий В.А.<sup>1</sup>, Костин А.К.<sup>1</sup>, Сазонова О.В.<sup>1</sup>,  
Цыбульская Е.В.<sup>1</sup>, Иванова А.А.<sup>1</sup>, Шелехов И.Л.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Томский государственный педагогический университет», Томск, Россия**

**Актуальность.** Непсихотические психические расстройства органического регистра широко распространены среди населения, часто поздно диагностируются и отличаются склонностью к прогрессирующему течению, частым обострениям и наносят ущерб обществу [1, 2, 3, 4]. Кроме того, лечение данных психических нарушений сопряжено со значительными субъективными трудностями в связи с особенностями психопатологии больных, персонологическими интерпретациями, сложностями формирования терапевтических отношений, поэтому в ходе терапии нередко возникают конфликты и недопонимание [5, 6, 7]. Микроокружение пациента (семья, соседи по палате, друзья и т.д.) зачастую оказывают неблагоприятное влияние на процесс лечения, в некоторых случаях даже способствуют его несвоевременному прекращению и ухудшению психического состояния больных [5, 6]. Особенно это актуально в психолого-психотерапевтическом консультировании больных органического профиля, имеющих когнитивные, эмоциональные, поведенческие проблемы в восприятии терапии [7, 8, 9, 10].

**Цель исследования:** разработать подходы к улучшению качества терапии пациентов с непсихотическими психическими расстройствами органического генеза с использованием психотерапии и образовательно-информационного просвещения.

**Материалы и методы.** Использовались клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический, статистический методы. Обследованы пациенты (n=74) с органическими непсихотическими психическими расстройствами в возрасте от 30 до 65 лет – основная группа. Группу сравнения составили 50 пациентов с расстройствами адаптации со сходными социально-демографическими характеристиками.

Проведено катамнестическое изучение эффективности лечения пациентов основной группы. Этиологически выборка обследованных была представлена 4 группами в порядке снижения частоты встречаемости: сосудистого (n=52; 70,27%), смешанного (n=11; 14,86%), травматического (n=9; 10,71%) и интоксикационного (n=2; 2,8%) генеза. Психические расстройства сосудистой и комбинированной природы отличаются склонностью к более тяжелому и длительному течению. В клинико-нозологической структуре отмечалось преобладание органических эмоционально лабильных расстройств, реже встречались органические расстройства личности и органические тревожные расстройства.

Комплексная терапия проводилась традиционно, с подключением индивидуализированных и групповых лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий, в которых особое значение имело сочетание психофармакологии и различных модификаций психотерапии индивидуального и группового формата, а также комплекса образовательных психосоциальных взаимодействий с включением в клиническую работу с больными социального работника на стационарном этапе лечебно-профилактических мероприятий, а при необходимости и после выписки из стационара. Последнее было продиктовано введением карантинных мер, обусловленных эпидемией COVID-19. Так как социальная сфера больных, особенно органическими психическими заболеваниями, оказалась лишена привычных условий для реализации, поэтому была предусмотрена возможность частичной компенсации данных негативных обстоятельств.

При достаточно высокой эффективности первоначальных лечебных воздействий (89,18% случаев выраженного улучшения) в ходе катамнестического наблюдения эффективность оказалась нестойкой. Через 6 месяцев у большинства (65,86%) пациентов отмечалось ухудшение состояния, а около 30% больных нуждались в повторных лечебно-профилактических мероприятиях. Основными факторами, дестабилизирующими психическое состояние, были психогении, преимущественно микросоциального характера, обострения соматических заболеваний, социальные проблемы и аддикции. При этом после выписки пациентами зачастую не выполнялась рекомендованная продолжительность поддерживающего курса терапии. Выздоровлению препятствовали неадекватные представления о болезни, рентные установки, не сложившийся лечебный альянс и конфликтные взаимоотношения с представителями медицинских и социальных служб, при которых обычно рекомендуют использовать психокоррекцию и психотерапию [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Субъективно причиной низкой эффективности терапии пациенты считали медико-социальные проблемы [3, 6, 9]: плохую доступность психиатрической и психотерапевтической помощи, проблемы с обеспечением медикаментозными средствами, что сочеталось с низкой социальной и саногенной активностью и частым конфликтным поведением в микросоциуме, всё это усугублялось ситуацией социальной изоляции периода пандемии. Вместе с тем пациенты, участвующие в психотерапевтической и психокоррекционной работе, успешнее выходили из конфликтных ситуаций и легче разрешали проблемы социального и медицинского характера. Разработанные нами технологии лечения и реабилитации предусматривают активное участие самих пациентов в лечебной и профилактической деятельности с целью активации и мобилизации саногенного ресурсного потенциала. Внедряемые образовательные программы, которые носят адресный и целевой характер, направлены на устранение дефицита информации о болезни и современных алгоритмах лечения, позволяют закрепить терапевтический альянс и позитивные установки на благополучный исход.



Психообразование включает образовательные программы как для самих пациентов, так и их микроокружения (члены семьи, родственники, друзья, коллеги). Образовательно-методический прием акцентирован на многомерной и конструктивной персонологической составляющей, отражающей типологию личности человека и особенности его психоэмоциональной сферы и поведения в экстремальной ситуации болезни, развивая способность к регуляции и контролю восприятия действительности. Данные программы в предложенном комплексе входят в раздел психотерапевтического реабилитационного комплекса, который может быть реализован в рамках совместного ведения пациента лечащим врачом-психиатром, клиническим психологом/психотерапевтом, социальным работником. Формат образовательных программ предпочтителен в виде групповых занятий (по крайней мере, так он был реализован в большинстве случаев), но может быть решен и в индивидуальной форме с использованием наиболее эффективных психокоррекционных и психотерапевтических методик в каждом конкретном случае.

**Заключение.** Лечение психических расстройств органического происхождения является важной, сложной и трудоемкой задачей. Данные нарушения прогрессивны по своей природе и наносят обществу большой социально-экономический ущерб. Недостаточность общедоступного психотерапевтического и образовательного сопровождения стремительно приводит к преждевременному прекращению поддерживающего лечения или его фрагментации, что становится причиной рецидива заболеваний и медико-социального неблагополучия. Предложенные образовательные программы позволяют улучшить качество лечения больных и частично снизить дефицит специалистов в сфере реабилитационной, психотерапевтической и психокоррекционной помощи.

#### Список литературы

1. Janis RA, Burlingame GM, Svien H, Jensen J, Lundgreen R. Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychother Res.* 2021 Mar;31(3):369-385. doi: 10.1080/10503307.2020.1817603. Epub 2020 Sep 15. PMID: 32930060.
2. Иванова С.А., Гуткевич Е.В., Семке В.Я., Вялова Н.М., Рядовая Л.А., Епанчинцева Е.М., Перчаткина О.Э. Способ прогнозирования течения невротических расстройств. Патент на изобретение RU 2356059 С1. 20.05.2009. Заявка № 2007142885/15 от 19.11.2007.
3. Абабков В.А. Экономичность психотерапии. *Консультативная психология и психотерапия.* 2020. Т. 28, № 3. С. 164–177. doi:10.17759/cpp.2020280310
4. Семке В.Я., Рудницкий В.А., Гуткевич Е.В. Психическое здоровье пациентов, подвергшихся воздействию радиации. Клинический и социальные аспекты. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2009. № 4 (55). С. 83-87.
5. Рудницкий В.А., Костин А.К., Никитина В.Б., Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Иванова А.А., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э. Особенности аффективной симптоматики в структуре непсихотических психических расстройств органического происхождения. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2021. № 2 (111). С. 13–22. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2\(111\)-13-22](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-2(111)-13-22)
6. Костин А.К., Рудницкий В.А., Аксенов М.М., Гарганеева Н.П., Иванова А.А., Цыбульская Е.В. Особенности клиники психосоматических и соматоформных расстройств у труднокурабельных пациентов. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2014. № 4 (85). С. 35-40.
7. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы. *Психологические исследования.* 2020. Т. 13, № 70. С. 1. URL: <http://psystudy.ru>
8. Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Гарганеева Н.П. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2015. № 2 (87). С. 92-97.
9. Авдеенок Л.Н., Рудницкий В.А. Некоторые аспекты психокоррекции агрессивного поведения участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2010. № 1 (56). С. 60-64.
10. Счастный Е.Д., Смирнова Н.С., Стоянова И.Я., Рудницкий В.А. Возможности групповой психотерапии пациентов с депрессивными расстройствами. Современная терапия психических расстройств. 2018. № 2. С. 22-28. DOI: 10.21265/PSYPH.2018.45.13935

## **Эффективность бригадного метода лечения пациентов с эндогенными расстройствами**

**Рыбакова Т.В., Бубнов А.А., Малаховская К.С.**

**ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова», Пенза, Россия**

**Введение.** Большое значение в работе с больными психиатрических отделений уделяется оказанию качественной психиатрической помощи полипрофессиональной бригадой, в которую входит группа специалистов: врачи-психиатры, врач-психотерапевт, психолог и социальный работник. Рациональное сочетание применения лекарственных препаратов и психосоциальной работы, наряду с активным вовлечением больного и его родственников в лечебный процесс, способствует увеличению эффективности долгосрочной терапии, главным образом за счёт улучшения показателей комплаентности и, соответственно, снижению частоты рецидивов. Психосоциальные методы работы с психически больными и их близкими становятся реальной составляющей оказания психиатрической помощи. В психообразовательной деятельности, ориентированной на многообразие условий оказания психиатрической помощи, востребованы различные формы и методы, направленные на восстановление нарушенных и формирование когнитивных, мотивационных и эмоциональных ресурсов личности (включая навыки, знания, умение взаимодействовать, решать жизненные и бытовые проблемы и пр.) у психически больных с нарушением социальной адаптации. Следует отметить, что кроме проведения групповых методов, таких как арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, танцотерапия и сказкотерапия, которые направлены на социализацию и активизацию пациента, осознание своих возможностей, мы применяли комплексную диагностику с определением характера и степени социальной дезадаптации, конкретных проблем, формулированием целей, которые нужно достичь, с опорой на активное участие самого пациента, использование его личного опыта с учетом актуального психического состояния и выделением сохранных сфер пациента, на которые возможно опираться в групповой работе. В зависимости от выявленных потребностей формируются целевые программы, направленные на решение конкретных задач, в результате чего можно рассчитывать на результативность психосоциальной работы с пациентами и их родственниками.

**Цель исследования:** выявление эффективности комплексной работы полипрофессиональной бригады с использованием психотерапевтических методов лечения пациентов с психическими расстройствами на этапе стационарной помощи.

**Материалы и методы.** С 2018 г. по 2020 г. обследовано 155 больных, проходивших лечение в ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова». Методы исследования: клиничко-психопатологический и экспериментально-психологический. Клиничко-психопатологическое обследование больных включало изучение анамнеза жизни и заболевания со слов больного (субъективный анамнез), по материалам беседы с родственниками или ближайшим окружением (объективный анамнез), клиничко-динамическое наблюдение за состоянием больным, самоотчет больных и оценка психического статуса. Эффективность психообразовательной программы оценивали с помощью опросника Карта оценки эффективности психообразовательной программы. Сравнивали кратность и сроки госпитализаций за 1 год до и после проведения группы. Экспериментально-психологическое исследование включало батарею опросников: методика Люшера, опросник Восстановление локуса контроля (оценка уровня мотивации к выздоровлению). Среди психотерапевтических методов реабилитации использовались комплаентная терапия, семейная терапия, арттерапия, музыкотерапия, библиотерапия, тренинг социальных навыков, психодрама, проективный рисунок, Совет больных. В 1-ю группу вошли больные, которым был проведен полный курс психотерапевтической реабилитационной программы (n=115). Вторую, меньшую по численности группу (n=40) составили больные, которым данная программа не проводилась. В исследовательскую выборку включены лица мужского и женского пола, в возрасте от 18 до 45 лет.

В работе была использована многоступенчатая модель оказания психотерапевтической лично-ориентированной помощи. Уже на первом этапе реабилитации при поступлении в психиатрический стационар пациент оказывается в условиях так называемого психотерапевтического сообщества, где ему разъясняются права и обязанности на время лечения, особенности действия психотропных препаратов. В доступной форме сообщается информация об особенностях и механизмах развития заболевания, создается мотивированность на психотерапевтическое взаимодействие, чтобы достигнуть позитивные изменения во внутреннем мире и внешней жизни. Вместе с пациентом во время первичной беседы могут присутствовать родственники, которым, с согласия пациента, также разъясняются развитие и течение заболевания, особенности взаимоотношений с пациентом. Далее, одновременно с назначением психофармакотерапии, больной вовлекается в психотерапевтический процесс по преодолению неблагоприятных последствий дезадаптации. Для реабилитации больных важную роль играет групповая лично-ориентированная и поддерживающая психотерапия, воздействуя на значимые сферы человеческого существования – контакты в социуме, психосоматическое здоровье, психоэмоциональная удовлетворённость, адаптивность. В группе принимают участие 8-12 человек, независимо от пола, возраста, нозологии и клинического течения заболевания. Цикл терапии обычно включает 10 занятий в течение 3-4 недель. Длительность одного занятия 1-1,5 часа. Тренинги проводятся во второй половине дня, с частотой 2-3 раза в неделю. Групповые занятия включают проведение психообразовательных занятий, тренинги по развитию социальных навыков, коммуникативные тренинги, милеотерапию, эрготерапию.

**Результаты исследования.** По результатам годового катамнестического наблюдения выявлено, что среднее число госпитализаций снизилось в 1,5 раза, средняя длительность госпитализаций – в 2 раза. По завершении цикла занятий отмечалось увеличение доли пациентов, высоко оценивших уровень информированности о первых признаках обострения (с 10,1% до 47%), о способах предупреждения обострений (с 8% до 38,3%), о правилах поведения при обострении (с 14,2% до 65,3%). Особое значение для эффективного управления болезнью имели рост уверенности в возможности распознавания болезненного поведения (75,4% при завершении цикла занятий против 32,2% в начале), а также расширение представлений о значимости собственной роли в процессе лечения (67,2% высоких оценок при завершении цикла занятий против 17,9% в начале терапии), о способах преодоления трудностей, связанных с болезнью (53,7% высоких оценок при итогах цикла занятий против 13,2% в начале).

**Выводы.** Гармоничное и гибкое сочетание различных моделей психологической помощи, включая занятия в группе, позволяет поддержать психическое состояние пациента на стабильном уровне, помогает ему лучше понимать характер и особенности психического заболевания и то, как болезнь влияет не только на самого больного, но и на членов его семьи. Основой интеграции отдельных элементов психотерапевтической программы была реконструктивно-восстановительная психотерапия. Групповая работа предоставляет возможность обсудить полученную информацию с другими участниками обучающих программ, соотнести её с собственным опытом, вместе искать пути решения проблем. В ходе обучения пациенты и их родственники учатся распознавать болезненные переживания в самом начале их возникновения, проводить грань между болезненными и здоровыми проявлениями психики, начинают соблюдать сроки посещения и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков болезни. Предложенная нами модель реабилитации, направленная на научение и воспитание пациентов компетентным специалистом, позволяет максимально эффективно улучшить качество жизни больного, обрести независимость в обществе, трудовой деятельности, досуге, общении, улучшить качество ремиссий и повысить их длительность путем создания адекватного отношения к течению болезни и её лечению. Полученные данные подтверждают эффективность программы в комплексном восстановительном лечении пациентов с психическими расстройствами.

## Способ оценки реабилитационного потенциала у пациентов с аффективными расстройствами

Рязанцева У.В., Галкин С.А.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

**Введение.** Аффективные расстройства являются достаточно распространенными заболеваниями, возникающими в результате совокупности различных биосоциальных факторов [1, 5]. Выбор тактики лечения во многом зависит от таких факторов, как возраст, соматическое состояние пациента, а также толерантность (индивидуальная чувствительность) к психотропным препаратам. Однако, учитывая даже эти особенности, не всегда удается подобрать адекватную психофармакотерапию, при которой наблюдалось бы улучшение. Одним из методов оценки фармакологических препаратов является ЭЭГ-исследование, с помощью которого можно установить нейрофизиологические корреляты, связанные с применением тех или иных медикаментов, в том числе при аффективных расстройствах [2, 4]. Отсюда следует, что существует определенная зависимость между ЭЭГ-маркерами и чувствительностью к последующему лечению антидепрессантами [3]. Исследование этой зависимости сможет помочь улучшить подбор фармакотерапии у пациентов с депрессивными расстройствами.

Из этого следует **цель работы** – разработка модели оценки реабилитационного потенциала пациентов с аффективными расстройствами на основании анализа спектральных характеристик ЭЭГ.

**Материалы и методы исследования.** В исследование было включено 73 пациента (58 женщин и 15 мужчин, средний возраст которых составлял 48 [34; 57] лет) с аффективным расстройством, соответствующим критериям рубрик МКБ-10: F31.3 – биполярное аффективное расстройство (19 человек), F32.02 – депрессивный эпизод (23 человека), F33.02 – рекуррентное депрессивное расстройство (17 человек) и F34.1 – дистимия (14 человек). Формирование групп и клиническая верификация диагноза выполнены на базе отделения аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Критериями включения в исследование являлись: наличие депрессивного состояния, информированное согласие. Критерии исключения: наличие выраженных органических нарушений головного мозга, черепно-мозговых травм любой степени тяжести, умственная отсталость, отказ от участия в исследовании. Все пациенты получали синдромально обусловленную психофармакотерапию, включавшую антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – СИОЗС.

Выраженность депрессивного расстройства оценивали по шкале депрессии Гамильтона (Hamilton Rating Scale for Depression – 17, HDRS-17). Критерием эффективности терапии (чувствительности) служило улучшение клинических симптомов на 50% и более, оцениваемое с помощью HDRS. Исследование выполнялось в два этапа (точки): в первой точке пациенты обследовались при поступлении в отделение до начала приема лекарственных препаратов (проводилась запись ЭЭГ и заполнение шкалы HDRS-17), вторая точка выполнялась после 4-недельного курса лечения пациентов в стационаре (заполнение шкалы HDRS-17). Регистрация и анализ биоэлектрической активности головного мозга осуществлялись при помощи 16-канального энцефалографа «Неврополиграф» по международной системе «10-20», монополярно от фронтальных (Fp1, Fp2, F3, F4, F7, F8), центральных (C3, C4), теменных (P3, P4), затылочных (O1, O2) и височных (T3, T4, T5, T6) отведений. В качестве референта использованы объединенные электроды, расположенные на мочках ушей (A1, A2), заземляющий электрод – в отведении Fpz. Сопротивление электродов не превышало 10 кОм. Частоты среза фильтров верхних и нижних частот составляли 1,5 и 30 Гц, частота квантования 250 Гц. Сигналы обрабатывались с помощью быстрого преобразования Фурье, анализировались значения абсолютной спектральной мощности (мкВ<sup>2</sup>) для  $\theta$ - (4–7 Гц),  $\alpha$ - (8–13 Гц) и  $\beta$ - (14–30 Гц) ритмов.

**Результаты исследования.** В ходе анализа спектральных мощностей пациентов, разделенных по принципу response/non-response на терапию СИОЗС, были установлены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) в следующих отведениях: альфа-ритм – фронтальное и теменное отведения, бета-ритм – фронтальное, центральное и теменное отведения, тета-ритм – фронтальное, центральное, теменное и затылочное отведения. Стоит отметить, что у пациентов с низкой чувствительностью к терапии отмечались более высокие характеристики спектральных мощностей. На основании полученных в ходе анализа данных пациентов, чувствительных к терапии антидепрессантами из группы СИОЗС, было составлено уравнение регрессии как модель определения реабилитационного потенциала депрессивных больных:  $Y = 1 - 0,002 * \alpha - 0,014 * \beta - 0,018 * \theta$ .

При значении  $Y < 0,5$  должна определяться низкая чувствительность пациентов к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина.

**Заключение.** Таким образом, в ходе исследования установлены различия между спектральными характеристиками у пациентов с аффективными расстройствами, устойчивыми к терапии СИОЗС, по сравнению с пациентами, у которых наблюдалось улучшение в ответ на терапию СИОЗС. На основании этих различий была разработана модель оценки реабилитационного потенциала, которая показала себя как высокоэффективная при применении её к новой группе пациентов с аналогичным диагнозом. Общая точность прогноза составила 83,3%, чувствительность метода – 80%, специфичность – 89%.

#### Список литературы

1. Счастный Е.Д., Семке А.В., Размазова Л.Д., Симуткин Г.Г., Лебедева Е.В., Невидимова Т.И., Розин А.И., Чернышева К.Г., Шепенев А.М., Шахурова Н.И. Биологические и клинично-социальные механизмы развития аффективных расстройств (итоги комплексной темы НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, 2009-2012 гг.). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2013. № 5 (80). С. 18-27.
2. Галкин С.А., Ткачева Г. Д., Ошкина Т. А., Васильева С.Н., Рощина О.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Связь биоэлектрической активности мозга с клиническими особенностями течения депрессивных расстройств. Психическое здоровье. 2020. № 8. С. 16-21. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.08.16-21
3. Галкин С.А., Ткачева Г.Д., Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Рощина О.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. Изменения показателей биоэлектрической активности мозга при депрессивных расстройствах в процессе терапии СИОЗС. Психическое здоровье. 2020. № 3. С. 3-8. DOI: 10.25557/2074-014X.2020.03.3-8
4. Галкин С.А., Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Иванова С.А. Сравнительный анализ ЭЭГ при аффективных расстройствах различного генеза. Психическое здоровье. 2019. № 9. С. 36-43. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.09.36-43
5. Иванова С.А., Лосенков И.С., Левчук Л.А., Бойко А.С., Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А. Депрессивные расстройства: гипотезы патогенеза и потенциальные биологические маркеры. Новосибирск. 2018. 199 с.

## Методика клинично-психологической оценки нарушений мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах

**Сарайкин Д.М.**

**Национальный медицинский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия**

**Введение.** Анализ имеющихся методов для исследования мотивации (в частности мотивации на сохранение здоровья) показал, что к настоящему времени разработан широкий арсенал методик, которые непосредственно или опосредованно позволяют получить какие-либо данные о мотивационной сфере личности. При этом зачастую психодиагностические методики направлены на исследование лишь узкой, изолированной части мотивационной сферы. В рассмотренных классификациях методов закономерно не упоминаются психодиагностические средства, позволяющие дать комплексную оценку структурным характеристикам мотивации (качество опредмечивания мотива). Среди большого числа психодиагностических методик редко встречаются чувствительные к нарушениям мотивационной сферы, что во многом снижает их востребованность в клинике пограничных расстройств.

Данная ситуация в первую очередь обусловлена отсутствием разработанных представлений о сущности, феноменологии и клинике нарушений мотивации в концепциях, на которых базируется большинство методик для её изучения. Многие методики (точнее, теоретико-методологическое их основание) не обладают возможностью описывать и исследовать непосредственно нарушения мотивационной сферы.

Обзор психодиагностических средств, позволяющих получить данные о мотивационной сфере, показал, что их диагностическая ценность для медицинского психолога, работающего в клинике пограничных нервно-психических расстройств, ограничена, хотя потребность в таких методиках существует. Кроме того, сложность изучения мотивации и нарушений мотивации связана с отсутствием единства взглядов на мотивацию. Само понятие «мотивация» часто описывается размыто, включает в себя разные психические феномены. Помимо того, в любой психодиагностической методике позиция автора относительно понятия «мотивация» или «нарушения мотивации» может быть выражена не всегда ясно, таким образом, поднимая вопрос о конструктивной валидности.

Единой классификации расстройств мотивации не существует, так как не разработан методологический арсенал, позволяющий сопоставлять в единой системе координат разнообразные варианты её нарушений. Изучены в основном отдельные целевые области мотивации (мотивация к лечению, мотивация достижения или избегания неудач, мотивация к психотерапии и т.д.), в то время как её основные компоненты, общие для всех областей (в своей совокупности в клинике пограничных расстройств) практически не изучены. В литературе описано более 120 вариантов нарушений мотивации вследствие сложности, дефинициальной неопределенности и многокомпонентности самого феномена с одной стороны, а также существования разных подходов к её пониманию, с другой.

Общепсихологический анализ показывает, что возможно выделить положения, касающиеся расстройств мотивации, отмечаемые большинством исследователей. Иными словами, можно выделить некие блоки или оси, которые объединяют схожие аспекты нарушений. Анализируя уже описанные нами варианты нарушений мотивации, мы увидели, что большинство из них можно скомпоновать по смыслу. Были выделены 7 основных смысловых блоков нарушений мотивации, встречающихся в клинике пограничных нервно-психических расстройств. Такими смысловыми блоками явились: 1) степень нарушения гибкости/стабильности мотивации, 2) степень нарушения операционализации мотива, 3) степень нарушения соотносённости индивидуальной мотивации и ценностно-нормативного контекста, 4) степень нарушения аффективной обусловленности мотивации, 5) степень нарушения реалистичности оценки ресурсов, 6) степень нарушения организации мотивов, 7) степень нарушения выраженности мотивов-суррогатов. На основании данных блоков были разработаны соответствующие клинико-психологические шкалы. Исходя из собственного клинического опыта работы с данными больными предложена градация нарушений мотивации по каждой из шкал. По сути, каждый блок составил критериальную шкалу, по которой оценивается степень выраженности нарушений разных аспектов мотивации. Количество степеней нарушений варьирует в разных шкалах от 2 до 4. Не претендуя на исчерпывающее описание, мы предлагаем систему, которая, по нашему мнению, может оказаться полезной и удобной для комплексного описания многоаспектных и многоуровневых нарушений мотивации в клинике пограничных расстройств.

**Материалы исследования.** Нами выполнено исследование некоторых основных психометрических характеристик (валидность и надёжность) данного комплекса шкал на клинической выборке. Исследовательская выборка состояла из 120 больных с пограничными нервно-психическими расстройствами, находившихся на стационарном лечении в отделении лечения пограничных психических расстройств и психотерапии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст составил  $32 \pm 2,24$  года), из них 63 женщины и 57 мужчин. Состав выборки: пациенты с диагнозами, входящими в два раздела МКБ-10: F4 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», F6 «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых», в каждой группе по 60 человек.

Критерием включения в исследование являлось отсутствие сопутствующей патологии. В указанную выборку вошли больные с различным уровнем (невротический или патохарактерологический) и характером течения заболевания (острый или хронический). Исследованные больные получали комплексное психотерапевтическое и психофармакологическое лечение. При обследовании респондентов оценка степени нарушения отдельных сторон мотивации проходила в ходе нескольких длительных бесед, имела форму клинического интервью. Дальнейшие встречи были посвящены экспериментально-психологическому исследованию. Обследование проходило индивидуально с каждым больным. По итогам интервью отмечался преобладающий уровень нарушений каждого из выделенных аспектов мотивации.

**Заключение.** Сопоставление результатов оценки мотивации, проведенное с помощью методики ММИ Ж. Нюттена и разработанного списка характеристик для клинико-психологической оценки мотивации, показало высокую перекрёстную валидность предложенного списка шкал. При исследовании структуры разработанных шкал выявлен единый системный фактор нарушения мотивации – логично вытекающий из комплексного рассмотрения фактор, названный нами «общая степень нарушения мотивации», в который с большими факторными нагрузками входят различные аспекты мотивации, отражённые в представленных шкалах. Установлена высокая внутренняя согласованность предложенного списка характеристик. Используемые характеристики взаимно дополняют друг друга, измеряют один и тот же признак (мотивацию), удаление отдельных характеристик ухудшает мощность (меру точности) всего набора. Установлена также высокая согласованность эталонных и экспертных оценок при клинико-психологическом исследовании мотивации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами с использованием разработанных шкал.

## **Психические расстройства, осложнённые злоупотреблением синтетическими каннабиоидами (спайсами)**

**Селиванов Г.Ю.<sup>1, 2, 3</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБУ «Сибирский федеральный научно-клинический центр Федерального медико-биологического агентства» России, Северск, Россия**

**<sup>3</sup> ОГАУЗ «Станция скорой медицинской помощи», Томск, Россия**

**Актуальность.** С 2000-х гг. психиатры и наркологи в России и Европе начали отмечать рост количества психических расстройств, осложнённых злоупотреблением синтетическими каннабиоидами (спайсами), что является не только российской национальной, но и глобальной международной проблемой. Злоупотребление синтетическими каннабиоидами (СК) может спровоцировать развитие психических расстройств, вызвать изменение клинической картины шизофрении и, таким образом, вызвать шизофренический психоз, что приведёт к ошибочному диагнозу.

**Цель:** обоснование феномена злоупотребления синтетическими каннабиоидами (спайсом) как триггера психотического эпизода у психически больных (с коморбидным течением шизофрении и расстройства личности) и фактора риска развития параноидальной шизофрении.

**Пациенты и методы исследования.** Проведено обследование 285 мужчин: 236 – с зависимостью от синтетических каннабионидов, из которых у 99 были диагностированы личностные и поведенческие расстройства в зрелом возрасте, у 137 – параноидальная шизофрения, у 49 – параноидальная шизофрения без лекарственной зависимости. Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический (SANS, CGI, MMPI), катamnестический, статистический (R3.2.4).

**Результаты.** Состояние интоксикации, вызванное СК, может спровоцировать развитие психотических эпизодов и стать пусковым механизмом для развития шизофрении. Различают четыре варианта наркотической интоксикации: бредовая, шизофреническая, с псевдогаллюцинациями, с делирием. Сходство личностной характеристики зависимых от СК пациентов определяется преобладанием черт эмоциональной нестабильности, ригидности, интроверсии и склонности к девиантному поведению. Пациенты, злоупотребляющие наркотиками с коморбидными расстройствами личности, отличались от типичных наркоманов такими формами поведения, как дезорганизованность, конфликтность, непредсказуемость, спонтанность, легкомыслие, импульсивность и несоблюдение норм и правил. Симптомы лёгкой абулии-апатии были стигматизирующими признаками шизофренического процесса у пациентов, зависимых от СК. Пациенты с шизофренией, злоупотребляющие наркотиками, отличались от пациентов без наркотической зависимости отсутствием эмоционального дефекта, наличием эмоциональности и стремления к общению.

**Выводы:** феномен злоупотребления синтетическими каннабиноидами становится триггером психотического эпизода как у больных шизофренией, так и у пациентов с расстройствами личности, среди которых преобладают антисоциальные, шизоидные и параноидные черты характера. Злоупотребление синтетическими каннабиноидами, по видимому, является фактором риска развития параноидной шизофрении, которая отличается от шизофрении без лекарственной зависимости лёгкими стигматизирующими симптомами абулии-апатии и социальной активностью в периоды краткосрочных ремиссий.

## **Атаки гнева и коморбидность с расстройством личности как факторы риска суицидального поведения при аффективных расстройствах**

**Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Погосян Э.Л.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Частота коморбидности аффективных расстройств (АР) и расстройств личности (РЛ) может достигать 38-69% (Friborg O. et al., 2014). Такого рода коморбидность оказывает существенное негативное влияние на различные клинико-динамические характеристики АР, в том числе способствует росту вероятности суицидальных попыток, ухудшает эффективность лечения и отдаленный прогноз АР (Симуткин Г.Г. и др., 2014; Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г., 2016). В ряде исследований указывается на более тяжелые клинико-динамические характеристики в случае депрессивных расстройств с наличием так называемых атак гнева (АГ): более ранний возраст к началу депрессивного расстройства, более выраженные депрессия, тревога и чувство безнадежности, большая длительность депрессивного эпизода (ДЭ), более хроническое и тяжелое долгосрочное течение депрессивного расстройства, более высокие показатели коморбидности в течение жизни со злоупотреблением психоактивными веществами, с тревожными расстройствами и асоциальным РЛ, более серьезные психосоциальные нарушения, чем при «чистых» депрессивных расстройствах. Клинические наблюдения выявили, что АГ достаточно часто встречаются не только при депрессивных расстройствах, но и при биполярном аффективном расстройстве (БАР) (Painuly N. et al., 2007). По данным STAR\*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression), раздражительность ассоциируется с большей тяжестью расстройства, коморбидностью с тревогой и суицидальностью (Perlis R.H. et al., 2004). Однако влияние АГ на суицидальное поведение пациентов с АР, в том числе при коморбидности АР с РЛ остается недостаточно изученным.

**Цель исследования:** оценка основных характеристик суицидального поведения при аффективных расстройствах в зависимости от наличия атак гнева и коморбидности с расстройствами личности.



**Материал и методы.** В исследование было включено 120 пациентов (80 женщин в среднем возрасте  $44,4 \pm 10,2$  года и 40 мужчин в возрасте  $40,6 \pm 11,0$  года) с текущим умеренным или тяжелым ДЭ в рамках единственного ДЭ ( $n=42$ ), рекуррентного депрессивного расстройства ( $n=39$ ) и БАР ( $n=39$ ). Общая группа пациентов была разделена на основную группу ( $n=60$ ), из них 38 женщин (63,3%), 22 мужчины (36,7%), которая состояла из пациентов с АР, коморбидными с РЛ, и группу сравнения ( $n=60$ ): 42 женщины (70%) и 18 мужчин (30%) с АР без коморбидного РЛ. Выделенные группы были соотносимы по полу, возрасту и диагностической структуре ( $p>0,05$ ). РЛ в основной группе были представлены в 85% ( $n=51$ ) случаев диагнозом: смешанное расстройство личности (F61.0), в 6,7% ( $n=4$ ) – пограничное расстройство личности (F60.31), в 8,3% ( $n=5$ ) – истерическое расстройство личности (F60.4). С целью объективизации различных аспектов суицидального поведения у пациентов исследовательской выборки был использован опросник суицидального поведения SBQ-R (Suicidal Behaviors Questionnaire Revised). Наличие АГ оценивалось клинически и с помощью самоопросника The Anger Attacks Questionnaire (Fava M. et al., 1991). Статистическая обработка результатов исследования производилась с помощью программы Statistica v.8.0.

**Результаты исследования.** Анализ полученных данных показал, что в основной группе пациентов суицидальные попытки отмечались статистически значимо ( $p<0,05$ ) чаще, чем в группе сравнения: у 22 чел. (36,67%) против 6 чел. (10,17%). Число (Ме [Q1-Q3]) суицидальных попыток в основной группе и группе сравнения составило 1 [1-3] и 1 [1-1] соответственно ( $p>0,05$ ). Возраст при совершении суицидальной попытки у пациентов основной группы был статистически значимо ( $p<0,05$ ) ниже, чем в группе сравнения – 28,5 [18-37] и 47,5 [30-53] года. АГ статистически значимо ( $p<0,05$ ) чаще встречались в основной группе, чем в группе сравнения – 83,33% (50 чел.) и 18,33% (11 чел.). При этом продолжительность АГ была статистически значимо ( $p<0,05$ ) более длительной в основной группе, чем в группе сравнения – 15 [10-20] минут и 5 [5-15] минут. Суицидальные попытки встречались статистически значимо ( $p<0,05$ ) чаще в случае присутствия в клинической картине АР атак гнева (в 34,4% и 12,7% случаев). Оценка суицидального поведения пациентов с помощью шкалы SBQ-R выявила статистически значимый ( $p<0,001$ ) более высокий суммарный балл и более высокую вероятность суицидальной попытки в будущем у пациентов с наличием АГ по сравнению с пациентами без АГ –  $9,1 \pm 4,4$  и  $4,9 \pm 2,9$  балла, так же как и в группе пациентов с АР, коморбидными с РЛ, по сравнению с соответствующими показателями в группе с «чистыми» АР –  $9,8 \pm 3,9$  и  $4,3 \pm 2,4$  балла.

**Заключение и выводы.** Таким образом, полученные результаты исследования показали, что в случае АР при наличии коморбидности с РЛ и представленности в клинической картине текущего депрессивного эпизода атак гнева отмечаются более частые случаи суицидальных попыток и более высокая вероятность суицидальной попытки в будущем, чем в случае «чистых» АР. Полученные данные могут иметь важное клиническое значение, обеспечивая более точную персонализированную оценку суицидального риска и применение наиболее оптимального комплекса психофармакологического лечения и психотерапии в соответствующих клинических случаях.

Работа выполнена в рамках новой медицинской технологии «Технология персонализированной терапии депрессивных расстройств с симптомами дисфории» (Протокол ЛЭЖа № 129 от 19 февраля 2020 г., дело № 129/5.2020), реализуемой по плану ПНИ НИИ психического здоровья Томского НИМЦ по теме: «Разработка персонализированной терапии аффективных и невротических расстройств с учетом клинико-динамических характеристик и предикторов её эффективности», шифр темы 0421-2020-0013, номер госрегистрации АААА-А20-120041690009-6 (протокол ЛЭЖа № 126 от 21 ноября 2019 г., дело № 126/7.2019).

#### Список литературы

1. Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Бохан Н.А. Проблема коморбидности аффективных расстройств и расстройств личности (обзор зарубежной литературы). Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24, № 2. С. 91–97.

2. Яковлева А.Л., Симуткин Г.Г. Соотношение социальной адаптации и тяжести текущей депрессии у пациентов с коморбидными аффективными и личностными расстройствами. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2016. № 1 (90). С. 15-18.
3. Friborg O, Martinsen EW, Martinussen M, Kaiser S, Overgård KT, Rosenvinge JH. Comorbidity of personality disorders in mood disorders: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *J Affect Disord*. 2014 Jan;152-154:1-11. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.023. Epub 2013 Sep 2. PMID: 24120406.
4. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. *Psychiatry Res*. 2007 Sep 30;153(1):39-45. doi: 10.1016/j.psychres.2006.03.001. Epub 2007 Jun 4. PMID: 17544515.
5. Perlis RH, Smoller JW, Fava M, Rosenbaum JF, Nierenberg AA, Sachs GS. The prevalence and clinical correlates of anger attacks during depressive episodes in bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2004 Apr;79(1-3):291-5. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00451-2. PMID: 15023510.

## **Проблемы диагностики и коморбидности зависимости от компьютерных игр**

**Соболев Н.А.**

**ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», Москва, Россия**

Подростковый и юношеский возрасты представляют собой один из наиболее существенных факторов риска по развитию расстройств поведения, связанных с формированием зависимости от психоактивных веществ (ПАВ). В то же время лишь в последние годы получили широкое распространение формы аддиктивного поведения, не связанные с употреблением ПАВ, более того, лишённые самого химического субстрата зависимости. С появлением и распространением в клинической практике феноменов геймерства, зависимости от персонального компьютера (ПК) и интернета всё чаще звучат высказывания о том, что собственно поведенческие составляющие зависимости, выявляемые при исследовании пациентов с ПК-зависимостью и интернет-аддикцией, более соответствуют критериям расстройств привычек и влечений. Наиболее вовлечёнными в процесс компьютерных игр являются лица подросткового возраста. В 2013 г. в американской национальной диагностической классификации DSM-5 была введена диагностическая категория под названием «интернет-гейминговая зависимость», но лишь в качестве категории, требующей дополнительных уточнений, которая в будущем может быть пересмотрена и исключена из классификации. В МКБ-11, которая на данный момент находится в проекте, зависимость от компьютерных игр то же включена, но с несколько иными, хотя и сходными диагностическими критериями, чем в DSM-5. В проекте МКБ-11 перечисляется значительно меньше критериев. Игровую зависимость предлагается именовать лишь «гейминговым расстройством», без указания слова «интернет», так как данная зависимость определяется и при офлайн-играх. Игровая зависимость представлена в бета-проекте МКБ-11 как стойкое или рецидивирующее онлайн- и/или офлайн-игровое поведение, проявляющееся тремя основными диагностическими критериями: утратой контроля над временем, проводимым в играх; повышением приоритетности компьютерных игр в ущерб иным жизненным интересам и делам; продолжением игрового процесса, несмотря на негативные последствия, вызванные им.

Более того, зависимость от компьютерных игр следует диагностировать в соответствии с критериями МКБ-11 только в тех случаях, когда модель поведения имеет достаточную степень тяжести, чтобы привести к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования. Интернет-гейминговая зависимость имеет непатологические и патологические формы. Определение аддиктивной зависимости от ПК, компьютерных игр и интернета требует дифференциальной диагностики её непатологических и патологических форм в связи с тремя основными факторами:

1) персональный компьютер стал в настоящее время электронным средством, прочно вошедшим в семейный быт, и ребенок не может быть исключен из этого средового информационного поля, даже при формировании зависимых отношений;

2) преподавание информатики сегодня входит в программу общего образования, поэтому в рамках современных требований ребенок должен приобретать навыки работы на ПК, следовательно, систематически работать на нем;

3) при пристрастии к компьютерным играм сохраняется необходимость включения занятий на компьютере в реальный учебный процесс. Т.е. занятия на ПК не могут быть заменены каким-либо другим, сублимирующим видом деятельности.

Существует еще один весьма актуальный для России аспект проблемы. Как известно, компьютерные технологии являются неотъемлемой частью функционирования Вооруженных Сил. При отборе призывников на военную службу учитываются операторские качества, умения и навыки работы, связанные с компьютерными технологиями. Вместе с тем на практике, при призыве граждан на военную службу, не уделяется внимания таким расстройствам психического здоровья, как пристрастие к азартным играм (лудомания) и «интернет-гейминговая зависимость». Отметим, что в настоящее время в РФ действует запрет на использование военнослужащими срочной службы персональных мобильных телефонов (закон от 06.03.2019 № 19-ФЗ «О статусе военнослужащих» от 27.05.1998 № 76-ФЗ; далее – закон № 76-ФЗ), который вступил в силу 17.03.2019 г. Согласно этому закону, под запрет попадают смартфоны, коммуникаторы, ноутбуки, планшеты, фото- и видеокамеры, видеорегистраторы, «умные» часы, фитнес-браслеты, модемы, диктофоны в связи с тем, что они имеют расширенные мультимедийные возможности. Доступ военнослужащих к персональным компьютерам, особенно в развлекательных целях, таких как компьютерные игры, то же весьма ограничен или же полностью отсутствует. Таким образом, молодой человек с зависимостью от компьютерных игр, попадая в жесткие условия военной службы, подвергается воздействию дополнительных факторов дистресса, связанного с отсутствием возможности удовлетворить свои потребности в компьютерной игре или пользоваться персональным компьютером и иными электронными устройствами. Это может отрицательно сказаться на психическом здоровье данного военнослужащего. При этом диагностические и скрининговые методы выявления данной проблемы не разработаны для рутинной практики медицинских специалистов военкоматов и военных врачей.

Следовательно, для адекватной работы психиатров военно-врачебных комиссий требуется совершенствование диагностики «интернет-гейминговой зависимости» в совокупности с другими нехимическими аддикциями. Учитывая стрессовое состояние призываемых на военную службу, данные явления могут являться как факторами риска совершения суицида, так и быть дистрессовыми состояниями, мешающими прохождению военной службы. Введение мер по профилактике и реабилитации подростков и молодежи допризывного и призывного возрастов с данными проблемами психического здоровья является актуальным практико-ориентированным направлением научно-исследовательской деятельности.

**Заключение.** Введение в диагностическую классификацию такой отдельной психопатологической категории, как зависимость от компьютерных игр, на данном этапе представляется весьма diskutabelным решением. Прежде всего, существуют риски чрезмерной медикализации проблемы ПК-зависимости, в результате которых многие подростки могут столкнуться с социальными и образовательными проблемами. Тем не менее избыточная увлеченность компьютерными играми часто бывает коморбидна с другой психической и наркологической патологией (СДВГ, аффективная патология, потребление каннабиса, никотиновая и алкогольная зависимость, расстройства пищевого потребления, патологический гемблинг). Возможно, что значительная часть случаев зависимости от компьютерных игр не является какой-то отдельной патологией, но лишь симптоматикой других психических расстройств, проявляющейся в форме, актуальной современной действительности.

## **Особенности распространения психических расстройств среди подростков в условиях Дальнего Востока**

**Солодкая Е.В.<sup>1</sup>, Савин С.З.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия**

**<sup>2</sup> Тихоокеанский государственный университет, Хабаровск, Россия**

---

Актуальность проблемы депрессий (ДР) – наиболее часто встречающегося психического расстройства, манифестирующего уже с подросткового периода – характеризуется широким распространением таких нарушений, сложностью выявления в начале возникновения и высокой степенью суицидального риска. Распространение ДР в 15–20-летнем возрасте достигает 8-20%, составляя до 50% от всего уровня психических болезней среди юношества, при этом большинство самоубийств происходит в возрасте 15-25 лет [1, 3, 4].

В целом уровень суицидов в Приамурье превышает уровни других регионов Дальнего Востока, однако из него «выпадает» Хабаровский край, в котором, по нашему мнению, из-за несовершенства системы учета совершаемых суицидальных попыток и разрозненности организаций, отвечающих за корректный статистический учет завершенных и незавершенных суицидов, отсутствуют достоверные данные об истинном положении дел относительно совершаемых суицидов среди населения [3].

Проведенное нами в 2018-2020 гг. обследование 62 подростков – жителей Дальнего Востока показало, что аффективная патология представляет собой гетерогенную группу расстройств, распознавание и терапия которых до сих пор представляют собой сложную клиническую задачу. Наблюдались вариации депрессивных синдромов, формирование клинической картины которых связано с патопластическим и патогенетическим влиянием возрастных особенностей. При этом так называемая позитивная аффективность реализуется через продуктивные феномены депрессии в виде витальной тоски, идей виновности, различных форм идеомоторного торможения. Проявления негативной аффективности опосредованы через психологическое отчуждение временного характера и принципиально обратимы (ангедония, болезненное бесчувствие, апатия, когнитивные расстройства, связанные с чувствами ментального дефицита, потери интуиции и снижения активной психоэмоциональной реактивности). Астеническая реакция наблюдалась у 30,6% пациентов и характеризовалась пессимизмом, мнительностью и отрицательной оценкой психического состояния в будущем, что негативно сказывалось на течении депрессивного эпизода, формируя суицидальную почву.

Среди подростковых депрессий нередкими оказались психогенно-обусловленные аффективные реакции, в этом возрастном периоде встречающиеся чаще, чем прочие варианты измененных психических состояний. Для них характерны дезорганизация психической деятельности до невротического уровня, вегетососудистые расстройства и появление в клинической картине возрастной специфики подростковых типов реагирования. Психогенные ДР чаще всего проявлялись астенодепрессивным и дисфорическим вариантами, реже – тревожным, истерическим и ипохондрическим типами депрессивного синдрома. Психогенно-провоцированное аффективное состояние выражается реакционной оппозиционностью, протестным поведением, эксплозивным эпизодом с агрессивностью и выраженным дисфорическим аффектом. Наиболее частым проявлением депрессий в ювенальном периоде является сочетание асоциального поведения и злоупотребления психоактивными веществами. Динамика психогенных подростковых ДР имеет форму затяжного процесса, характеризующегося малой выраженностью, незавершенностью клинической картины, неустойчивостью и волнообразностью течения, полиморфизмом симптоматики. Анализ регионального практического опыта профилактики подростковых ДР выявил значительный информационно-аналитический пробел из-за отсутствия многоуровневого мониторинга расстройств аффективного спектра, систематизации организационной и методической помощи этой возрастной группе, включая коренное население [2, 4].

Для достижения положительной динамики при профилактике депрессивных и аффективных расстройств требуется реорганизация психиатрического и медико-психологического сопровождения деятельности учреждений первичного звена медицинской помощи при ведении таких пациентов. Реализация поставленных задач, стоящих перед службами первичной медицинской помощи, в большей мере зависит от наличия организационно-правовой базы, соответствующего уровня профессиональной компетентности врачей, а также наличия соответствующего материального обеспечения.

Практика коррекции неглубоких депрессий показала эффективность психотерапии и стратегий вмешательства в форме программ семейного обучения. Этические взаимоотношения между врачом и пациентом должны позволять подросткам быть активными участниками процесса лечения, а не пассивно подчиняться назначенным процедурам. Эффективность лечения при этом возрастает, уменьшая тяжелые последствия недуга, что приводит к развитию стимула корректного понимания болезни и осознанию важности соблюдать лечебный режим. Проблемы диагностики, лечения и профилактики ДР в пубертатном периоде становятся еще актуальнее в связи с пандемией КОВИД-19. Нарушения депрессивного спектра сохраняют нозологическую неспецифичность и являются частым проявлением подростковых психических патологий. Большую долю ДР по уровню выраженности можно отнести к расстройствам средней и легкой тяжести, при этом среди множества аффективно патологических случаев лидируют депрессивные непсихотические состояния субклинического уровня. Жестких границ, дифференцирующих психопатологически неадекватные и психологически адекватные состояния, связанные со сниженным настроением, как правило, не обнаруживается. Поэтому процесс нозологической верификации и диагностики ДР в пределах «неоднозначных» признаков затруднителен и прогностически некорректен. Нарушения депрессивного спектра в пубертатном периоде определяются специфическими возрастными и феноменологическими особенностями, включая маски соматизированной депрессии, имеющие соматические или психопатологические причины. Аффективность расстройств может проявляться как изолированно, так и сочетанно с иными признаками психопатологии. Формирование таких состояний определяется разными причинами – генетическими, иммунологическими, конституциональными, психогенными, социальными и пр. При этом корректность прогноза значительно определена тем, в пределах какой нозологии реализована диагностика с учетом психических и личных характеристик пациента. Высокая распространенность депрессивных нарушений среди подрастающего поколения Дальнего Востока, медико-демографическое значение для последующих поколений требуют углубленного понимания нозологических и патопсихологических основ ДР. Исследование психического здоровья подростков и определение его взаимосвязи с расстройствами психики в более взрослом периоде требуют систематизации типологии расстройств депрессивного спектра и выявления характерных клинических и динамических свойств этих состояний. Продолжение фундаментальных и прикладных исследований пубертатной фазы психосоциальных, психогенетических, психобиологических особенностей подростков Приамурья – важнейшее условие борьбы с ДР, ибо их недооценка может привести к стратегическим ошибкам в выборе средств фармакотерапии, психотерапии, реабилитации и методах превенции ДР этой возрастной категории населения.

**Исследование выполнено при поддержке РФФИ в рамках научного проекта №19-013-00018.**

#### **Список литературы**

1. Артемьев И.А., Бохан Н.А., Владимирова С.В. Бедность и психические расстройства в регионах Сибири и Дальнего Востока. Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29, № 4. С. 35-41.
2. Захаров Н.Б., Соловьев А.Г. Модель психосоциальной терапии и реабилитации для региона с низкой бюджетной обеспеченностью. Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29, № 4. С. 68-72.
3. Логинов И.П., Солодкая Е.В. Мониторинг суицидальной ситуации в Приамурье. Уровень жизни населения регионов России. 2017. № 2 (204). С. 101-105.
4. Семёнова Н.Б. Суицидальное поведение у детей и подростков коренных народов Сибири: Социальные факторы риска. Суицидология. 2018. Т. 9, № 4 (33). С. 3-16. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-04(33)-3-16

## **Особенности пренатального развития нейронов головного мозга человека под воздействием хронической пренатальной алкоголизации**

**Солонский А.В.<sup>1, 2</sup>, Бохан Н.А.<sup>1, 2</sup>, Потапов А.В.<sup>2</sup>, Шумилова С.Н.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Томск, Россия**

**Введение.** Этанол является одним из самых востребованных психоактивных веществ как на российском, так и на международном рынке [1]. Спрос формируют все категории населения независимо от возрастной или половой принадлежности, в том числе женщины в период фертильности. Особый риск возникает при употреблении алкоголя в течение беременности и лактации. В ряде случаев данная модель поведения способна приводить к патологиям развития у потомства. К таким нарушениям относится и фетальный алкогольный синдром плода (ФАСП), сопровождающийся нарушением формирования центральной нервной системы (ЦНС) [2]. Тем не менее в настоящий момент работ, освещающих механизмы нарушения процессов формирования морфологической структуры головного мозга (ГМ) на порядок больше, чем тех, которые направлены на описание непосредственно самих закономерностей морфологических изменений ткани ГМ. Несмотря на то что достаточно подробно описаны ультраструктурные изменения ГМ в условиях пренатальной алкоголизации [3], данных о изменениях, происходящих на уровне клеточных и сосудистых структур, недостаточно.

**Цель исследования.** Оценить степень влияния хронической пренатальной алкоголизации на процессы формирования морфологической структуры ГМ эмбриона человека и выявить наличие закономерностей развития сосудов микроциркуляторного русла (МЦР) и нейробластов в вышеуказанных условиях.

**Материалы и методы.** Исследование включало аутопсийный материал, полученный в ходе операций по искусственному прерыванию беременности на сроках от 8 до 11 недель внутриутробного развития. Операции проводились в родильных домах и гинекологических отделениях больниц г. Томска. Все процедуры выполнялись согласно требованиям этического комитета.

Материал был получен от женщин, чей возраст варьировал от 25 лет до 41 года. Все участницы были разделены на две группы. В первую вошли те, у кого в анамнезе отсутствовала соматическая или психическая патология, а также не было выявлено контактов с тератогенными факторами на производстве или в быту. Данные женщины не употребляли алкоголь в течение 1 месяца, предшествующего зачатию, а также на протяжении всего периода беременности. Образцы, полученные от вышеуказанной категории пациенток, были включены в группу «Контроль», разделенную на две подгруппы. Подгруппа Контроль1 (К1) включала в себя эмбрионы в возрасте 9 недель внутриутробного развития и была представлена 7 образцами. Подгруппа Контроль2 (К2) была представлена эмбрионами на 10-11-й неделях гестации и также состояла из 7 образцов.

Вторая группа женщин состояла из пациенток с установленным диагнозом: алкоголизм I-II стадии (стаж от 3 до 13 лет). В данном случае все участницы проходили от 1 до 10 курсов лечения от алкогольной зависимости, но на момент забора материала никто из них дисульфирам не принимал. Соответственно полученные образцы формировали группу «Алкоголь», аналогично с предыдущей разделенную на две подгруппы. Алкоголь1 (А1) была составлена из эмбрионов в возрасте 8-9 недель, а Алкоголь2 (А2) – в возрасте 10-11 недель внутриутробного развития, по 6 образцов в каждой подгруппе.

Подготовка материала включала в себя предварительную фиксацию в 0,5% растворе глутаральдегида на 0,1 М натрий-фосфатном буфере с рН 7,3-7,4 и дополнительным дофигсированием в 1% растворе оксида осмия. Далее материал подвергался обезвожива-

нию в спиртах восходящих концентраций и заливался в эпоксидные смолы (Araldite). Окраска производилась толуидиновым синим согласно общепринятой методике. Нarezка полученных образцов осуществлялась с использованием ультратома Ultracut-E (Reichert, Австрия), толщина срезов составляла 0,5-1 мкм (полутонкие). Микроскопирование выполнялось на микроскопе AxioScope A1 (Carl Zeiss, Германия), фотосъемка производилась цифровой камерой Canon G10.

Для проведения морфометрического анализа было использовано программное обеспечение AxioVision 4.8. В ходе исследования проводилось определение диаметров и площадей каждого отдельного нейробласта или сосуда МЦР. Кроме того, проводился подсчет среднего и удельного количества указанных структур на единицу площади среза.

Статистическая значимость определялась путем анализа критерия Манна-Уитни (статистически значимые различия – при  $p < 0,05$ ) с применением программы Statistica 10.

**Результаты и обсуждение.** Для изучаемых сроков развития было характерно наличие следующих компонентов МЦР: 1) дифференцированных венул безмышечного типа, 2) артериол, стенка которых содержала циркулярно расположенные гладкие миоциты, 3) широкой сети капилляров соматического типа. Размер сосудов варьировал от 6 до 11 мкм, в просветах некоторых из них отмечались форменные элементы крови.

В ходе анализа морфометрических закономерностей развития сосудов МЦР ГМ эмбрионов на разных сроках гестации было выявлено, что с увеличением срока развития средняя и удельная площади сосудов статистически значимо уменьшаются в подгруппах Алкоголь по сравнению с подгруппами Контроль. Для ткани ГМ, развивавшегося в условиях пренатального воздействия этанола, было характерно резкое уменьшение размеров сосудов и увеличение их плотности на единицу площади среза. Данный феномен может являться причиной развития ишемии, что приводит к функциональным дефектам, возникающим в ходе дальнейшего формирования ткани ГМ. Нейробласты на изучаемом сроке гестации были представлены клетками правильной округлой формы. Ядро располагалось центрально и могло включать от 1 до 3 ядрышек. Также была выявлена тенденция к расположению клеток в виде групп, размеры которых варьировали в широком диапазоне. Динамического изменения данного параметра выявлено не было.

Исследование численных показателей, полученных в ходе морфометрической обработки, показало, что характерной особенностью ткани, развивавшейся в условиях хронической алкоголизации материнского организма, являлась отрицательная динамика темпов дифференцировки нейробластов. Это проявлялось преобладанием размеров клеток подгруппы А2 над таковыми в К2. При этом площади клеток в К1 и А1 статистически значимых различий не имели. В данном случае также было установлено наличие компенсаторного увеличения среднего количества нейробластов на 1 мм<sup>2</sup> среза с увеличением срока гестации. Причиной выявленной закономерности может являться ишемия, развивающаяся вследствие нарушений, установленных при изучении МЦР и описанных ранее.

**Выводы.** Таким образом, данное исследование продемонстрировало, что пренатальное воздействие этилового спирта может приводить к нарушению морфологической структуры ГМ эмбрионов. Реакции сосудистого и нейробластного компонентов ткани ГМ на токсическое воздействие являются схожими и проявляются уменьшением размеров указанных элементов (сосудов МЦР или нейробластов), а также увеличением их среднего количества на единицу площади среза.

#### Список литературы

1. Bukiya AN, Dopico AM. Fetal Cerebral Circulation as Target of Maternal Alcohol Consumption. *Alcohol Clin Exp Res.* 2018 Jun;42(6):1006-1018. doi: 10.1111/acer.13755. Epub 2018 May 9. PMID: 29672868; PMCID: PMC5984173.
2. Manning MA, Eugene Hoyme H. Fetal alcohol spectrum disorders: a practical clinical approach to diagnosis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2007;31(2):230-8. doi: 10.1016/j.neubiorev.2006.06.016. Epub 2006 Sep 7. PMID: 16962173.
3. Солонский А.В., Семке В.Я., Бохан Н.А., Логвинов С.В. Онтогенетические закономерности развития мозга плодов человека при алкоголизме матери. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2010. № 2 (59). С. 9-18.

## **Адаптация унифицированного протокола Д. Барлоу в терапии хронической бессонницы у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами**

**Сорокин А.П., Епанчинцева Е.М.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Бессонница представляет собой совокупность клинических проявлений (синдром), включая сложности засыпания, частые ночные пробуждения, поверхностное качество ночного сна (нарушение поддержания сна) или ранние пробуждения. Также бессонницу должны сопровождать значительные изменения дневного функционирования в худшую для пациента сторону. В третьем издании Международной классификации расстройств сна указано, что для постановки диагноза хронической бессонницы её клинические симптомы должны присутствовать на протяжении 3 месяцев и проявляться не реже чем 3 раза в неделю [1]. В МКБ-10 проявления хронической бессонницы квалифицированы как бессонница неорганической этиологии (F51.0), нарушения инициации и поддержания сна (F47.0).

Авторами зарубежных работ отмечается, что распространенность бессонницы среди населения составляет 9-15% [2], и приводятся данные, что примерно 6% взрослых в индустриальных странах страдают от хронической бессонницы [3]. Длительное 20-летнее наблюдение когорты взрослых показало, что люди, которые испытывали персистирующую инсомнию на протяжении хотя бы 6 лет, на 58% чаще умирали, чем их сверстники с нормальным сном [4]. Также показано, что бессонница является фактором риска для гипертонической болезни, инфаркта миокарда, хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета II типа. Короткая продолжительность сна признана фактором риска развития ожирения, сахарного диабета II типа, гипертонической болезни и сердечно-сосудистых заболеваний. В клинических рекомендациях AASM и ESRS [5, 6] рекомендована когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) бессонницы. Одной из модальностей КПТ является Унифицированный протокол для лечения эмоциональных расстройств (УПЛЭР). УПЛЭР – это трансдиагностический метод психотерапевтического воздействия, разработанный Дэвидом Барлоу с коллегами, для лечения широкого спектра психических расстройств (тревожные расстройства, ПТСР, аффективные расстройства, личностные расстройства, нарушения сна, пищевые расстройства) [7].

Доказательства эффективности унифицированного протокола были описаны в нескольких исследованиях. Наиболее значимым считается рандомизированное исследование (2017 г.) с размером выборки  $n=223$ , в котором методика УПЛЭР сравнивалась с протоколами «золотого стандарта» КПТ, разработанными для лечения различных тревожных расстройств (ОКР, ГТР, ПР и социальной фобии). Было показано, что УПЛЭР, по крайней мере, так же эффективен для снижения симптоматики, как и специфические протоколы для лечения тревожных расстройств, но может принести дополнительные выгоды при лечении коморбидных состояний. Также отмечалось, что результаты повторных измерений после 12 месяцев при применении УПЛЭР оказались лучше, чем при использовании стандартных протоколов КПТ. До настоящего времени было опубликовано 2 исследования об использовании УПЛЭР в процессе лечения инсомнии, проведенные в Иране – это анализ клинического случая и SCED-исследование (Single-Case Experimental Design). Таким образом, на небольшой выборке ( $n=7$ ) была показана целесообразность использования УПЛЭР для лечения эмоциональных расстройств, коморбидных с хронической бессонницей. Конечные результаты были зафиксированы авторами протокола в обзоре исследований, которые отражают высокую адаптивность УПЛЭР при лечении различных расстройств.



В рамках УПЛЭР для лечения бессонницы особую ценность составляют три модуля, соотносящихся с обоснованными терапевтическими мишенями (регуляция которых позволит обеспечить желаемый эффект): 1) эмоциональной осознанности, направленный на снижение гипервозбуждения, 2) когнитивной гибкости, предполагающий работу с дисфункциональными убеждениями о сне, 3) изменения эмоционального и избегающего поведения, ориентированный на работу с неадаптивным поведением.

В отделении пограничных состояний НИИЗ ПЗ Томского НИМЦ разработана и применяется адаптация УПЛЭР для лечения хронической бессонницы, оказывающей влияние на рост показателей распространенности симптомов психосоматических заболеваний, усталости, утомляемости, ипохондрических и депрессивных проявлений на фоне семейного или производственного стресса. Отличие метода от оригинального протокола состоит в возможности более точечного использования вмешательств и в меньшем количестве психотерапевтических встреч (обычно четырех основных и одной вводной). В рамках «Технологии комплексной реабилитации пациентов пограничного регистра с инверсией циркадного ритма» произведено психотерапевтическое вмешательство с использованием адаптированной УПЛЭР для терапии хронической бессонницы у 15 пациентов, у 40% (6 человек) – без психотропного медикаментозного лечения. На фоне комплексной психореабилитации отмечались статистически значимое снижение уровня выраженности бессонницы по шкале ISI, уменьшение интенсивности тревожных и депрессивных проявлений по шкалам GAD-7 и PHQ-9.

Таким образом, адаптация УПЛЭР в терапии хронической бессонницы в период госпитализации больных с непсихотическими психическими расстройствами показала себя как потенциально эффективное нефармакологическое вмешательство как в случае самой хронической бессонницы, так и при коморбидных тревожных и депрессивных расстройствах. Обоснована необходимость дальнейших исследований на больших по объему выборках пациентов для обнаружения значимых доказательств.

#### Список литературы

1. The International classification of sleep disorders (Diagnostic and coding manual). American Academy of Sleep Medicine. U.S.A.: Darien, 2014.
2. Lichstein KL, Taylor DJ, McCrae CS, Ruitter ME. Insomnia: epidemiology and risk factor. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. Principles and Practice of Sleep Medicine. 5th edition. St. Louis, MO: Saunders; 2011:827-837.
3. Ohayon MM, Partinen M. Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. J Sleep Res. 2002 Dec;11(4):339-46. doi: 10.1046/j.1365-2869.2002.00317.x. PMID: 12464102.
4. Parthasarathy S, Vasquez MM, Halonen M, Bootzin R, Quan SF, Martinez FD, Guerra S. Persistent insomnia is associated with mortality risk. Am J Med. 2015 Mar;128(3):268-75.e2. doi: 10.1016/j.amjmed.2014.10.015. Epub 2014 Oct 16. PMID: 25447616; PMCID: PMC4340773.
5. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med. 2008 Oct 15;4(5):487-504. PMID: 18853708; PMCID: PMC2576317.
6. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, Espie CA, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, Hertenstein E, Jansson-Fröjmark M, Jennnum PJ, Leger D, Nissen C, Parrino L, Paunio T, Pevernagie D, Verbraecken J, Weeß HG, Wichniak A, Zavalko I, Arnardottir ES, Deleanu OC, Strazisar B, Zoetmulder M, Spiegelhalder K. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017 Dec;26(6):675-700. doi: 10.1111/jsr.12594. Epub 2017 Sep 5. PMID: 28875581.
7. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, Bentley KH, Thompson-Hollands J, Conklin LR, Boswell JF, Ametaj A, Carl JR, Boettcher HT, Cassiello-Robbins C. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017 Sep 1;74(9):875-884. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164. PMID: 28768327; PMCID: PMC5710228.

## **Феноменология депрессивных нарушений: экстранозологический, клинко-динамический и реабилитационный аспекты**

**Сорокин М.В., Селезнёв С.Б.**

**ВПО ГБУЗ «Городская больница города Анапы» МЗ Краснодарского края  
ООО Медицинский центр «Альфа-Престиж», Анапа, Россия**

По официальной статистике ВОЗ, в настоящее время депрессивными расстройствами страдает более 350 млн современного человечества, 150 млн ежегодно вновь заболевают депрессиями. Каждая пятая современная женщина страдает послеродовой депрессией, а 60% лиц, совершивших самоубийства, имеют депрессивные нарушения. Прогнозы ВОЗ в этом плане то же неутешительны: в ближайшие годы депрессия займёт первое место среди распространенных заболеваний человека, опережая даже традиционных лидеров – инфекционные заболевания и сердечно-сосудистую патологию. И лишь сегодняшняя коронавирусная пандемия на некоторое время ослабляет лидирующую позицию депрессий. Российская статистика в свою очередь выглядит так же пессимистично: депрессиями страдает около 15% россиян, хотя 50 лет назад этот показатель был ниже в 10 раз.

Между тем специалистам хорошо известно, что расстройства депрессивного спектра отличаются значительным полиморфизмом феноменологических и клинических проявлений, которые принято дифференцировать как по базовой этиологической принадлежности (эндогенные, психогенные, соматогенные и др. депрессии), по остроте клинических проявлений (острые реактивные состояния, шоковые депрессивные реакции, депрессивный раптус и др.), так и по динамике развития (преходящие, фазовые, рецидивирующие, прогрессирующие, моно- и биполярные), а также по атипичным проявлениям («улыбающиеся», «маскированные» или соматизированные депрессии), что нередко вызывает серьезные затруднения в их ранней диагностике и лечении.

На основе вышесказанного нам представляется актуальным проведение комплексного клинко-психопатологического и клинко-динамического исследования современного спектра наиболее часто встречающейся в общесоматической и психиатрической (амбулаторно-поликлинической) практике депрессивной феноменологии с последующей разработкой научно обоснованных подходов к ранней (донозологической) диагностике, лечению и профилактике депрессивных нарушений.

Объектом исследования является широкий спектр депрессивных нарушений – от их предболезненных (преморбидно-личностных и донозологических) проявлений до клинически сформировавшихся депрессивных синдромов и нозологий, их клиническая статика, динамика, а также их дифференцированный подход к их лечению и профилактике. Предметом исследования являлась ранняя (донозологическая) диагностика и профилактика депрессивных нарушений, их клиническая динамика, дифференцированное лечение и реабилитация больных на всех уровнях их развития.

Задачи исследования: 1) изучение экстранозологической феноменологии депрессивных нарушений с выявлением диагностически и прогностически значимых феноменологических, клинических и параклинических маркеров, участвующих в формировании депрессивных расстройств различной нозологии и клинической структуры; 2) определение клинически значимых индивидуально-личностных, конституциональных, соматоневрологических особенностей и других социальных и биологических факторов риска (психогенные, социально-экономические, производственные, семейно-бытовые, экзогенно-органические, соматические) у лиц с различными донозологическими и клинически оформленными депрессивными состояниями; 3) дифференцированное изучение клинко-психопатологических и клинко-динамических особенностей у больных с различными депрессивными нозологиями (психогенные, эндогенные, экзогенно-органические, конституционально-личностные и др.).

На базе взрослого психиатрического поликлинического отделения ГБ УЗ «Городская больница города Анапы» в 2020-2021 гг. было обследовано и пролечено 89 пациентов с депрессивной симптоматикой, с установленными диагнозами: депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, дистимия, расстройство адаптации депрессивной структуры. Из них у 10 пациентов было впервые диагностировано данное заболевание.

В связи с огромным полиморфизмом данной нозологии симптомы депрессивных расстройств в современной научной биологической психиатрии гипотетически соотносятся с нарушением обмена известных нейротрансмиттеров. Так например: ангедония, апатия, аспонтанность, уплощенный аффект, эмоциональная отгороженность, затрудненное абстрактное мышление, нарушение его плавности и содержательности связаны с синдромом дефицита дофамина. Трудности с концентрацией внимания, снижение объема рабочей памяти, замедление информационных процессов, моторная заторможенность, утомляемость выявляются при синдроме дефицита норадреналина. Приступы тревоги, паники, фобические нарушения, обсессии и компульсии, пищевой крейвинг, булимия ассоциируются с синдромом дефицита серотонина. При этом дефицит двух и трех моноаминов может свидетельствовать о тяжести депрессивной симптоматики. Так как морфологический и биохимический субстраты головного мозга изменяются достаточно длительно (медленно), то уже на предболезненном уровне могут иметь место те или иные психические проявления – «моноаминовые феномены», которые и будут преобладать в личностном преморбиде и которые можно оценивать в качестве предиктора по отношению к возможному началу того или иного депрессивного расстройства.

В настоящее время в этом направлении нами проводится соответствующий ретроспективный клинический анализ, который позволит на основе данных научной литературы прийти к более глубокому пониманию взаимосвязи и взаимозависимости феноменологии донозологических депрессивных проявлений с дефицитом моноаминов, определению уровня которых мы также планируем внедрить в нашу практическую работу.

Полученные результаты могут оказаться полезными не только в аспекте более ранней диагностики депрессивных нарушений, но и в выборе более эффективных терапевтических (психофармакологических) стратегий.

## **Персонализированная терапия непсихотических психических расстройств у пациенток с доброкачественными новообразованиями молочной железы**

**Тарасова А.В., Куприянова И.Е.**

**Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

---

В последние годы исследователями уделяется все больше внимания изучению психических расстройств у пациентов с онкопатологией [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Ввиду роста заболеваемости и смертности по причине онкологических заболеваний большинство работ посвящено расстройствам среди пациентов, страдающих именно злокачественными новообразованиями. Но не стоит забывать, что даже сам факт необходимости обследования у онколога, не говоря о госпитализации в онкологический стационар, это уже стрессовая ситуация для любого человека. Поэтому пациентки с диагнозом доброкачественной опухоли молочной железы испытывают не меньше тревожных переживаний, чем пациентки, страдающие раком. Они также обращаются к психиатрам и психотерапевтам за специализированной помощью, что требует более детального изучения данной проблемы и формирования новых алгоритмов персонализированной терапии.

**Цель исследования:** изучить структуру непсихотических психических расстройств у женщин с доброкачественными опухолями молочной железы; оценить уровень испытываемой ими тревоги; обеспечить высококвалифицированную персонализированную медицинскую помощь данной категории пациентов.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический. **Материал исследования:** 46 женщин с доброкачественным новообразованием молочной железы, в возрасте от 29 до 46 лет, с диагностированными непсихотическими психическими расстройствами тревожно-депрессивного спектра (рубрика F4 по диагностическим критериям МКБ-10).

**Обсуждение результатов.** Состояние пациенток в наблюдаемой группе при госпитализации в основном характеризовалось тревожно-фобической симптоматикой различной степени выраженности с разнообразными психоvegetативными проявлениями и склонностью к ипохондрическим переживаниям. Описанное состояние у обследуемых женщин наблюдалось от 3 до 9 месяцев после установленного диагноза доброкачественной опухоли молочной железы. Ведущими жалобами были немотивированная тревога и страх развития рака. Со слов пациенток, после установления диагноза они активно изучали литературу об онкологических заболеваниях, стали заниматься самодиагностикой, фиксировались на различных изменениях и негативных телесных ощущениях. По шкале Спилбергера-Ханина ситуативная тревога пациенток при обращении в среднем составляла  $47 \pm 3$  балла. Выявленные расстройства отвечали критериям следующих диагнозов по МКБ-10: другие смешанные расстройства ( $n=29$ ), паническое расстройство ( $n=8$ ), расстройства адаптации с преобладанием различной симптоматики ( $n=6$ ), соматоформное расстройство ( $n=3$ ). По ходу лечения наблюдалась высокая настороженность и тревожность испытуемых по отношению к применению психотропных лекарственных средств. При достижении необходимого эффекта психофармакотерапии (антидепрессанты группы СИОЗС и транквилизаторы) в схему лечения дополнительно включались различные методы психотерапевтического воздействия. Психотерапия проводилась не только индивидуально, но и в группах. Использовались методы когнитивно-поведенческой и личностно-ориентированной терапии, техники аутотренинга и визуализации, проективные методики и арттерапия. По результатам заключительного этапа лечения наблюдалась положительная динамика, оцениваемая как по редукции клинических проявлений, так и по психологическим шкалам, в частности показатели ситуативной тревоги по шкале Спилбергера-Ханина снизились с  $47 \pm 3$  до  $28 \pm 3$  балла, в то время как изменения личностной тревоги имели незначительный разброс.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что проблема онкологических заболеваний имеет довольно широкий спектр влияния и касается не только пациентов с диагнозом «рак». Дальнейшее наблюдение за пациентками с доброкачественными новообразованиями, их обследование и оказание лечебно-профилактической помощи позволит более детально изучить особенности их психологических реакций и повысить качество реабилитационных и превентивных мероприятий.

#### **Список литературы**

1. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. Практическая онкология. 2001. № 1 (5) (март). С. 5-13.
2. Семке В.Я., Чойнзонов Е.Ц., Куприянова И.Е., Балацкая Л.Н. Развитие сибирской психоонкологии. Томск: Изд-во ТГУ, 2008. 198 с.
3. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии. Вестник СпбГУ. 2010. Вып. 1. С. 91-100.
4. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD, Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008 May-Jun;30(3):208-25. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006. PMID: 18433653.
5. Latas M, Vučinić Latas D, Spasić Stojaković M. Anxiety disorders and medical illness comorbidity and treatment implications. *Curr Opin Psychiatry*. 2019 Sep;32(5):429-434. doi: 10.1097/YCO.0000000000000527. PMID: 31116127.
6. Niles AN, Dour HJ, Stanton AL, Roy-Byrne PP, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD, Rose RD, Craske MG. Anxiety and depressive symptoms and medical illness among adults with anxiety disorders. *J Psychosom Res*. 2015 Feb;78(2):109-15. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.018. Epub 2014 Nov 25. PMID: 25510186; PMCID: PMC4297513.
7. Куприянова И.Е., Гураль Е.С. Психические расстройства у пациентов с онкопатологией определенной локализации (рак легких, желудка, кишечника). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 2 (103): 74–81. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2\(103\)-74-81](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2019-2(103)-74-81)

## Изучение вклада полиморфного варианта rs1954787 в формирование гетероагрессии у пациентов с шизофренией

Тигунцев В.В., Корнетова Е.Г., Федоренко О.Ю.

Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

**Введение.** Гетероагрессивное поведение довольно часто встречается среди симптомов шизофрении и имеет гетерогенную природу, включая генетическую предрасположенность [1]. Обычно его принято рассматривать как часть позитивной симптоматики заболевания либо её следствие [2]. Например, гетероагрессия может быть проявлением бредовых идей воздействия или преследования, а также галлюцинаций, например, вербальных или зрительных. Подобное поведение нередко имеет тяжёлые социальные последствия и требует значительных профилактических мер [3], особых условий содержания пациентов и тактики терапии. В связи с перечисленным прогнозирование гетероагрессивного поведения больных шизофренией остаётся актуальной проблемой современной психиатрии [4].

Ген GRIK4 кодирует ионотропный глутаматный каинатный рецептор и, как показано в некоторых исследованиях, участвует в патогенезе шизофрении [5, 6, 7]. Глутамат является главным возбуждающим нейромедиатором в ЦНС за счет активации лиганд-зависимых ионных каналов и мембранных рецепторов, связанных с G-белком. В свою очередь изменение активности глутаматергической системы способно стать причиной агрессивного поведения. Таким образом, полиморфные варианты гена GRIK4 могут влиять на наличие или отсутствие гетероагрессии у пациентов с шизофренией.

**Цель исследования:** сравнить частоты генотипов полиморфного варианта rs1954787 у больных шизофренией, проявлявших и не проявлявших гетероагрессию.

**Материал и методы.** Обследованы пациенты (n=371) с установленным диагнозом шизофрении, которые проходили стационарное лечение в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и Томской клинической психиатрической больницы. Для психометрической оценки выраженности симптомов шизофрении использовалась шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale). Наличие гетероагрессивного поведения в анамнезе выявлялось в процессе клинического интервью и путем сбора объективных сведений, в том числе из медицинской документации. В качестве метода выделения ДНК из лейкоцитов цельной периферической крови использовался стандартный фенол-хлороформный метод. Для генотипирования был выбран SNP rs1954787 в гене GRIK4. Определение аллельных вариантов проводили методом real-time PCR со специфическими праймерами с использованием наборов SNP Genotyping Assay на приборе StepOnePlus (США). Статистический анализ проводился с использованием пакета программ Statistica for Windows (версия 10,0). Статистическая обработка данных проводилась с помощью критерия Пирсона  $\chi^2$ . Уровень статистической значимости был принят равным 0,05.

**Результаты.** Как представлено в таблице, сравнение частот генотипов в группах пациентов с наличием гетероагрессии и без неё не выявило чётких ассоциаций ( $p=0,18$ ). Также не удалось найти статистически значимых различий по показателям баллов позитивных синдромов шкалы PANSS в обозначенных группах ( $p=0,19$  и  $p=0,59$ ).

	Генотип у пациентов с шизофренией					
	СС	СТ	ТТ	СС	СТ	ТТ
Наличие гетероагрессии	42	53	27	18 (14; 23,5)	20,5 (16; 24)	22 (17; 27)
Нет гетероагрессии	74	133	42	20 (14,5; 25,5)	19,5 (15; 24)	19 (15; 26)

**Заключение.** Полученные результаты пилотного исследования показывают, что полиморфный вариант rs1954787 гена GRIK4 в изучаемой выборке не вносит значительно вклада в развитие гетероагрессивного поведения у больных шизофренией, однако дальнейшие исследования по этой теме могут способствовать разработке программ прогнозирования и профилактики социально опасных действий пациентов с шизофренией.

### Список литературы

1. Марусин А.В., Корнетов А.Н., Сваровская М.Г., Вагайцева К.В., Павленюк Е.С., Степанов В.А. Ассоциация генов подверженности к алкоголизму, шизофрении и болезни Альцгеймера с психодиагностическими признаками в популяции русских. Бюллетень сибирской медицины. 2016. Т. 15, № 5. С. 83–96. DOI: 10.20538/1682-0363-2016-5-83-96
2. Осколкова С.Н., Печенкина О.И. К вопросу о суицидальном поведении больных шизофренией, совершивших агрессивные общественно опасные деяния. Российский психиатрический журнал. 2009. № 1. С. 10-15.
3. Котов В.П., Мальцева М.М. Клинические аспекты первичной профилактики общественно опасных действий психически больных. Социальная и клиническая психиатрия. 2004. Т. 14, № 1. 77-80.
4. Винникова И.Н., Дмитриев А.С., Положий Б.С., Печенкина О.И., Ермолаева Д.Ю. Суицидальное поведение как фактор риска социальной опасности пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Суицидология. 2019. Т. 10, № 4 (37). С. 76-84. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-04(37)-76-84.
5. Blackwood D.H., Pickard B.J., Thomson P.A., Evans K.L., Porteous D.J., Muir W.J. Are some genetic risk factors common to schizophrenia, bipolar disorder and depression? Evidence from DISC1, GRIK4 and NRG1. Neurotox Res. 2007 Jan;11(1):73-83. doi: 10.1007/BF03033484. PMID: 17449450.
6. Pickard B.S., Malloy M.P., Christoforou A., Thomson P.A., Evans K.L., Morris S.W., Hampson M., Porteous D.J., Blackwood D.H., Muir W.J. Cytogenetic and genetic evidence supports a role for the kainate-type glutamate receptor gene, GRIK4, in schizophrenia and bipolar disorder. Mol Psychiatry. 2006 Sep;11(9):847-57. doi: 10.1038/sj.mp.4001867. Epub 2006 Jul 4. PMID: 16819533.
7. Миронова Ю.С., Жукова И.А., Жукова Н.Г., Иванова С.А., Алифирова В.М., Бойко А.С., Османова Д.З., Ижболдина О.П., Латыпова А.В. Болезнь Паркинсона и полиморфизмы генов глутаматергической системы GRIN2A, SLC1A2 и GRIK4. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018. Т. 10, № 2. С. 27-32. DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-27-32

Данное исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 21-15-00212.

## **Синдром PANDAS и расстройства аутистического спектра: сходная симптоматика или патогенез?**

**Трифонова Е.А.<sup>1</sup>, Иванова Е.Н.<sup>2</sup>, Гайнова И.А.<sup>3</sup>,  
Клименко А.И.<sup>1</sup>, Лашин С.А.<sup>1, 2</sup>**

**<sup>1</sup> Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия**

**<sup>2</sup> Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, Новосибирск, Россия**

**<sup>3</sup> Институт математики имени С.П. Соболева СО РАН, Новосибирск, Россия**

Расстройства аутистического спектра (РАС) являются гетерогенным расстройством нейropsychического развития со сложными генетическими, экологическими и эпигенетическими компонентами и характеризуются ранним дебютом проблем в коммуникативной и речевой сферах, затруднениями в социализации и стереотипным поведением.

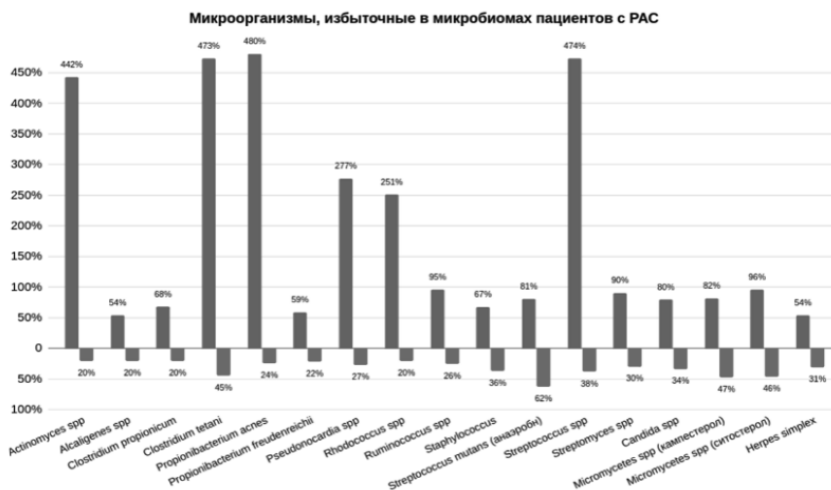
Синдромальная форма РАС включает вызываемые моногенными мутациями синдромы, которые значительно повышают риск развития аутизма, но каждый из них имеет дополнительные особенности, не связанные с РАС. Считается, что генетическими причинами можно объяснить до 25% случаев РАС. В случаях, когда не удастся найти генетических или других известных механизмов для объяснения причин расстройства, используют термин «идиопатический аутизм». Нарушения функций иммунной системы часто отмечаются у детей с аутизмом, в среднем семейная история аутоиммунных расстройств увеличивает риск рождения аутичного ребенка на 28%, а наиболее значительно риск повышают псориаз (на 59%), ревматоидный артрит (на 51%), сахарный диабет I типа (на 49%) и гипотиреоз (на 64%) [1].

Инфекции и возникающий в результате иммунный ответ на них в последнее время получают всё большее признание в качестве механизмов патогенеза психоневрологических расстройств. Хорея Сиденгама (SC), широко признанное постстрептококковое аутоиммунное заболевание, является моделью для изучения патогенеза подобных расстройств. Считается, что при SC дисрегулируемый иммунный ответ на стрептококковую инфекцию вызывает воспаление нейронных сетей, особенно ядер базальных ганглиев. Дисфункция в ядрах базальных ганглиев приводит к совокупности неконтролируемых движений и психиатрических симптомов, которые, как показали исследования, поддаются иммуномодулирующей терапии.

PANDAS (детское аутоиммунное психоневрологическое расстройство, связанное со стрептококками) предложен в качестве варианта SC с общим патогенезом, несмотря на уникальный профиль преимущественно психиатрических симптомов PANDAS [2]. Но стрептококки не исключительны в своей способности вызывать аутоиммунные психоневрологические осложнения, к альтернативным индукторам относятся вирусы гриппа и ветряной оспы, микоплазмы, обобщенно весь спектр подобных синдромов называют PANS. Особенно трудно выявить нейроиммунные заболевания в детском возрасте. PANS и PANDAS иногда ошибочно диагностируются как ОКР, синдром Туретта, СДВГ, анорекия и другие психические расстройства. Наличие навязчивых ритуалов и интересов, ригидность в отношении рутины и нарушение зрительного контакта могут быть ошибочно приняты за PAC у маленьких детей [3].

В случае SC и PANDAS аутоантитела больных, кроме олигосахаридов стрептококков, реагируют с лизоганглиозидом и дофаминовыми рецепторами D1R и D2R, а также активируют СаМКП (кальций/кальмодулин зависимую протеинкиназу II), что приводит к усиленному высвобождению дофамина и проявлению непроизвольных движений и психоневрологических симптомов у больных. Всё это означает, что SC и PANDAS являются, по сути, аутоиммунным дофамин-рецепторным энцефалитом [4].

Стрептококковые инфекции относятся к числу распространенных детских инфекций, особенно в неблагоприятных климатических условиях Сибири и Дальнего Востока. В настоящем исследовании проведена попытка выяснить, какой процент детей с PAC имеет персистирующую стрептококковую инфекцию в тонком кишечнике. Тема нарушения кишечного микробиома у пациентов с PAC в настоящее время является одной из обсуждаемых в международном профессиональном сообществе, но проблема заключается в том, что в основном для анализа доступна только просветная микробиота толстого кишечника, в то время как очевидно большее значение в формировании иммунного статуса имеет пристеночная микробиота тонкого кишечника.



**Рисунок 1. Микроорганизмы, избыточно присутствующие в микробиоме тонкого кишечника пациентов с PAC (по данным анализа 97 пациентов с PAC)**

В ходе выполнения исследования мы использовали признанный медицинским сообществом клинически значимым анализ микробных маркеров тонкого кишечника методом газовой хромато-масс-спектрографии по Осипову (Осипов Г.А., 1991). Результаты анализа микробиома тонкого кишечника по Осипову были собраны у родителей детей с РАС, проживающих на территории РФ, и представлены в виде файлов PDF.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что *Streptococcus* spp является одним из наиболее избыточно представленных микроорганизмов у пациентов с РАС (474% нормы у 38% участников исследования), наряду с *Clostridium tetani* (473% нормы у 45% участников исследования) и *Propionibacterium acnes* (480% нормы у 24% участников исследования).

Сравнения производились с допустимыми значениями в каждой возрастной группе по данным Лаборатории микробной диагностики (Санкт-Петербург).

Для подтверждения диагноза PANDAS у пациентов с избыточным количеством стрептококков в тонком кишечнике необходимы дополнительные исследования на ауто-антитела, наилучшим из таких исследований является пятитестовая панель Каннингем [4]. Антистрептолизин – антитела против стрептококкового гемолизина О (АСЛЮ), являющийся маркером острой стрептококковой инфекции, не является достоверным при PANDAS, особенно у пациентов с РАС, аутоиммунный процесс у которых уже давно перешел в хроническую фазу.

#### **Список литературы**

1. Wu S, Ding Y, Wu F, Li R, Xie G, Hou J, Mao P. Family history of autoimmune diseases is associated with an increased risk of autism in children: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2015 Aug;55:322-32. doi: 10.1016/j.neubiorev.2015.05.004. Epub 2015 May 15. PMID: 25981892.
2. Williams KA, Swedo SE. Post-infectious autoimmune disorders: Sydenham's chorea, PANDAS and beyond. *Brain Res.* 2015 Aug 18;1617:144-54. doi: 10.1016/j.brainres.2014.09.071. Epub 2014 Oct 7. PMID: 25301689.
3. Casoli-Reardon M. MCPAP News. <https://www.mcpap.com/pdf/Vol19Feb19MCPAPNews.pdf>
4. Wilens TE, Spencer TJ. Understanding attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood to adulthood. *Postgrad Med.* 2010 Sep;122(5):97-109. doi: 10.3810/pgm.2010.09.2206. PMID: 20861593; PMCID: PMC3724232.
5. Shimasaki C, Frye RE, Trifiletti R, Cooperstock M, Kaplan G, Melamed I, Greenberg R, Katz A, Fier E, Kem D, Traver D, Dempsey T, Latimer ME, Cross A, Dunn JP, Bentley R, Alvarez K, Reim S, Appleman J. Evaluation of the Cunningham Panel™ in pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infection (PANDAS) and pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome (PANS): Changes in antineuronal antibody titers parallel changes in patient symptoms. *J Neuroimmunol.* 2020 Feb 15;339:577138. doi: 10.1016/j.jneuroim.2019.577138. Epub 2019 Dec 15. PMID: 31884258.

## **Использование художественных фильмов в преподавании наркологии у студентов медицинской академии**

**Уваров И.А.<sup>1, 3</sup>, Ходырева Т.С.<sup>2</sup>, Бурт А.А.<sup>3</sup>**

**<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия**

**<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», Ижевск, Россия**

**<sup>3</sup> ФКУ НИИ «Федеральной службы исполнения наказания РФ», Ижевск, Россия**

Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) довольно часто встречаются в работе врача любой специальности. Важность этой проблемы не вызывает сомнений, однако на изучение наркологии в рамках медицинского вуза выделяется чрезвычайно мало времени (2 часа лекций и 4 часа практических занятий). Как следствие, мы имеем низкую грамотность врачей, распространенность среди них мифов и заблуждений, которые существенно затрудняют диагностику и профилактику наркологической патологии, снижают эффективность помощи наркологическим больным [1, 2].



Весомым подспорьем, углубляющим осмысление проблемы наркологических заболеваний и расширяющим кругозор практических навыков в решении этой проблемы, могут служить художественные кинофильмы. Как правило, в них ярко демонстрируется клиническая картина зависимости, пациенты представлены в естественных для них условиях и не возникает проблем с конфиденциальностью. Художественные кинофильмы как нельзя лучше помогают реализации принципа активности, сознательности и самостоятельности, хорошо отработанного в медицинской педагогике [3, 4]. За рубежом накоплен определенный положительный опыт по использованию коммерческих фильмов в обучении студентов медицинского вуза психиатрии-наркологии. Существуют авторские списки фильмов, рекомендуемых к просмотру при изучении той или иной патологии, перечень вопросов для приобретения знаний, навыков и установок. Подчеркивается возможность использования фрагментов фильмов для проверки уровня знаний студентов [5, 6].

На стандартных учебных занятиях большинство студентов обычно заняты пассивной деятельностью, заключающейся в копировании информации, предоставленной педагогом. Но для каждого преподавателя первостепенным и определяющим является не количество зафиксированного студентом нового материала, а количество оставшихся в памяти осмысленных фактов и сведений. Студента необходимо заинтересовать информацией, чтобы ему были интересны процесс обучения и содержание обучения. Известно, что новые знания, воспринятые зрительно, более осмыслены и лучше сохраняются в памяти. Именно поэтому считается возможным и целесообразным использование художественных кинофильмов, способствующих либо закреплению полученных знаний, либо систематизации изученного, либо просто надолго сохраняются в памяти студента благодаря ярким и запоминающимся эпизодам. Художественные кинофильмы могут быть приспособлены и адаптированы ко всем известным в педагогике формам, методам и средствам обучения [7, 8, 9, 10, 11]. При этом не следует забывать, что чрезмерное увлечение на занятиях художественными кинофильмами может снизить интерес к другим, не менее важным формам учебной деятельности [10]. Тем не менее даже самые высокохудожественные, содержательные и полностью реалистичные фрагменты из кинофильмов не могут заменить непосредственную работу студента с больным, беседу, наблюдение и его обследование. Следует также учитывать возможность непровольного сопутствующего научения наркотизации, что не соответствует намерениям педагога [3, 12].

В частности на семинарских занятиях нами осуществлялся просмотр фрагментов как из зарубежных кинофильмов (На игле, Пленники небес, Покидая Лас-Вегас, Дневник баскетболиста, Под кайфом, Траффик, Криминальное чтение, Альфа-дог, Ананасовый экспресс, Волк с Уолл-стрит, Черри), так и отечественных лент (Заблудившийся, Морфий, Тиски, Я, Географ глобус пропил, Игла, Вий, Роман с кокаином). Как показывает наше многолетнее наблюдение, в процессе просмотра художественных кинофильмов, демонстрирующих наркологическую патологию, с их последующим обсуждением будущие врачи лучше усваивают программу по наркологии, развивают клиническое мышление, учатся аргументированно отстаивать свою точку зрения. Использование в учебном процессе демонстрации художественных фильмов, по нашему убеждению, помогает значительно глубже изучить клинику зависимостей от ПАВ, понимать личностные изменения у больных с наркологической патологией, что способствует улучшению диагностических и практических умений у студентов старших курсов медицинской академии.

Таким образом, методика использования материалов художественных кинофильмов в процессе обучения студентов медицинской академии на семинарских занятиях по наркологии создает условия для индивидуальной самостоятельной учебной деятельности обучающихся, позволяет объективно диагностировать и оценивать уровень знаний, умений и навыков студентов, является доступным для восприятия, относится к современным, постоянно обновляющимся средствам обучения, обеспечивает активно работающую обратную связь с преподавателем. Использование материалов художественных кинофильмов у студентов медицинской академии на семинарских занятиях по наркологии способствует лучшей и всесторонней теоретической подготовке студентов к клинической работе с больными.

### Список литературы

1. Иванов А.С., Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Собина И.А. Анозогнозия общества к алкогольной и наркотической аддикции у студентов. Материалы респ. научно-практ. конф., посвященной 100-летию со дня рождения А.Л. Лещинского. Ижевск: Изд-во «Экспертиза», 2001. С. 28-39.
2. Голенков А.В., Бигдагирова Д.Р. Возможности использования художественных фильмов для преподавания наркологии. Наркология. 2012. № 4. С. 36-42.
3. Fox G. Teaching normal development using stimulus videotapes in psychiatric education. Acad Psychiatry. 2003 Winter;27(4):283-8. Doi: 10.1176/appi.ap.27.4.283. PMID: 14754852.
4. Welsh CJOD's and DT's: Using Movies to Teach Intoxication and Withdrawal Syndromes to Medical Students. Acad Psychiatry. 2003; 27:182–186. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.3.182>.
5. Ковалев Ю.В., Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Васильев В.В., Пакриев С.Г. Роль рабочих учебных программ в организации учебного процесса на кафедре психиатрии, наркологии и мед-психологии. Актуальные вопросы психиатрии: материалы научно-практической конференции. Ижевск, 2014. С.149-151.
6. Klemenc-Ketis Z, Kersnik J. Using movies to teach professionalism to medical students. BMC Med. Educ. 2011;11(60). <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-60>
7. Лекомцев В.Т., Лекомцев В.В., Уваров И.А. Формирование деонтологического образа врача у студентов II и V курсов медицинского вуза. Традиции и инновации преподавания психиатрии и психологии на различных этапах медицинского образования: материалы научно-методической конференции. Чебоксары, 2009. С. 30-37.
8. Лекомцев В.Т., Уваров И.А., Голенков А.В. Методология проведения практических занятий по психиатрии и наркологии. Психическое здоровье. 2019. № 2. С. 7-12. DOI: 10.25557/2074-014X.2019.02.7-12
9. Первезенцева Э.А. Разработка комплекса электронных образовательных ресурсов и его использование для самостоятельной информационной учебной деятельности: автореф. дис. ... к.п.н. М., 2013. 19 с.
10. Артюхина А.И., Гетман Н.А., Голубчикова М.Г., Лопанова Е.В., Рабочих Т.Б., Рыбакова Н.Н. Компетентностно-ориентированное обучение в медицинском вузе: Учебно-методическое пособие / под ред. Е.В. Лопановой. Омск: ООО «Полиграфический центр КАН», 2012. 198 с.
11. Краевский В.В. Методология педагогического исследования: пособие для педагога-исследователя. Самара, 1994. 26 с.
12. Bhugra D. Teaching psychiatry through cinema. Psychiatric Bulletin. 2003;27(11):429-430. DOI:10.1192/pb.27.11.429

## **Проблемы диагностики послеоперационного делирия в международной практике**

**Хилюк Д.А., Сиденкова А.П., Андреева В.А.**

**ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Екатеринбург, Россия**

В настоящее время число оперативных вмешательств в рамках оказания специализированной помощи пациентам старших возрастных групп непрерывно растет, что связано с тенденцией к демографическому старению населения и неуклонным ростом доли возрастнo-специфических заболеваний. В структуре послеоперационных осложнений большой объем приходится на послеоперационный делирий (ПД). ПД имеет ряд негативных последствий: ухудшает качество жизни, ведет к социально-бытовой и профессиональной дезадаптации, вызывает поздние и отсроченные когнитивные расстройства, вплоть до деменции, повышает продолжительность госпитализации, стоимость лечения и летальность. Распространенность ПД среди взрослого контингента хирургических стационаров по разным данным составляет от 10–24% до 37–46%. В отделении интенсивной терапии частота выявляемости послеоперационного делирия варьирует в ещё более широком диапазоне – от 9% до 87% случаев, что связано с типом оперативного вмешательства, полом и возрастом исследуемых групп. Однако существует мнение, согласно которому широкий разброс данных может быть связан так же с терминологическими разногласиями и отсутствием однозначного определения термина «делирий» в разных литературных источниках.

Согласно анализу литературных данных, отмечаются некоторые различия в определении «делирия» в российской и англоязычной психиатрии. На территории России этот термин определяется намного более строго и узко, в то время как в англоязычных странах рассматривается более широко. В частности в российской психиатрии наряду с делирием выделяются и другие формы экзогенного помрачения сознания – аменция, сумеречное помрачение сознания, острая спутанность; в англоязычных же странах все эти синдромы поглощаются одним термином «делирий». В некоторых русскоязычных источниках можно встретить такие терминологические аналогии, как «энцефалопатия», «острый психоз», «цереброваскулярное заболевание» и прочие диагнозы, которые, тем не менее, отвечают критериям диагностики делирия. Наиболее общепризнанными стандартами диагностики делирия, в том числе и послеоперационного, являются DSM-5 и МКБ-10. Наиболее развернутое определение понятия «делирий» приведено в МКБ-10, где делирий определяется как неспецифический органический церебральный синдром, характеризующийся одновременным нарушением сознания, внимания, восприятия, мышления, памяти, психомоторного поведения, эмоций, цикличности сна и бодрствования. Но в данной классификации нет диагностических критериев послеоперационного делирия и его временных рамок. В DSM-5 делирий определяется как острое неустойчивое расстройство сознания, внимания, познания и восприятия, не объясняемое ранее существовавшей или развивающейся деменцией, и так же не стандартизирует время возникновения делирия в послеоперационный период. По рекомендациям Европейского общества анестезиологов (ESA, 2017), послеоперационный делирий – это острое расстройство сознания, возникшее в течение 5 суток после операционного вмешательства, хирургических манипуляций или с интервалом несколько дней после промежутка ясного сознания.

Делирий определяют как нейрокогнитивный синдром, вызванный обратимым нарушением работы нейронов из-за лежащего в основе системного нарушения. По данным авторов, в отделении postanестезии ПД обычно распознается как внезапное, неустойчивое и обратимое нарушение психического статуса с некоторой степенью нарушения внимания, он может возникать в любое время после вмешательства, от 10 минут после завершения анестезии и вплоть до выписки пациента из стационара [1]. В зарубежной работе авторов более чем из 10 стран представлены научно обоснованные и согласованные рекомендации по профилактике и лечению ПД [2]. В вопросе выбора диагностического инструмента для выявления ПД так же нет единого мнения, в различных исследованиях используют следующие шкалы: CAM (Confusion Assessment Method), CAM-ICU (Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit), ICDSC (Intensive Care Delirium Screening Checklist), DRS-R-98, Delirium Symptom Interview, Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) и др. Стоит отметить, что специалистом, проводящим диагностику делирия в раннем послеоперационном периоде, чаще всего является врач анестезиолог-реаниматолог, реже – врач-специалист, осуществлявший оперативное вмешательство, в некоторых случаях – средний медицинский персонал. Диагностика послеоперационного делирия врачами-психиатрами проводится лишь в исключительных случаях, что не может не сказываться на выявляемости делирия в общем потоке пациентов.

Таким образом, исходя из анализа литературных источников, можно сделать вывод, что не существует единого инструмента диагностики послеоперационного делирия, позволяющего стандартизировать диагностический процесс, а терминологические разногласия в определении послеоперационного делирия представляют собой реальное отражение неспособности распознать послеоперационный делирий, что влечет за собой ухудшение конечных результатов лечения.

#### Список литературы

1. Janjua MS, Spurling BC, Arthur ME. Postoperative Delirium. 2021 Aug 12. In: Stat Pearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 30521252.
2. Aldecoa C, Bettelli G, Bilotta F, Sanders RD, Audisio R, Borozdina A, Cherubini A, Jones C, Kehlet H, MacLulich A, Radtke F, Riese F, Slooter AJ, Veyckemans F, Kramer S, Neuner B, Weiss B, Spies CD. European Society of Anaesthesiology evidence-based and consensus-based guideline on postoperative delirium. *Eur J Anaesthesiol.* 2017 Apr;34(4):192-214. doi: 10.1097/EJA.0000000000000594. Erratum in: *Eur J Anaesthesiol.* 2018 Sep;35(9):718-719. PMID: 28187050.

## **Алкогольная зависимость и её клинический патоморфоз среди коренного населения Республики Саха (Якутия)**

**Шемякина С.С.<sup>1</sup>, Игумнов С.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский наркологический диспансер», Якутск, Россия**

**<sup>2</sup> ННЦ наркологии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН» им. В.П. Сербского МЗ РФ, Москва, Россия**

---

**Цель исследования:** разработка подходов к совершенствованию наркологической помощи больным из якутской этнической популяции с учетом влияния этнокультуральных факторов на клиническое оформление и интенсивность патоморфоза алкогольной зависимости в Республике Саха (Якутия).

**Задачи исследования:** 1) выявить направленность клинического патоморфоза основных синдромов алкогольной зависимости у больных якутской и славянской этнических популяций, проживающих в Якутии, на протяжении двух временных периодов (1987-1991 и 2012-2016 гг.); 2) провести сравнительный анализ психопатологической динамики алкогольной зависимости в двух различных этнических популяциях для установления влияния этнокультуральных факторов на клинический патоморфоз алкоголизма; 3) выделить устойчивые и транзиторные симптомы алкогольной зависимости у представителей славянской и якутской этнических популяций; 4) разработать основные подходы для совершенствования диагностики, лечения и реабилитации больных алкоголизмом среди больных из якутской этнической группы с учетом этнических и культуральных особенностей.

**Материал и методы.** Материалом исследования служат сведения о пациентах из якутской этнической популяции, лечившихся в разные годы в ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский наркологический диспансер» (Якутск). Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-динамический, клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический с учётом международных требований GCP (Good Clinical Practice). Для выборки дифференциальных критериев нозологической и синдромальной диагностики используются исследовательские диагностические критерии V раздела (Психические и поведенческие расстройства) МКБ-10. Критерии включения: мужчины из якутской и славянской этнических популяций, зависимость от алкоголя (F10.2). Критерии исключения: коморбидная психическая патология, злоупотребление иными психоактивными веществами.

**Результаты исследования.** В данном исследовании проводится анализ выборки, сформированной на «пилотном» этапе и в дальнейшем расширенной до статистически необходимого объема (n=300). В группу А (Гр.А) входят пациенты из якутской и славянской этнических популяций, лечившиеся в 1987-1991 гг., в группу Б (Гр.Б) – лечившиеся в 2013-2015 гг. (по 150 больных со средней стадией АЗ в каждой группе). В ходе исследования установлены клинические особенности алкогольной зависимости в различных этнических популяциях (на примере якутской и славянской). Определены основные этнокультуральные особенности клинической картины алкогольной зависимости среди якутской этнической популяции пациентов, заключающиеся в существенном влиянии на формирование клинической картины (синдром измененной реактивности, синдром психической и физической зависимости) специфического религиозного мировоззрения, а также особенностей психофизиологической адаптации в условиях Крайнего Севера (дезадаптационные расстройства волнообразного характера).

**Заключение.** Полученные результаты имеют большое значение для повышения качества оказания наркологической помощи якутской этнической популяции с целью улучшения методов диагностики и профилактики алкоголизма как социально значимого заболевания.

## **Галодиф (мета-хлор-бензгидрилмочевина) – антиконвульсант с детоксицирующими свойствами в терапии больных алкоголизмом**

**Шушпанова Т.В.<sup>1</sup>, Новожеева Т.П.<sup>1</sup>, Мандель А.И.<sup>1</sup>,  
Казенных Т.В.<sup>1</sup>, Князева Е.М.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> Национальный исследовательский Томский политехнический университет, Томск, Россия**

Инновационный антиконвульсант галодиф (мета-хлор-бензгидрилмочевина) вызывает изменения фармакокинетических параметров модельного субстрата антипирина в слюне больных алкоголизмом мужчин и условно здоровых добровольцев. Элиминация антипирина у больных алкоголизмом значительно повышена вследствие активации микросомальной цитохром-Р450 оксидазной системы печени, что способствует стимуляции процессов детоксикации в организме [1-7].

**Цель.** Оценить фермент-индуцирующее влияние оригинального противосудорожного препарата галодиф (мета-хлор-бензгидрилмочевина) на скорость метаболизма модельного субстрата антипирина у больных алкоголизмом и здоровых добровольцев.

**Материалы и методы исследования.** Оценку фермент-индуцирующего действия оригинального инновационного препарата галодиф (1-[(3-хлорфенил)(фенил)метил] мочевина) или мета-хлор-бензгидрилмочевина (м-С1-БГМ) на параметры фармакокинетики тест-свидетеля процессов элиминации в организме пациентов – антипирина проводили в рамках открытого ограниченного клинического исследования препарата в слюне больных алкоголизмом и здоровых добровольцев. Галодиф является противосудорожным средством с низкой токсичностью и гепатопротекторным действием, обычно используется для лечения эпилептических припадков и алкогольной зависимости, снижает алкогольную мотивацию, а также является индуктором цитохром Р450-зависимой монооксигеназной (МОС) системы печени [1]. Препарат разработан в Томском политехническом университете, фармакологические свойства препарата изучены в Сибирском государственном медицинском университете.

**Выборка исследования.** В исследование было включено 36 пациентов мужского пола (рубрики F10.232 и F10.302 по МКБ-10, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с потреблением алкоголя, абстинентное состояние) в возрасте от 24 до 53 лет, проживающих в Томске. Все обследованные имели проявления экзогенно-органического поражения головного мозга. Всем пациентам назначался препарат галодиф в дозировке 300 мг/сут (по 100 мг/сут 3 раза) на фоне традиционного медикаментозного лечения в течение 21 дня в отделении аддиктивных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Группу сравнения составили 20 здоровых добровольцев мужского пола, стандартизированных по полу и возрасту, которым галодиф назначался в такой же дозировке.

Процессы окислительной биотрансформации в печени оценивали неинвазивным методом по уровню антипирина в слюне. Пробу с антипирином проводили до курса лечения галодифом и после завершения курса (спустя 1 сутки после последнего приёма препарата). Антипирин назначали испытуемым добровольцам и пациентам в дозе 10 мг/кг однократно натощак. Пробы слюны собирали через 0,5; 1,0; 2,0; 3,0; 6,0; 12,0; 24,0 часа после приема тест-препарата. Полученные образцы слюны хранили при -200°С. Содержание антипирина рассчитывали по графику, построенному по растворам антипирина возрастающей концентрации (0,5–100 мкг/мл). Для расчёта модельно-независимых параметров фармакокинетики применяли метод статистических моментов [2], позволяющий дать характеристику фармакокинетических процессов без применения структурных моделей путём оценки общих параметров, относящихся к организму в целом и не зависящих от типа и структуры модели (системных параметров).

Все пациенты были информированы о проводимых исследованиях и дали свое информированное письменное согласие. Данное экспериментальное и клиническое исследование одобрено этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН. Статистическую обработку данных проводили с использованием стандартного программного обеспечения Statistika 10.0 для Windows на основе параметрических и непараметрических критериев: тест Стьюдента (t) и критерий Колмогорова-Смирнова ( $\lambda$ ). Данные представлены в виде  $M \pm SD$ . Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты исследования и их обсуждение.** Оценку фермент-индуцирующего действия галодифа на параметры фармакокинетики тест-свидетеля процессов элиминации антипирина проводили в рамках открытого ограниченного клинического исследования препарата в слюне больных алкоголизмом и здоровых добровольцев. В таблице представлены параметры фармакокинетики антипирина, рассчитанные модельно-независимым методом, до и после введения галодифа больным алкоголизмом и здоровым добровольцами (300 мг/сут в течение 21 дня) (табл. 1).

**Таблица 1. Влияние фармакотерапии галодифом на параметры фармакокинетики тест-свидетеля антипирина в слюне больных алкоголизмом и здоровых добровольцев**

Параметр	Группа здоровых добровольцев		Группа больных алкоголизмом	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
T1/2, ч	9,78±2,88	4,31±1,80**	11,19±2,95	2,57±0,69*
Clт, мл/мин	25,37±5,57	331,53±220,43**	71,108±11,58	116,23±19,40**
MRT, ч	8,14±3,56	3,14±1,85	8,66±1,13	2,60±0,46*
МЕТ, ч	7,04±1,96	4,82±1,25	5,71±0,57	3,68±0,49*
AUC, мкг·ч /мл	27,05±8,97	2,66±1,35**	11,58±1,71	7,30±1,04**

П р и м е ч а н и е. \* – Различия с показателями до лечения достоверны по  $\lambda$ -критерию Колмогорова-Смирнова ( $p < 0,01$ ); \*\* – различия с показателями до лечения достоверны по  $\lambda$ -критерию Колмогорова-Смирнова ( $p < 0,0$ )

Анализ полученных данных свидетельствует об изменении изучаемых кинетических параметров используемого тест-свидетеля антипирина в слюне больных алкоголизмом мужчин и здоровых добровольцев при использовании галодифа в качестве фармакотерапии в дозе 300 мг/сут в течение 21 дня. У мужчин-добровольцев выявлено статистически значимое снижение периода полувыведения антипирина (T1/2), увеличение общего клиренса (Clт) тест-лекарства антипирина и площади под фармакокинетической кривой (AUC). Отмечена тенденция сокращения среднего времени удерживания (MRT) и среднего времени элиминации антипирина (МЕТ). Таким образом, обнаружено, что галодиф ускоряет окислительный метаболизм ксенобиотиков в организме человека, что отражает связанную с этими процессами активацию монооксигеназной системы цитохрома P450 в ткани печени. У больных алкоголизмом выявлены статистически значимые различия параметров фармакокинетики антипирина до применения галодифа в качестве базисной терапии и после её проведения в дозе 300 мг/сут в течение 21 дня. При применении галодифа у больных алкоголизмом период полувыведения антипирина (T1/2) и его среднее время удерживания в организме (MRT) сокращаются в несколько раз, значительно уменьшается среднее время элиминации (МЕТ). Общий клиренс препарата (Clт) статистически значимо возрастает, уменьшается площадь под кривой (AUC) в координатах «концентрация – время». Полученные результаты указывают на ускоренную элиминацию тест-свидетеля антипирина у больных алкоголизмом по сравнению с параметрами, изучаемыми у здоровых добровольцев. Биодоступность антипирина снижается, что также опосредованно свидетельствует о более выраженном повышении активности окислительного метаболизма ксенобиотиков вследствие активации микросомальной цитохром-P450 оксидазной системы печени у пациентов с алкоголизмом по сравнению со здоровыми добровольцами. Препарат показал высокую терапевтическую эффективность для купирования симптомов абстинентного синдрома при отмене алкоголя и постабстинентного состояния [3, 4]. Хорошо переносится и не вызывает осложнений, обладает малой токсичностью и имеет большую широту терапевтического действия.

Исследование фермент-индуцирующего действия галодифа у больных алкоголизмом связано со значительным изменением гомеостаза организма, в частности цитохром-Р450-зависимой монооксигеназной системы микросомального окисления в печени, что в значительной степени может влиять на режим дозирования препарата и определять подбор эффективной терапевтической дозы при его назначении. Длительное применение галодифа может сопровождаться как изменением фармакокинетики самого галодифа, так и назначаемых совместно с ним лекарственных средств, метаболизируемых СYP2D6, что может потребовать корректировки используемой дозы препарата. При проведении психофармакотерапии у больных алкоголизмом необходима оценка активностей цитохромов Р450, отвечающих за биотрансформацию соответствующих препаратов в целях предупреждения взаимодействия последних с алкоголем на уровне микросомальной монооксигеназной системы печени.

Результаты, полученные в ходе настоящего исследования, могут способствовать оптимизации режима (схемы) назначения галодифа, обеспечивающего устойчивый терапевтический эффект при отсутствии (или минимальной выраженности) нежелательных реакций. Разработка лекарственных средств нового поколения, имеющих антиалкогольную направленность, не вызывающих привыкания и стимулирующих процессы детоксикации, позволяет повысить эффективность терапии и снизить стоимость лечения [5].

**Выводы.** Выявленные изменения фармакокинетических параметров модельного субстрата – антипирина в слюне больных алкоголизмом мужчин и здоровых добровольцев при применении галодифа свидетельствуют о более высоком повышении элиминации антипирина у пациентов, чем у добровольцев, вследствие активации микросомальной цитохром-Р450 оксидазной системы печени, что способствует стимуляции процессов детоксикации в организме больных алкоголизмом, лечение которых в первую очередь направлено на проведение детоксикационной терапии.

#### Список литературы

1. Бохан Н.А., Мандель А.И., Артемьев И.А., Ветлугина Т.П., Иванова С.А., Солонский А.В., Невидимова Т.И., Новожеева, Т.П., Шушпанова Т.В., Стоянова И.Я. Нейробиологические и психосоциальные закономерности формирования клинической гетерогенности формирования аддиктивных расстройств (региональный, профилактический аспекты). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 5 (56). С. 20-26.
2. Shushpanova TV, Bokhan NA, Stankevich KS, Novozheeva TP, Mandel AI, Schastnyi ED, Kisel NI, Shushpanova OV, Udut VV, Safronov SM, Boev RS, Knyazeva EM. An innovatory GABA receptor modulator and liver oxidase system microsomal cytochrome P450 activator in patients with alcoholism. *Pharmaceutical Chemistry Journal*. 2021 February,54(11):1093-1100. DOI: 10.1007/s11094-021-02327-x.
3. Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Мандель А.И., Князева Е.М. Молекулярные мишени действия инновационного антиконвульсанта галодиф в терапии алкогольной зависимости. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2018. № 2 (99). С. 120-126. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2\(99\)-120-126](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2018-2(99)-120-126)
4. Семке В.Я., Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Худoley В.Н., Бохан Н.А., Солонский А.В., Лебедева В.Ф. Способ реабилитации больных алкоголизмом Патент на изобретение RU 2436573 С2. 20.12.20011. Заявка № 2009128808/15 от 27.07.2009.
5. Семке В.Я., Куприянова И.Е., Шушпанова Т.В. Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2007. Т. 107 (3). С. 78.
6. Shushpanova TV, Solonskii AV, Novozheeva TP, Udut VV. Effect of meta-chlorobenzhydryl urea (m-CIBHU) on benzodiazepine receptor system in rat brain during experimental alcoholism. *Bull Exp Biol Med*. 2014 Apr;156(6):813-8. doi: 10.1007/s10517-014-2458-4. Epub 2014 May 3. PMID: 24824705.
7. Shushpanova TV, Bokhan NA, Lebedeva VF, Mandel AI, Novozheeva TP, Solonskii AV, Schastnyy ED, Semke AV, Kazennich TV, Udut VV, Arbit GA, Filimonov VD. Treatment of alcoholic patients using anticonvulsant urea derivative influences the metabolism of neuroactive steroid hormones – the system of stress markers. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2016;7:2. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6105.1000271>

## Молекулярные мишени действия оригинального антиконвульсанта мета-хлор-бензгидрилмочевины (м-СІ-БГМ)

Шушпанова Т.В.<sup>1</sup>, Новожеева Т.П.<sup>1</sup>, Шушпанова О.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия

<sup>2</sup> Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Мета-СІ-бензгидрилмочевина (м-СІ-БГМ) – инновационный антиконвульсант с «точечным механизмом действия», обладающий антиалкогольным эффектом. Молекулярный докинг и экспериментальные исследования установили, что м-СІ-БГМ комплементарна бензодиазепиновому сайту ГАМКА-рецептора, усиливает ГАМК-ергические процессы, формирует специфический иммунный ответ, что является значимым для патогенетически направленной терапии.

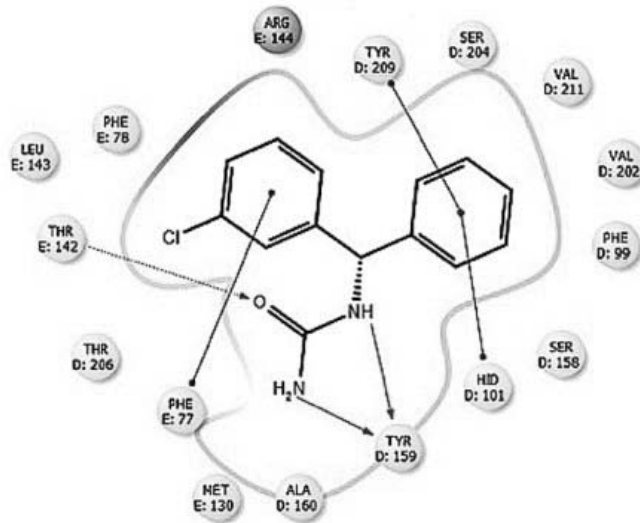
**Цель.** Исследование механизма взаимодействия молекулы м-СІ-БГМ с ГАМКА-рецептором с использованием молекулярного докинга и радиорецепторного анализа, влияния на иммунохимический гомеостаз у крыс при экспериментальном алкоголизме.

**Материалы и методы.** Для изучения молекулярной стыковки галодифа (м-СІ-БГМ) с определением ориентации и конформации лиганда в центре связывания белка-мишени ГАМКАР проводили молекулярный докинг с использованием модельной кристаллической структуры  $\alpha 1\beta 2\gamma 2$  гетеропентамера ГАМКАР, оптимизированную для оценки взаимодействия лигандов с бензодиазепиновым сайтом ГАМКАР. Докинг проводился в программном пакете Schrödinger (Glide) в режиме Glide Induced Fit Docking с использованием высокоточной Extra Precisions Oring Function для оценки энергии взаимодействия (Glide, version 6.7, Schrödinger, LLC, New York, 2017) [1].

Экспериментальное исследование проводили на крысах-самцах линии Вистар (n=110), массой 150-180 граммов. м-СІ-БГМ вводили в желудок крысам, предпочитавшим алкоголь по условиям скрининга (двухбюджетный тест с водой и 15% раствором этанола в течение 10 суток с ежедневным контролем потребления жидкостей) и находившимся 10 месяцев в свободном доступе к 15% раствору этанола – «многопьющие» животные (опытная группа) в дозе 100 мг/кг массы тела (1/20 ЛД50) в виде суспензии 1% крахмальной слизи в дозе 100 мг/кг ежедневно в течение 5 дней и 30 дней; фенобарбитал (препарат сравнения) вводили в дозе 25 мг/кг (1/20 ЛД50). Клеточный состав, полную цитограмму лимфоидных органов и перитонеального экссудата исследовали в мазках, окрашенных азуэрэозином, с использованием классификации иммунокомпетентных клеток. Радиорецепторные исследования свойств бензодиазепиновых рецепторов (БЗДР) проводили с использованием связывания [3Н] флунизепема ([3Н]ФНЗ) с синаптосомальными мембранами мозга крыс в контрольной и опытной группах – «многопьющие» крысы и крысы, «не предпочитавшие» алкоголь.

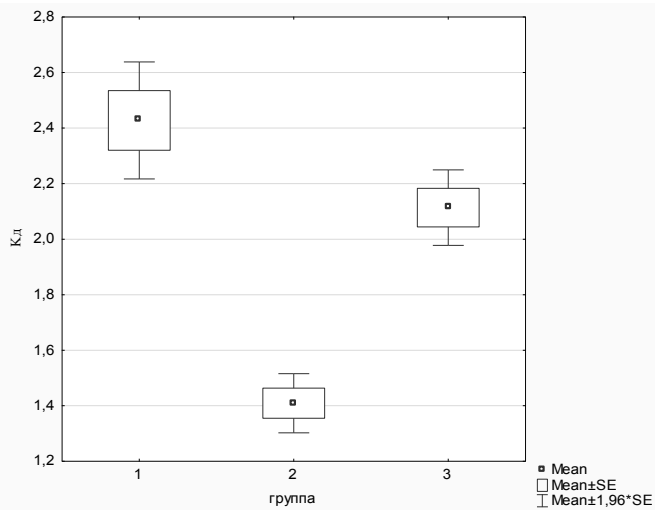
**Результаты и обсуждение.** м-СІ-БГМ представляет собой инновационное противосудорожное средство с «точечным механизмом действия», обладает антиалкогольным эффектом [2]. По результатам молекулярного докинга установлено, что молекула м-СІ-БГМ комплементарна бензодиазепиновому сайту и взаимодействует с ключевыми аминокислотами на интерфейсе  $\alpha 1\gamma 2$  ГАМКА-рецептора: все взаимодействия показаны пунктирными линиями на рисунке (рис. 1). м-СІ-БГМ характеризуется высокой степенью соответствия модели связывания рецептора ГАМК и более эффективен, чем карбамазепин. Наше исследование показало, что сродство ГАМКА-рецептора к селективному лиганду [3Н] флунизепема (аффинность связывания 1/Кд) в результате связывания его с синаптосомальными мембранами головного мозга была снижена в коре головного мозга самцов крыс, предпочитавших алкоголь, «многопьющих» по сравнению с «не предпочитавшими» алкоголь крысами (рис. 2). м-СІ-БГМ увеличивает сродство рецепторов ГАМКА в головном мозге крыс, что приводит к увеличению нейротрансмиссии ГАМК в головном мозге и вызывает снижение потребления алкоголя.





**Рисунок 1. Галодиф (м-СІ-БГМ) в бензодиазепиновом сайте связывания ГАМКА-рецептора: 2D-карта**

Примечание. 2D-карта отражает взаимодействие галодифа с остатками в связывающем кармане ГАМКА-рецептора (D –  $\alpha 1$ , E –  $\gamma 2$ ).



**Рисунок 2. Статистический анализ сродства ГАМКА-рецептора (аффинности – 1/Кд) связывания [3Н] флунизтазема с синапсомембранами коры головного мозга крыс в различных группах**

Примечание. 1-я группа – крысы, предпочитавшие алкоголь и находившиеся в состоянии экспериментального алкоголизма (10 месяцев под влиянием 15% этанола); 2-я группа – крысы, не предпочитавшие и не употреблявшие алкоголь в эксперименте; 3-я группа – крысы, находившиеся в условиях экспериментального алкоголизма, введение галодифа 14 дней (100 мг/кг/сут).

м-СІ-БГМ усиливает ГАМК-ергические процессы за счет положительного модулирующего действия на ГАМКА-бензодиазепиновый гетеропентамерный рецепторный комплекс. Бензодиазепиновые рецепторы в головном мозге являются молекулярными мишенями действия препарата.

Особенности монооксигеназной системы цитохрома P450 печени и ЕЦТ в лимфоидных органах крыс изучали при разных сроках введения м-СЛ-БГМ (галодифа) – в течение двух периодов (5 и 30 суток) предпочитавшим алкоголь крысам при экспериментальном алкоголизме (табл. 1). Препарат, проявляя умеренные индуцирующие свойства в отношении монооксигеназной системы печени, вызывал фазные и разнонаправленные изменения со стороны лимфоидных органов и естественной цитотоксичности иммунокомпетентных клеток (ЕЦТ). Длительное введение м-СЛ-БГМ приводило к обеднению клеточного состава лимфоидных органов, снижению ЕЦТ клеток селезенки и перитонеального экссудата, однако эти изменения были менее выраженными по сравнению с препаратом барбитурового ряда – фенобарбиталом (табл.1).

**Таблица 1. Влияние антиконвульсантов на показатели микросомального окисления и ЕЦТ клеток лимфоидных органов крыс (M+m)**

Показатель	Препарат	Сроки наблюдения	
		5 суток	30 суток
Цитохром P450, нмоль на орган	Контроль	25,8±2,59	27,4±0,94
	Фенобарбитал	89,6±9,77*	26,7±0,63
	Галодиф	66,7±1,33*	36,7±1,38*
Метаболизм гексобарбитала, O <sub>2</sub> в 1 мин на 1 мг белка	Контроль	4,4±1,05	4,4±0,30
	Фенобарбитал	8,1±0,51*	3,0±0,30
	Галодиф	6,9±1,08	7,8±1,20*
Длительность гексобарбиталового сна, мин	Контроль	10,0±1,60	19,6±1,75
	Фенобарбитал	2,1±0,51*	3,0±0,50*
	Галодиф	5,0±1,00*	11,2±0,78*
Индекс ЕЦТ, 1x10 <sub>6</sub> клеток перитонеального экссудата, %	Контроль	15,3±1,63	15,3±1,63
	Фенобарбитал	7,7±1,46*	8,8±2,35
	Галодиф	20,1±2,51	16,3±2,76
Индекс ЕЦТ, 1x10 <sub>6</sub> клеток селезенки,%	Контроль	1,03±0,31	1,03±0,31
	Фенобарбитал	0,42±0,10*	0,82±0,21
	Галодиф	0,97±0,32	0,80±0,41
Индекс ЕЦТ, 1x10 <sub>6</sub> клеток тимуса,%	Контроль	0,48±0,10	0,48±0,10
	Фенобарбитал	0,50±0,04	1,41±0,08
	Галодиф	6,01±1,67*	4,90±1,23*

Длительное введение крысам м-СЛ-БГМ вызывало истощение клеточного состава лимфоидных органов, снижение показателя естественной цитотоксичности клеток селезенки и перитонеального экссудата, однако эти изменения оказались менее выраженными по сравнению с барбитуратами. м-СЛ-БГМ, проявляя умеренные индуцирующие свойства на монооксигеназную систему печени, вызывает фазовые и разнонаправленные изменения в лимфоидных органах и естественную цитотоксичность иммунокомпетентных клеток.

При активации иммунной системы происходит обратная регуляция выработки ферментов системы цитохрома, так как при помощи антител концентрация низкомолекулярных мишеней резко сокращается. Передача защитной функции от одной системы к другой системе происходит в процессе детоксикации с участием цитохрома P450. Метаболиты м-СЛ-БГМ, конъюгированные с эндогенными макромолекулами, образуют полноценный стимул для иммунной системы. Таким образом, система цитохрома P450 и иммунная система регулируют друг друга. Полученные нами данные свидетельствуют о формировании специфического иммунного ответа на введение м-СЛ-БГМ, что является значимым для формирования нейроиммунного ответа при поведенческих расстройствах, связанных с алкоголизмом, и с целью коррекции данного состояния [3, 4]. Специфическая активация её происходит к моменту снижения активности микросомальных монооксигеназ печени – через месяц после введения препарата животным. Такая передача функции защиты от одной системы к другой является функциональной и полноценной при поддержании «иммунохимического гомеостаза» в организме.

**Выводы.** Инновационный антиконвульсант м-С1-БГМ с модулирующими свойствами ГАМКА-рецепторов перспективен для профилактики рецидивов и лечения алкоголизма, поскольку действует на молекулярные мишени ГАМК и этанола [5], является патогенетически направленным лекарственным средством для достижения эффективности терапии, не вызывает негативных эффектов (толерантность, злоупотребление, иммунотоксичность) при его применении.

#### Список литературы

1. Schrödinger Release 2017-3; Schrödinger Suite 2017-3 Protein Preparation Wizard; Epik, Schrödinger, LLC, New York, NY, 2017; Impact, Schrödinger, LLC, New York, NY, 2017; LigPrep, Schrödinger, LLC, New York, NY, 2017; Prime, Schrödinger, LLC, New York, NY, 2017; QikProp, Schrödinger, LLC, New York, NY, (2017).
2. Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Семке В.Я., Бохан Н.А., Саратиков А.С., Канов Е.В., Худoley В.Н. Средство, снижающее алкогольную мотивацию. Патент на изобретение RU 2155034 С1. 27.08.2000. Заявка № 99125063/14 от 29.11.1999.
3. Shushpanova TV, Bokhan NA, Lebedeva VF, Mandel AI, Novozheeva TP, Solonskii AV, Schastnyy ED, Semke AV, Kazennich TV, Udut VV, Arbit GA, Filimonov VD. Treatment of alcoholic patients using anticonvulsant urea derivative influences the metabolism of neuroactive steroid hormones – the system of stress markers. *Journal of Addiction Research & Therapy*. 2016;7:2. <http://dx.doi.org/10.4172/2155-6105.1000271>
4. Shushpanova TV, Solonskii AV, Novozheeva TP, Udut VV. Effect of meta-chlorobenzhydryl urea (m-C1BHU) on benzodiazepine receptor system in rat brain during experimental alcoholism. *Bull Exp Biol Med*. 2014 Apr;156(6):813-8. doi: 10.1007/s10517-014-2458-4. Epub 2014 May 3. PMID: 24824705.
5. Shushpanova TV, Solonskii AV, Shushpanova OV. Molecular-Cellular Targets of the Pathogenic Action of Ethanol in the Human Brain in Ontogenesis and the Possibility of Targeted Therapy Aimed at Correcting the Effect of Pathogenic Factors. *Drug Addiction*. Edited by F. Zhao, co-edited by M. Li. London, United Kingdom: IntechOpen, 2018; 73-102. DOI: 10.5772/intechopen.70103

## **Безопасная среда дошкольной образовательной организации как условие сохранения психического здоровья дошкольников**

**Щигарцова Н.Ю.**

**МАДОУ «Детский сад № 13 города Томска», Томск, Россия**

Раннее и дошкольное детство – наиболее значимые периоды в жизни каждого человека, так как именно в это время происходит интенсивное развитие детского мозга, формируется физическое и психическое здоровье, закладываются основы эмоциональных, социальных, интеллектуальных и коммуникативных навыков. Однако это не только период возможностей, но и время огромных рисков, связанных с различными факторами, среди которых первостепенное значение имеет среда. В широком смысле «среда» – окружение, совокупность условий и влияний, окружающих человека. Идеи развития образовательной среды обстоятельно исследовались отечественными психологами и педагогами: В.А. Ясвиным, В.П. Лебедевой, А.Б. Орловым, В.В. Рубцовым, В.И. Слободчиковым, В.И. Пановым, Г.А. Ковалевым и др.

Образовательную среду можно рассматривать как подсистему социокультурной среды, соответствующую возрастным, индивидуальным, психологическим, физиологическим особенностям детей, как совокупность исторически сложившихся факторов, обстоятельств, ситуаций, как целостность специально организованных педагогических условий развития личности. Проблема безопасности образовательной среды в современных реалиях становится все более значимой и актуальной. Обеспечение безопасности – одна из приоритетных задач российского государства, закрепленная в нормативно-правовых документах. Так, Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (далее – ФГОС ДО) Российской Федерации направлен на решение такой ключевой задачи, как охрана и укрепление психического здоровья детей, в том числе на создание оптимальных условий для их эмоционального благополучия.

Этот госстандарт дошкольного образования является основой для оказания помощи родителям в воспитании детей, охране и укреплении их психического здоровья, развитии индивидуальных способностей и необходимой коррекции нарушений их развития. В этой связи основная общеобразовательная программа МАДОУ «Детский сад № 13 города Томска» (далее – МАДОУ № 13) формируется как программа психолого-педагогической поддержки позитивной социализации и индивидуализации, развития личности детей дошкольного возраста, направленная на создание социальной ситуации развития для всех участников образовательных отношений, на вовлечение родителей в образовательные проекты по созданию благоприятных условий воспитания и обучения детей, формированию у них навыков самостоятельности и ответственности.

Безопасная образовательная среда МАДОУ № 13 представляет систему условий развития детей, включая пространственно-временные (гибкость и трансформируемость пространства и его предметного наполнения), социальные (формы сотрудничества и общения, ролевые и межличностные отношения всех участников образовательных отношений), условия детской активности (доступность и разнообразие видов деятельности, соответствующих возрастным и психологическим особенностям дошкольников, задачам их развития), кадровые, материально-технические и др.

Все элементы образовательной среды соответствуют требованиям по обеспечению надежности и безопасности их использования, поэтому дети имеют возможность беспрепятственного доступа к объектам инфраструктуры МАДОУ № 13 и к играм, игрушкам, наглядным материалам, развивающим пособиям и пр., обеспечивающим все основные виды детской активности (двигательной познавательной, творческой), освоение социальных и моральных норм поведения в микро- и макросоциуме, навыки доброжелательного общения.

Для обеспечения условий физического и психического развития, охраны и укрепления здоровья, коррекции и компенсации дефицитов развития детей в групповых и других помещениях МАДОУ № 13 достаточно пространства для свободного передвижения и игровой деятельности детей, а также выделены помещения или зоны для разных видов активности и познавательной деятельности детей.

Созданная образовательная среда гарантирует охрану и укрепление психического здоровья детей, обеспечивает их эмоциональное благополучие и интеллектуальное развитие на основе научения навыкам общности, доверия и защищенности, способствует профессиональному совершенствованию педагогических работников. Кроме того, образовательная среда ДОУ является составной частью жизненной среды с формированием потребности в общественно-значимом функционировании. Поэтому в МАДОУ № 13 через обучение, информационно-просветительское, психолого-педагогическое и воспитательно-образовательное сопровождение на всех этапах, решение задач профессионального развития выстроена система формирования культуры безопасности личности не только у детей (в образовательном процессе в соответствии с ФГОС ДО), но и у взрослых.

Исследователями доказано, что психологическая безопасность образовательной среды (состояние образовательной среды, свободное от любого вида насилия и угроз во взаимодействии, способствующее удовлетворению потребностей в личностно-доверительном общении и обеспечивающее психическое здоровье включенных в нее участников) является ведущим компонентом, влияющим на психическое здоровье субъектов образовательного процесса.

В рамках проекта «Психологическая компетентность педагога ДОУ как фактор обеспечения безопасности образовательной среды» были проведены плановые мероприятия: 1) психокоррекция, направленная на профилактику профессионального эмоционального выгорания (безопасность личности, доброжелательные отношения, толерантность и психологическая поддержка), 2) коллективные тренинги (практические занятия), ориентированные на отработку определенных психологических навыков, 3) организация профессионального пространства (безопасность профессиональной среды).

## **Аддиктивные убеждения у пациентов с наркотической зависимостью – жителей Северо-Казахстанского региона**

**Ян Е.Р.<sup>1, 2, 3</sup>, Гуткевич Е.В.<sup>1, 3</sup>**

**<sup>1</sup> Национальный исследовательский Томский государственный университет, Томск, Россия**

**<sup>2</sup> Городской Центр психического здоровья акимата г. Нур-Султан, Нур-Султан, Казахстан**

**<sup>3</sup> Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия**

Проблема зависимого поведения рассматривается как один из глобальных вызовов современности. По данным НИИ наркологии – филиала ФГБУ ФМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского Минздрава России, с диагнозом «наркомания» зарегистрированы 321,8 тыс. человек. Реальное число наркозависимых в последние 15 лет превышает долю зарегистрированных в 3-10 раз (Царев С.А., 2005; Иванец Н.Н., 2008; Кошкина Е.А., Киржанова В.В., 2009; Вязовиченко Ю.Е., 2011). Традиционно принято рассматривать биопсихосоциальную природу зависимого поведения, следовательно современные подходы в лечении химических зависимостей подразумевают комплексные программы, включающие медикаментозные и психотерапевтические методы воздействия. Ряд исследователей считают когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) наиболее эффективным способом работы с аддикциями (Федоров, 2002; Ellis, 1985; Marlatt, 1998; Sobell, Sobell, 2003). По когнитивной теории, зависимость – чрезвычайно сложный процесс, характеризующийся глубинными и стойкими малоадаптивными убеждениями. Они образуются в раннем детстве, посредством воздействия критического опыта и событий, и с самого начала не связаны с употреблением алкоголя или наркотиков. А. Бек, Ф. Райт, К. Ньюман и др. в своих исследованиях выявили схожие убеждения при разных типах зависимостей. Данные исследователи определили аддиктивные убеждения как «кластер идей, сконцентрированных вокруг поиска удовольствия, решения проблем, облегчения или избегания». На основе вышеперечисленных форм авторы разработали классификацию, подразделяющую аддиктивные убеждения на три типа: 1) предвосхищающие убеждения (anticipatory beliefs): позитивные ожидания, относительно употребления ПАВ: «употреблять весело», «вечеринка без наркотиков – время впустую»; 2) ориентированные на облегчение убеждения (relieving/relief-oriented) – ожидание снижения дистресса или дискомфорта: «наркотики помогают успокоиться», «выпить для меня – перезагрузка после рабочей недели»; 3) разрешающие убеждения – мысли, которые позволяют или оправдывают употребление ПАВ: «если ты приносишь в дом деньги, значит имеешь право немного расслабиться, употребив ПАВ», «раз в месяц можно себе позволить», «если не пьешь дома – это дозволительно». Одна из целей КПТ аддикций – диагностика и реструктуризация убеждений, способствующих укреплению зависимости и создающих основу для срывов и рецидивов. В работах российских исследователей тема аддиктивных убеждений представлена недостаточно. Синонимично термину «убеждение» («belief») в отечественных работах часто используется термин «установка» («attitude»).

В связи с недостаточной изученностью данной темы нами было проведено пилотное исследование аддиктивных убеждений наркозависимых молодого возраста.

**Цель:** выявление характерных аддиктивных убеждений наркозависимых.

**База исследования:** Городской центр психического здоровья акимата г. Нур-Султан, отделение платной реабилитации (ОПР).

**Выборка:** 17 пациентов с наркотической зависимостью в возрасте 20-35 лет (средний возраст 25,17 года), в том числе с зависимостью от опиоидов (трамадол) – n=8, зависимостью от синтетических катинонов (дизайнерские наркотики, имеющие название «соли», «соли для ванн» и т.д.) – n=9. Стаж употребления составлял от 0,5 года до 12 лет. 15 пациентов проходили реабилитационное лечение впервые, 1 – второй раз, 1 – в четвертый раз. Методы исследования: опросник аддиктивных убеждений А. Бека, опросник убеждений о тяге влечения А. Бека и Ф. Райта, клиническое интервью.

Статистическую обработку данных проводили в программе SPSS 20.0 с применением методов описательной статистики и критерия хи-квадрат.

**Гипотеза исследования:** существуют различия между аддитивными убеждениями наркозависимых, употребляющих психостимуляторы, и аддитивными убеждениями зависимых, употребляющих опиоиды.

**Результаты.** Выявлены некоторые дисфункциональные аддитивные убеждения, свойственные зависимым данной выборки. Большинство ( $n=14$ ; 82,3%) респондентов выражают разную степень согласия с тем, что употребить ПАВ их заставляет крейвинг; 29,4% респондентов в разной степени согласны с тем, что не смогут сделать жизнь приятной и веселой без употребления ПАВ; 29,4% в той или иной степени считают себя недостаточно сильными личностями, для того чтобы прекратить употребление. Большинство (76,4%) участников опроса выражают разную степень согласия с тем, что крейвинг – это физическая реакция, поэтому с ней невозможно справиться; 76,4% респондентов убеждены в том, что если не останавливать крейвинг, он будет становиться сильнее; 64,7% респондентов выражают разную степень согласия с тем, что испытывающий крейвинг человек не может нормально функционировать.

С помощью критерия хи-квадрат выявлены различия между некоторыми аддитивными убеждениями у опиоидных наркозависимых (трамадол) и зависимых, употребляющих дизайнерские наркотики. Сравнительные данные, полученные на исследованной выборке респондентов, могут не отражать тенденций генеральной совокупности, так как на них могут влиять разные факторы: срок трезвости, выраженность анозогнозии, физическое состояние, мотивация на выздоровление, число госпитализаций и др. Большинство (78,3%) из группы опиоидных наркозависимых выразили среднюю и высокую степень согласия с убеждением о том, что их жизнь станет депрессивной, если они прекратят употреблять ПАВ. В то время как в группе употребляющих синтетические катиноны количество согласных с данным убеждением было статистически значимо ( $p=0,0347$ ) ниже (21,7%). Количество (88,9%) употребляющих опиоиды, в средней и высокой степени убежденных в невозможности контролировать тревогу без употребления, статистически значимо ( $p=0,009$ ) превышает долю согласных с данным убеждением в группе употребляющих синтетические наркотики (11,1%). Количество (75,0%) опиоидных наркозависимых со средней и высокой степенью согласия с убеждением о том, что жизнь станет депрессивной после прекращения употребления ПАВ, статистически значимо ( $p=0,0347$ ) выше, чем в группе употребляющих дизайнерские наркотики (25,0%). Количество (77,5%) употребляющих синтетические психостимуляторы, в средней и высокой степени убежденных в возможности прекращения наркотизации, статистически значимо ( $p=0,0358$ ) выше, чем в группе употребляющих опиоиды (22,5%).

**Заключение.** Полученные данные можно объяснить несколькими факторами: первый заключается в возможно большем количестве пациентов с анозогнозией в группе употребляющих психостимуляторы. Вторым объяснением могут послужить данные, полученные в ходе клинического интервью. Так, употребляющие опиоиды чаще размышляли о самостоятельном прекращении употребления и самостоятельно предпринимали такие попытки; данные мысли у опиоидных наркозависимых приходятся на периоды абстиненции: «так плохо становится, что жить не хочется». В то время как употребляющие синтетические психостимуляторы в клиническом интервью чаще отмечали, что при употреблении мысли о прекращении не возникают, а в периоды абстиненции мыслительная деятельность направлена на поиск новой дозы: «бегаешь, ищешь, как собака, и ни о чем больше не думаешь». Выполненная категоризация убеждений по классификации А. Бека позволяет сделать заключение, что для опиоидных наркозависимых более характерны «облегчающие состояние убеждения» (relief-oriented beliefs), т.е. мотивом употребления чаще выступает желание облегчить негативное эмоциональное или физическое состояние. Для употребляющих дизайнерские наркотики (психостимуляторы) более характерны предвосхищающие убеждения (anticipatory beliefs) – желание испытать эйфорию и приятные переживания.

## Содержание

<b>Аболонин А.Ф., Бохан Н.А., Воеводин И.В., Белокрылов И.И., Гусев С.И.</b> (Томск, Кемерово) Коморбидные заболевания у несовершеннолетних правонарушителей с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления ПАВ .....	5
<b>Аксенов М.М., Перчаткина О.Э.</b> (Томск) Комплексная реабилитация пациентов с соматоформными проявлениями в структуре острых реакций на стресс .....	8
<b>Акулова Е.Г.</b> (Томск) Поливариантный сценарий протекания периода дошкольного детства и особенности его психолого-педагогического сопровождения в современном дошкольном образовании .....	11
<b>Артемьев И.А.</b> (Томск) Конгруэнтность трендов болезненности и заболеваемости при алкоголизме в Сибири и на Дальнем Востоке .....	13
<b>Бабарахимова С.Б., Абдуллаева В.К.</b> (Ташкент, Узбекистан) Анализ личностных особенностей подростков с суицидальными тенденциями депрессивного генеза .....	16
<b>Байкалова М.А., Пронин С.В., Чухрова М.Г.</b> (Новосибирск) Особенности синдрома эмоционального выгорания среди психологов волонтеров при COVID-19 .....	18
<b>Белокрылова М.Ф., Епанчинцева Е.М., Никитина В.Б., Гарганеева Н.П., Рудницкий В.А., Костин А.К., Сазонова О.В., Мальцев В.С., Карташова И.Г.</b> (Томск) Первичная госпитализация женщин в возрасте 4-65 лет в психиатрический стационар .....	19
<b>Берёзкин Д.В., Кузавков А.В.</b> (Санкт-Петербург) Психические расстройства и клинико-психологические особенности у подростков с несуицидальными самоповреждениями .....	22
<b>Бокша И.С., Прохорова Т.А., Терешкина Е.Б., Савушкина О.К., Бурбаева Г.Ш.</b> (Москва) Тромбоциты как объект поиска биомаркёров и исследования компонентов каскадов белкового фосфорилирования при аутизме .....	24
<b>Бохан Н.А., Кисель Н.И., Биче-Оол У.К., Мандель А.И.</b> (Томск) Особенности формирования алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности .....	26
<b>Брюханцева Н.В.</b> (Томск) Идеалы, ценности, оптимизм и смысл жизни личности как показатели духовного здоровья .....	28
<b>Ветлугина Т.П., Никитина В.Б., Прокопьева В.Д., Лобачева О.А., Мандель А.И., Ярыгина Е.Г., Бойко А.С., Белокрылов И.И., Бохан Н.А.</b> (Томск) Периферические биомаркеры устойчивости терапевтической ремиссии при алкогольной зависимости .....	31
<b>Воеводин И.В.</b> (Томск) Возрастной и образовательный факторы в формировании алкогольной зависимости .....	33
<b>Галкин С.А.</b> (Томск) Пространственное распределение биопотенциалов и их источников в структурах мозга при алкогольной зависимости с коморбидным аффективным расстройством .....	36
<b>Герасимова В.И., Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.</b> (Томск) Связь суицидального риска и соматотипа у больных шизофренией .....	38
<b>Гольдин Б.Г., Гольдина И.А.</b> (Новосибирск) Клинико-иммунологические аспекты депрессии у больных рассеянным склерозом .....	39
<b>Гончарова А.А., Корнетова Е.Г.</b> (Томск) Роль акатизии в эффективности антипсихотической терапии у больных шизофренией .....	40
<b>Гуськова О.А., Ярославская Е.И., Приленский Б.Ю., Петелина Т.И.</b> (Тюмень) Взаимосвязь качества жизни пациентов, перенесших COVID-19-ассоциированную пневмонию, с клиническими, психологическими и социальными факторами .....	42
<b>Гуткевич Е.В., Шалыгина Е.А.</b> (Томск) Семейная система и особенности личности (на примере агрессивности) .....	45
<b>Дашнева Б.А., Карауш И.С., Куприянова И.Е.</b> (Томск) Негативный опыт детства у подростков с высоким риском депрессии как мишень психотерапии .....	47
<b>Диденко А.В., Аленина О.К., Сазонова О.В., Яковлева А.Л.</b> (Томск) Социальная фобия и структура коморбидных психических расстройств .....	49
<b>Диденко Е.В., Бохан Н.А., Симуткин Г.Г., Лебедева В.Ф.</b> (Томск) Региональный аспект суицидальной смертности в России – фокус актуальных исследований .....	51
<b>Евсеев В.Д.</b> (Томск) Связь несуицидального самоповреждающего поведения с показателями агрессии .....	55

<b>Евтушенко Е.И., Титиевский С.В., Токарева А.С., Панченко Д.Р.</b> (Донецк) Особенности возникновения, течения и прогноза психотических состояний у населения региона локального военного конфликта .....	57
<b>Егорова С.А., Шелехов И.Л., Цыбульская Е.В., Иванова А.А., Рудницкий В.А.</b> (Томск) Социально-психологическая профилактика бытового насилия в семьях с высоким уровнем образования .....	58
<b>Епимахова Е.В., Ермаков Е.А., Казанцева Д.В., Васильева А.Р., Паршукова Д.А., Смирнова Л.П.</b> (Томск, Новосибирск) Оценка влияния каталитических IgG с ДНК-гидролизующей активностью больных шизофренией на жизнеспособность клеток линии нейробластомы человека SH-SY5Y .....	60
<b>Ермаков Е.А., Бойко А.С., Паршукова Д.А., Иванова С.А., Бунева В.Н.</b> (Новосибирск, Томск) Разработка подходов стратификации больных шизофренией на основе иммунных показателей методом кластерного анализа .....	62
<b>Ефременко Е.С., Титов Д.С., Никонов Д.А.</b> (Омск) Изучение уровня церулоплазмينا в крови больных алкоголизмом в условиях применения лекарственного препарата с антиоксидантным эффектом .....	64
<b>Зинчук М.С., Кустов Г.В., Войнова Н.И., Брызгалова Ю.Е., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С.</b> (Москва) Факторы, ассоциированные с опытом употребления каннабиноидов, у пациентов с суицидальной идеацией .....	66
<b>Ирмухамедов Т.Б., Абдуллаева В.К.</b> (Ташкент, Узбекистан) Клинико-психопатологический аспект течения параноидной шизофрении у больных с коморбидной неврологической и соматической отягощенностью .....	68
<b>Искандарова Ж.М., Шарипова Ф.К.</b> (Ташкент, Узбекистан) Исследование гендерных особенностей аффективной сферы у больных параноидной шизофренией .....	69
<b>Казанцева Д.В., Епимахова Е.В., Васильева А.Р., Паршукова Д.А., Семке А.В., Смирнова Л.П.</b> (Томск) Оценка цитотоксических свойств сывороточных IgG больных шизофренией, обладающих каталазной активностью .....	71
<b>Кожевникова Т.А., Костарев В.В.</b> (Красноярск) Закономерности формирования непсихотических психических расстройств у супругов в кризисной семейной ситуации .....	72
<b>Короткевич Т.В., Голубева Т.С., Логинова А.Ю., Жилевич Л.А.</b> (Минск, Беларусь) Состояние психического здоровья населения старше трудоспособного возраста в Республике Беларусь по данным показателей государственной статистической отчетности .....	74
<b>Костин А.К., Рудницкий В.А., Сазонова О.В., Епанчинцева Е.М., Иванова А.А., Цыбульская Е.В.</b> (Томск) Значение искажения родительских ролей в патогенезе непсихотических психических расстройств .....	76
<b>Кратовский А.Ю.</b> (Юрга) Современные исследования роли конституционально-морфологических признаков в формировании типов течения шизофрении .....	78
<b>Лапанов П.С.</b> (Гомель, Беларусь) Оценка вегетативной реактивности в ответ на специфический психоэмоциональный стрессор в психодиагностике и психотерапии пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией .....	80
<b>Левчук Л.А., Рощина О.В., Симуткин Г.Г., Бохан Н.А., Иванова С.А.</b> (Томск) Нейроспецифические белки при аддитивных и аффективных расстройствах .....	81
<b>Лещинская С.Б., Стоянова И.Я.</b> (Томск) Психологическое консультирование родителей с нарушением репродуктивного здоровья, зачавших ребенка посредством ЭКО .....	83
<b>Ли Л.С., Стоянова И.Я.</b> (Томск) Психологические предикторы самоповреждающего поведения у студентов .....	85
<b>Лобачева О.А., Корнетова Е.Г., Никитина В.Б., Тигунцев В.В., Семке А.В.</b> (Томск) Уровень гормонов щитовидной железы у больных шизофренией с разной эффективностью антипсихотической терапии .....	87
<b>Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И.</b> (Омск) Распространенность, структура и взаимосвязь синдрома хронической боли с аффективной патологией среди подростков г. Омска .....	89
<b>Манданов Н.А., Храмова Е.Е.</b> (Иркутск) Расстройства пищевого поведения, ассоциированные с нарушениями депрессивного спектра и гормональными нарушениями (по материалам подросткового гинекологического стационара) .....	90



<b>Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К., Фокин А.С.</b> (Санкт-Петербург) Клинические особенности астенического синдрома на этапе становления ремиссии у пациентов, принимавших синтетические катиноны .....	91
<b>Меднова И.А., Черноносоев А.А., Корнетова Е.Г., Бохан Н.А., Коваль В.В., Иванова С.А.</b> (Томск, Новосибирск) Оценка содержания аминокислот-предшественников полиаминов в сыворотке крови больных шизофренией с незавершенными суицидами в анамнезе .....	92
<b>Мелёхин А.И.</b> (Москва) Применение когнитивно-поведенческой терапии при лечении рецидивирующего изолированного сонного паралича .....	94
<b>Могутнова А.Е., Мамышева Н.Л.</b> (Томск) Сравнительные аспекты формирования эгоидентичности у лиц с расстройством полоролевой ориентировки в российской и зарубежной субкультурах (ЛГБТКИА+ сообщества) .....	96
<b>Невидимова Т.И., Давыдова Т.В., Ветрилэ Л.А., Савочкина Д.И., Захарова И.А., Галкин С.А., Бохан Н.А.</b> (Томск, Москва) Иммунорегуляция нейромедиаторного обмена и цитокины при коморбидном течении депрессии и алкогольной зависимости у женщин .....	98
<b>Никитина В.Б., Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Белокрылова М.Ф., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М.</b> (Томск) Роль иммуноэндокринных факторов в формировании и течении непсихотических психических расстройств .....	100
<b>Новожеева Т.П., Каракулова Е.В., Сафронов С.М., Боев Р.С., Шушпанова Т.В., Новожеева Е.В., Козлова Н.Б., Казенных Т.В., Чучалина А.Е.</b> (Томск) Разработка и создание лекарственных средств ноотропного и адаптогенного действия на основе продуктов функционального питания природного происхождения .....	102
<b>Овчинников А.А., Климова И.Ю.</b> (Новосибирск) Предикторы благоприятного и неблагоприятного течения шизофрении, осложненной зависимостью от растительных каннабиноидов .....	105
<b>Орлов Г.В., Набиуллина Д.В.</b> (Казань) Влияние масочного и карантинного режима, вызванного эпидемией COVID-19, на психическое состояние населения .....	107
<b>Паршукова Д.А., Смирнова Л.П., Бунева В.Н., Иванова С.А.</b> (Томск, Новосибирск) Протеолитическая активность сывороточных коллаген-гидролизующих антител у пациентов с шизофренией .....	108
<b>Писарев О.М.</b> (Томск) Особенности перестройки смыслообразующих мотивов поведения личности у ВИЧ-положительных осужденных в пенитенциарных условиях .....	110
<b>Порцева И.А., Уваров И.А., Канафина А.П.</b> (Ижевск) Порядок разработки и реализации мероприятий профессиональной реабилитации инвалидов .....	111
<b>Примышева Е.Н., Репинская И.Н., Макарова Л.А., Сысоева К.Ю.</b> (Симферополь, Крым) Необходимость качественного образования для формирования гармоничной личности и укрепления психического здоровья .....	113
<b>Прокопьева В.Д.</b> (Томск) Перспективы практического использования периферических маркеров окислительного стресса при алкоголизме .....	115
<b>Пронин С.В., Чухрова М.Г., Ефимов В.Н., Гусев С.И.</b> (Новосибирск, Кемерово) Аутоагрессия у заключенных под стражу лиц .....	116
<b>Проценко Д.И., Гуткевич Е.В.</b> (Томск) Осведомленность и отношение населения к проблеме интеграции в общество людей с аутизмом .....	118
<b>Пустовая А.В.</b> (Томск, Новосибирск) Динамика изменения показателей структурно-функционального II (информационного) блока головного мозга у детей с аутизмом .....	120
<b>Рощина О.В., Счастный Е.Д.</b> (Томск) Взаимосвязь выраженности симптома ангедонии и снижения социальной адаптации пациентов с аффективными расстройствами .....	122
<b>Руденко С.Л.</b> (Белгород) Особенности социального восприятия больных истерическим неврозом .....	123
<b>Рудницкий В.А., Епанчинцева Е.М., Мальцев В.С., Никитина В.Б., Счастный Е.Д.</b> (Томск) Аффективный компонент органических непсихотических психических расстройств в период эпидемии COVID-19 .....	125
<b>Рудницкий В.А., Костин А.К., Сазонова О.В., Цыбульская Е.В., Иванова А.А., Шелехов И.Л.</b> (Томск) Образовательные программы и лечение больных органическими психическими расстройствами .....	127
<b>Рыбакова Т.В., Бубнов А.А., Малаховская К.С.</b> (Пенза) Эффективность бригадного метода лечения пациентов с эндогенными расстройствами .....	130

<b>Рязанцева У.В., Галкин С.А.</b> (Томск) Способ оценки реабилитационного потенциала у пациентов с аффективными расстройствами .....	132
<b>Сарайкин Д.М.</b> (Санкт-Петербург) Методика клинико-психологической оценки нарушений мотивации при пограничных нервно-психических расстройствах .....	133
<b>Селиванов Г.Ю.</b> (Томск, Северск) Психические расстройства, осложнённые злоупотреблением синтетическими каннабиноидами (спайсами) .....	135
<b>Симуткин Г.Г., Яковлева А.Л., Погосян Э.Л.</b> (Томск) Атаки гнева и коморбидность с расстройством личности как факторы риска суицидального поведения при аффективных расстройствах .....	136
<b>Соболев Н.А.</b> (Москва) Проблемы диагностики и коморбидности зависимости от компьютерных игр .....	138
<b>Солодкая Е.В., Савин С.З.</b> (Хабаровск) Особенности распространения психических расстройств среди подростков в условиях Дальнего Востока .....	140
<b>Солонский А.В., Бохан Н.А., Потапов А.В., Шумилова С.Н.</b> (Томск) Особенности пренатального развития нейронов головного мозга человека под воздействием хронической пренатальной алкоголизации .....	142
<b>Сорокин А.П., Епанчинцева Е.М.</b> (Томск) Адаптация унифицированного протокола Д. Барлоу в терапии хронической бессонницы у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами .....	144
<b>Сорокин М.В., Селезнёв С.Б.</b> (Анапа) Феноменология депрессивных нарушений: экстранозологический, клинико-динамический и реабилитационный аспекты .....	146
<b>Тарасова А.В., Куприянова И.Е.</b> (Томск) Персонализированная терапия непсихотических психических расстройств у пациенток с доброкачественными новообразованиями молочной железы .....	147
<b>Тигунцев В.В., Корнетова Е.Г., Федоренко О.Ю.</b> (Томск) Изучение вклада полиморфного варианта rs1954787 в формирование гетероагрессии у пациентов с шизофренией .....	149
<b>Трифонов Е.А., Иванова Е.Н., Гайнова И.А., Клименко А.И., Лашин С.А.</b> (Новосибирск) Синдром PANDAS и расстройства аутистического спектра: сходная симптоматика или патогенез? .....	150
<b>Уваров И.А., Ходырева Т.С., Бурт А.А.</b> (Ижевск) Использование художественных фильмов в преподавании наркологии у студентов медицинской академии .....	152
<b>Хлюк Д.А., Сиденкова А.П., Андреева В.А.</b> (Екатеринбург) Проблемы диагностики послеоперационного делирия в международной практике .....	154
<b>Шемякина С.С., Игумнов С.А.</b> (Якутск, Москва) Алкогольная зависимость и её клинический патоморфоз среди коренного населения Республики Саха (Якутия) .....	156
<b>Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Мандель А.И., Казенных Т.В., Князева Е.М.</b> (Томск) Галодиф (мета-хлор-бензгидрилмочевина) – антиконвульсант с детоксицирующими свойствами в терапии больных алкоголизмом .....	157
<b>Шушпанова Т.В., Новожеева Т.П., Шушпанова О.В.</b> (Томск, Москва) Молекулярные мишени действия оригинального антиконвульсанта мета-хлор-бензгидрилмочевины (m-Cl-BGM) ....	160
<b>Шигарцова Н.Ю.</b> (Томск) Безопасная среда дошкольной образовательной организации как условие сохранения психического здоровья дошкольников .....	163
<b>Ян Е.Р., Гуткевич Е.В.</b> (Нур-Султан, Казахстан; Томск) Аддиктивные убеждения у пациентов с наркотической зависимостью – жителей Северо-Казахстанского региона .....	165

**Научное издание**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ**

**Сборник статей по материалам докладов**

XIX юбилейная научно-практическая конференция с международным участием,  
посвященная 40-летию НИИ психического здоровья и  
130-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии  
ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

(Томск, 27 октября 2022 г.)

**под редакцией академика РАН Н.А. Бохана**

**Выпуск 20**

**Рецензенты:**

И.И. Шереметьева – д.м.н., профессор, ректор ДПО ФГБОУ ВО  
«Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.А. Овчинников – д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии  
и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России

Оригинал-макет сборника статей – редактор И.А. Зеленская  
Переводчик С.В. Владимирова

**Генеральный спонсор :**

ООО «Лундбек Рус», ООО «Гедеон Рихтер Фарма»

**Спонсоры :** БЕЛУПО, лекарства и косметика  
ООО «Мерц Фарма», ООО «НТФФ «ПОЛИСАН»

Подписано в печать 7.11.2022 г.

Формат 70x108<sup>1</sup>/<sub>16</sub>.

Бумага офсетная № 1.

Печать офсетная.

Печ. л. 10,75; усл. печ. л. 15,05; уч.-изд. л. 16,51.

Тираж 500. Заказ № 799.

---

Тираж отпечатан в типографии ООО «Интегральный переплет»  
634009, Томск, Дербышевский переулок, 26Б, помещение 4002  
Тел.: +7 (3822) 22-33-93, +7 (913) 889-59-96, +7 (382) 264-47-49  
E-mail: exlibres@list.ru