УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ – КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

Москва

8-9 ноября 2021г.

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ – КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

Москва

8-9 ноября 2021г.

УДК 616.89
ББК 56.14
П 863

Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику: тезисы докладов Всероссийской конференции – конкурса молодых учёных / Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации (ФГБУ ДПО «ЦГМА»); Всероссийская конференция – конкурс молодых учёных «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» (8-9 ноября 2021г.; г. Москва). - М.: ЦГМА, 2021. – 72 с.

ISBN 978-5-6046700-2-6

Сборник включает в себя тезисы докладов Всероссийской конференции молодых учёных по актуальным вопросам психиатрии, медицинской психологии, особенностям психических и поведенческих расстройств у различных возрастных и социальных групп населения в условиях пандемии COVID-19.

Материалы конференции будут интересны психиатрам, психиатрам-наркологам, клиническим психологам, врачам общей практики, обучающимся медицинских образовательных организаций.

ISBN 978-5-6046700-2-6
9 785604 670026

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пандемия COVID-19: вопросы психического здоровья
Беришвили Т.З., Самушия М.А., Миронова Н.В. 5
2. Истерокататония – клинические и патопсихологические аспекты *Борисова П.О.* 7
3. Коморбидность атипичного депрессивного синдрома с психическими и соматическими расстройствами *Вербицкая М.С.* 9
4. Связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями у медицинских работников скорой помощи и поликлиники *Гагина Ю.Р.* 11
5. Предикторы инвалидности на начальных этапах расстройств шизофренического спектра через 2 года после госпитализации по поводу психотического состояния
Галкина А.О. 13
6. Изучение особенностей ассоциативных реакций у студентов, склонных к алкогольной зависимости, методом окулографии *Гончарова Е. Н.* 15
7. Вегетативная дисфункция, ассоциированная с тревогой у российских и иностранных студентов-медиков *Гуреева А.В., Левченко Е.В.* 17
8. Расстройства личности при болезни Грейвса
Дмитренко К.Ю., Хайкина И.А., Садкова О.А., Романов Д. В. 19
9. Взаимосвязь типа информационного метаболизма и уровня потребности в достижении у врачей психиатров *Жукова М.А., Киселева Е.О., Левченко Е.В.* 22
10. Иррациональные убеждения и удовлетворенность собственным телом женщин с нарушениями пищевого поведения *Игнатьева Е.С.* 24
11. Персонализация терапии депрессивных расстройств у пациентов с игровой зависимостью: постановка проблемы *Киатрова Л.Р., Агибалова Т.В.* 26
12. Цервикальная дистония и коморбидная психическая патология
Ковешникова О.А., Самушия М.А., Миронова Н.В. 28
13. Зависимость терапевтической динамики непсихотических депрессивных расстройств от психофизиологических особенностей больных *Корендюхина А.О.* 31
14. Клинико-иммунологический профиль пациентов с шизофренией
Майорова М.А., Петрова Н.Н., Гвоздецкий А.Н., Кудрявцев И.В., Соболевская П.А. Чурилов Л.П. 33
15. Скрининг аффективных расстройств послеродового периода *Макарова М.А., Кинкулькина М.А.* 35
16. Когнитивный дефицит как маркер прогредиентности шизофрении
Николаенко Д. С., Запесоцкая И.В. 37
17. Прогнозирование ответа на фармакотерапию депрессии на основании параметрической оценки свойств личности *Овчинников А.В.* 40
18. Типология аффективно-кататонических расстройств
Пискарев М.В., Лобанова В.М. 43
19. Несуицидальное самоповреждающее поведение: роль детского стресса
Попова С.Б., Зинчук М.С., Кустов Г.В., Акжигитов Р.Г., Аведисова А.С. 45
20. Психические расстройства при COVID-19: семиотика и возможные триггеры
Пушкарская Л.С. 47
21. Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению *Рожкова Ю.И., Самушия М.А., Затейщиков Д.А.* 49
22. Низкоинтенсивное лазерное излучение в лечении резистентных депрессий
Ростовщикова С.И., Лепилина О.В., Машин М.А. 51
23. Модель изучения сомнамбулизма на здоровых испытуемых при пробуждении из третьей стадии медленноволнового сна в парадигме local-global *Сажин С.С., Левкович К.М., Украинцева Ю.В.* 53
24. Прогностическое значение делирия при COVID-19 у пожилых людей
Сивашова М.С. 55

25. Тревожные расстройства у студентов-медиков 1 курса: влияние учебного стресса *Сидякина Я.В.*.....57
26. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье лиц с суицидальными попытками в анамнезе (обзор иностранных источников) *Суботич М. И.*.....59
27. Агрессивные тенденции у ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией *Хобейш М.А., Лутова Н.Б.* 62
28. Мягкие поведенческие нарушения – новая диагностическая единица в гериатрической психиатрии? *Черкасов Н.С., Гаврилова С.И.*.....64
29. Критика к болезни и ее влияние на социальную адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод *Швец К.Н., Хамская И.С.* 66
30. Использование антипсихотических препаратов при лечении небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста *Шестакова Р.А., Кинкулькина М.А.*.....68
31. Глоссалгический синдром cum materia на модели красного плоского лишая *Юзбашян П.Г., Львов А.Н., Терещенко А.В., Романов Д.В.* 70

1. Пандемия COVID-19: вопросы психического здоровья

Беришвили Т.З.[1], Самушия М.А.[2], Миронова Н.В.[3]

[1]ассистент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: TamrikoshkaBerry@gmail.com

Пандемия новой коронавирусной инфекции началась в 2020 году и охватила более 200 стран. Наряду с лечением пациентов и профилактикой распространения инфекции, все большую актуальность приобретает борьба с последствиями заболевания, в частности, неврологическими и психическими нарушениями. Накапливаются данные и опыт лечения данных осложнений [1, 2, 3, 4, 5]. По данным зарубежных и отечественных исследований в острый период коронавирусной инфекции, клинически завершенные тревожные и депрессивные расстройства диагностировались у 20-40% переболевших, в 20-35% случаев – клинически значимые симптомы посттравматического стрессового расстройства и острая реакция на стресс, нарушения сна встречались почти 50% [6].

Целью работы стало изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств, нарушений сна в их структуре и астении среди пациентов, госпитализированных в связи с COVID-19.

Проанализированы данные 119 пациентов (возрастом от 47 до 69 лет, мужского и женского пола), проведено клинико-психопатологическое интервьюирование в том числе с использованием телемедицинских технологий, оценка шкал: Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (The hospital Anxiety and Depression Scale - HADS), субъективная шкала оценки астении (MFI-20, Multidimensional Fatigue Inventory) и опросник по качеству сна Питсбургского университета (The Pittsburgh Sleep Quality Index - PSQI).

По результатам опросника HADS клинически выраженная тревожно-депрессивная симптоматика наблюдалась у 33 пациентов (28%) из 119, госпитализированных в связи с диагностикой COVID-19: из них в 11% случаев (n=13) регистрировалась только клинически значимая тревога, у 5 пациентов (4%) – клинически значимая депрессия, повышение по обоим под шкалам тревоги и депрессии – у 13% (n=15) Повышение по шкале MFI-20 (более 20 баллов) было выявлено у 87 пациентов (73%), нарушения сна в соответствии с опросником PSQI регистрировалось у 32 пациентов (27%).

Результаты настоящего открытого исследования свидетельствуют в пользу значимого влияния инфекционного заболевания на формирование тревожно-депрессивной симптоматики и нарушений сна и свидетельствуют в пользу наличия корреляционной связи между формированием тревожно-депрессивной симптоматики и нарушениями сна в группе больных с COVID-19.

Литература

1. Lee S. A. et al. Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale //Psychiatry research. – 2020. – Т. 290. – С. 113112.
2. Sun Q. M. et al. Stress, anxiety, depression and insomnia in adults outside Hubei province during the COVID-19 pandemic //Zhonghua yi xue za zhi. – 2020. – Т. 100. – №. 43. – С. 3419-3424.
3. Sher L. COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide //Sleep medicine. – 2020. – Т. 70. – С. 124-124.
4. Cellini N. et al. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy //Journal of sleep research. – 2020. – Т. 29. – №. 4. – С. e13074.
5. Altena E. et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy //Journal of sleep research. – 2020. – Т. 29. – №. 4. – С. e13052.
6. COVID-19 and Mental Health: What We Are Learning from www.mhascreening.org July 1, 2020.

2. Истерокататония – клинические и патопсихологические аспекты

Борисова П.О.

младший научный сотрудник отдела по изучению
пограничной психической патологии психосоматических расстройств
федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Научный центр психического здоровья», Москва
E-mail: bori.pauline@gmail.com

Цель настоящего исследования – определение преморбидных свойств пациентов с истерокататонией, изучение психопатологических характеристик, позволяющих выделить проявления истерокататонии среди прочих кататонических феноменов и установление прогностического значения истерокататонии, возникающей в структуре шизофрении и расстройств шизофренического спектра (РШС).

Представлены результаты наблюдений 25 больных (22 женщины и 3 мужчины; средний возраст: 27,5±11,5 лет) с верифицированным диагнозом шизофрении и РШС, установленными в соответствии с критериями МКБ-10. В клинической картине заболевания преобладают «мягкие» кататонические стигмы (оценка по шкале BFCRS - 25,7±7,2). Ведущий метод исследования - клинический. Психометрическая оценка включала развернутое психологическое исследование с применением специализированных клинических шкал: 1) Bush-Francis Catatonia Rating Scale (BFCRS) 2) Scale for the Assessment of positive symptoms (SAPS); 3) Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS).

В преморбидном профиле пациентов с истерокататонией выявлено преобладание патохаратерологических дименсий, соответствующих истерическому расстройству личности, отличающегося тенденцией к формированию полиморфных двигательных диссоциативно-конверсионных феноменов. Начало шизофренического процесса приходится на пубертатный возраст (12.6±5,7 лет), развивается вслед за психогенией и ассоциировано с появлением психопатоподобных нарушений, эмоциональных изменений, явлений редукции энергетического потенциала и когнитивных расстройств. Течение болезни клинически сопоставимо с малопрогредиентными формами юношеской шизофрении [1]

Появление феноменов истерокататонии наблюдается в возрасте 14,4 ± 6,2 лет. Ключевой характеристикой, отличающей проявления истерокататонии от двигательных нарушений истеро-невротического круга, является смена механизма конверсии проявлением субсиндромального (развивающегося вне регистра бредовых симптомокомплексов) кинестетического автоматизма G. G. Clérambault [2] – что подтверждается данными корреляционного анализа психометрических показателей (табл. 1). Так, субъективное переживание пациентами двигательных расстройств постепенно приобретает характер «чуждых» и «независимых от воли и внешних обстоятельств», будто бы «автоматических» феноменов.

В ряде случаев (8 набл.) феномены истерокататонии «амальгамируются» с ипохондрической симптоматикой с формированием патологической фиксации на двигательных нарушениях [3]. В 3 наблюдениях состояние сопровождает «наслоение» деперсонализационно-дереализационной симптоматики с формированием сверхценного ипохондрического симптомокомплекса круга моральной ипохондрии [4].

Таблица 1.
Коэффициент корреляции показателей шкалы BFCRS с под шкалами шкалы SAPS

	R	Под шкала галлюцинаций SAPS	Под шкала бреда SAPS
Шкала BFCRS (общий балл)		0,765	0,653

Психомоторные расстройства в структуре истерокататонии отличает значительная гипертрофия и «огрубевание» двигательных нарушений истериков, приобретающих отчетливые кататонические черты: истерическая параплегия со стойким повышением мышечного тонуса сближается с проявлениями кататонической ригидности, смех и слезы возникают спонтанно, насильственно, сопровождающиеся спазмом лицевой мускулатуры, обнаруживая сходство с гримасничаньем и мутизмом; гиперкинезы принимают вид продолжительных непроизвольных повторяющихся подергиваний в конечностях, сопоставимых с кататоническими паракинезами [5], тоническое напряжение мышц всего тела (arcus hystericus) достигает уровня каталепсии.

Возникновение проявлений истерокататонии приводит к кардинальной смене общего двигательного профиля пациентов: на первом плане замедленность движений в сочетании с нарушением их координации, точности, ловкости и плавности, дезавтоматизацией двигательных актов. Преморбидно свойственная готовность к формированию истерических реакций приобретает характер внезапного возбуждения с утратой контроля над своими действиями, сопровождающегося немотивированными побегами из дома, брутальными вспышками ауто- и гетероагрессивного поведения.

С появлением феноменов истерокататонии течение болезни принимает приступообразный характер (легированная шизофрения) [6] с повторными экзацербациями психомоторной симптоматики, развивающимися в ответ на нарастание учебной или рабочей нагрузки (реже – аутохтонно). Согласно полученным данным, формирование в клиническом пространстве шизофрении и РШС феномена истерокататонии является неблагоприятным прогностическим признаком, о чем и социально-трудовая дезадаптация пациентов (100% пациентов не трудоустроены, в 14,3% установлена группа инвалидности по психическому заболеванию).

Литература

1. Цуцульковская М. Я. Особенности клиники непрерывно текущей шизофрении, начавшейся в подростковом и юношеском возрасте: дис. – М, 1967.
2. Клерамбо Г. Г. Психический автоматизм. Москва: ИД «Городец», 2018. 112 с.
3. Семенов С.Ф. Шизофрения. Киев: Медицинское издательство УССР, 1961. 230 с.
4. Falret J. De la folie raisonnante ou folie morale // Paris: Impr. de E. Martinet, 1866. С. 223-233.
5. Леонгард К. Систематика эндогенных психозов и их дифференцированная этиология. – 2010.
6. Снежневский А. В. Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.)–2-е изд //М.: МЕДпресс-информ.–2016

3. Коморбидность атипичного депрессивного синдрома с психическими и соматическими расстройствами

Вербицкая М.С.

аспирант кафедры психиатрии и наркологии
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава РФ
(Сеченовский университет), Москва
E–mail: vermary@bk.ru

На сегодняшний день атипичная депрессия (АтД) включает согласно DCM-5: реактивность настроения (повышенное реагирование на внешние факторы при сохранении способности получать удовольствие и удовлетворение в ответ на позитивные события) и минимум два из факультативных симптомов: гиперфагия и/или увеличение массы тела (не менее 3–5 кг за последние 3 мес), гиперсомния (сон более 10 ч в сутки минимум 3 дня в неделю на протяжении не менее 3 мес), свинцовый паралич (тяжесть в руках и ногах не менее 1 ч в день не менее 3 дней в неделю в течение 3 мес) и сенситивность (повышенная чувствительность к происходящим событиям и межличностному общению) [1]. В отечественной психиатрии атипичность традиционно рассматривается либо как трансформация классической структуры депрессивного синдрома с изменением соотношения его компонентов, либо как дополнительное присоединение к депрессии психопатологических образований неаффективного регистра. Коморбидность АтД с другими психическими и соматическими расстройствами не имеет четких границ и критериев, что наглядно иллюстрирует актуальность вопроса уточнения всего спектра клинико-патологических границ АтД.

Цель исследования - сравнительное изучение сопутствующих психических и соматических расстройств и АтД при депрессиях различной нозологической принадлежности: в рамках биполярного аффективного расстройства (БАР), рекуррентной депрессии (РДР) и психогенных депрессий (ПД).

Пациенты и методы. Обследовано 250 пациентов с депрессией, из которых отобраны 77 пациентов, с симптомами соответствующими атипичной депрессии по DSM-5: В 1-ю группу вошли 35 пациентов с диагнозом БАР, во 2-ю группу - 18 с диагнозом РДР, в 3-ю группу - 24 с диагнозами, включающими ПД.

Результаты. Из 250 обследованных пациентов с депрессией, 30,8% (n=77) соответствовали критериям АтД по DSM-5. Наибольшая выявляемость АтД наблюдалась у пациентов с БАР, меньше всего случаев было у пациентов с РДР (рис. 1).

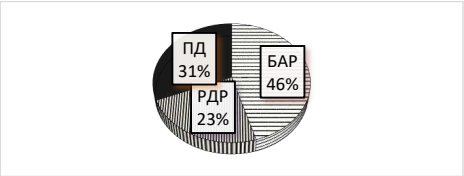


Рис.1. Распределение АтД по группам

В ранее проведенных исследованиях были получены данные, что частота личностных нарушений при АтД достигает до 90%, что может быть расценено как проявление самой АтД [2]. Особенно высокая коморбидность АтД выявлялась с нарциссическим, истерическим, пограничным и зависимым расстройствами личности [3]. В проведенном исследовании, преобладающим расстройством личности во всех группах оказалось нарциссическое (19,5%), в группе БАР также нередко встречалось

истерическое (20,0%) и неустойчивое (17,1%), в группе РДР также встречалось неустойчивое расстройство личности (16,7%).

В некоторых работах отмечалась тесная взаимосвязь АтД с метаболическим синдромом [4]. По данным проведенного исследования при анализе сопутствующей соматической патологии до начала лечения во всех трех группах преобладали обменно-эндокринные заболевания (20,8%) и сердечно-сосудистые заболевания (14,3%). В группе БАР преобладали случаи обменно-эндокринных заболеваний (31,4%), в группе РДР - сердечно-сосудистые заболевания (27,8%), в группе ПД – нейродерматиты (16,7%) и СРК (16,7%).

Выводы. Таким образом, изучение не только клинических особенностей атипичной депрессии, но и оценка наиболее вероятностных коморбидных расстройств является актуальной проблемой, требующей дальнейших исследований, в целях более ранней и точной диагностики АтД и назначения адекватной терапии.

Литература

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. McGinn LK, Asnis GM, Suchday S, Kaplan M. Increased personality disorders and Axis I comorbidity in atypical depression. Compr Psychiatry. 2005;46(6):428-32.
3. Perugi G, Toni C, Passino MC, et al. Bulimia nervosa in atypical depression: The mediating role of cyclothymic temperament. J Affect Disord. 2019; 1(259):91-97. doi: 10.1016/j.jad.2019.08.057.
4. Lasserre AM, Strippoli MF, Glaus J, Gholam-Rezaee M, Vandeleur CL, Castelao E, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Preisig M. Prospective associations of depression subtypes with cardio-metabolic risk factors in the general population. Mol Psychiatry. 2017 Jul;22(7):1026-1034. doi: 10.1038/mp.2016.178. PMID: 27725658.

4. Связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями у медицинских работников скорой помощи и поликлиники

Гагина Ю.Р.

врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Специализированная клиническая психиатрическая больница №1» Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар
E–mail: yulya.gorda94@mail.ru

Цель исследования

Определить уровень тревожности как состояния у медицинских работников скорой помощи, поликлиники и провести связь между уровнем тревожности и хроническими соматическими заболеваниями.

Объект исследования

100 человек: 50, из которых, сотрудники БСМП ПСМП №10, а вторые 50 – сотрудники МБУ «Каневская поликлиника №1».

Теоретические аспекты исследования

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. На психологическом уровне тревожность ощущается как напряжение, беспокойство, озабоченность, нервозность и переживается в виде эмоций неопределенности, слабости бессилия, незащищенности, одиночества, грозящей неудачи, невозможности решиться. Она может проявляться в бегстве, «уходе» от ситуации, от потребности преодолеть проблему.

Тревожность состоит из двух компонентов: осознание физиологических ощущений (сердцебиение, потливость, пустота в желудке, стеснение в груди, подергивание коленей, дрожание голоса), осознание человеком того, что он нервничает или боится.

На физиологическом уровне реакция тревожности проявляется в усилении сердцебиения, учащении дыхания, увеличении минутного объема циркуляции крови, увеличении артериального давления, возрастании единой возбудимости, понижении порогов чувствительности, когда ранее нейтральные стимулы приобретают негативную психологическую окраску.

Согласно теории тревожности, предложенной сторонниками концепции социального научения, существует два основных ее вида: личностная и ситуационная тревожность. Личностная тревожность представляет собой черту личности, которая формируется и закрепляется в раннем детстве.

Реактивная (ситуативная) тревожность – состояние субъекта в данный момент времени, которая характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью в данной конкретной обстановке. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на экстремальную или стрессовую ситуацию, может быть разным по интенсивности и динамичным во времени. Очень высокая тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и с психосоматическими заболеваниями. Низкая тревожность, наоборот, характеризует состояние как депрессивное, ареактивное, с низким уровнем мотиваций.

Результаты и выводы исследования

Уровень ситуационной тревожности выше у работников поликлиники; чем выше тревожность, тем выше процент хронических соматических заболеваний; на скорой

помощи работает больший процент здоровых людей (24% против 20%); при очень высокой тревожности в 86% случаев отмечалась сердечно-сосудистая и гастроэнтерологическая патология; у медицинских работников поликлиники наблюдается синдром эмоционального выгорания. Этот синдром включает в себя три основные составляющие: эмоциональное истощение, чувство эмоциональной опустошенности и усталости, вызванное собственной работой; деперсонализация – циничное, безразличное отношение к труду и объектам своего труда; редукция профессиональных достижений, возникновение чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, осознание неуспеха в ней.

Литература

1. Бойко В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. – 1999.
2. Авхименко М. М. Некоторые факторы риска труда медика //Медицинская помощь. – 2003. – №. 2. – С. 25-29.
3. Ананьев Б.А. Введение в психологию здоровья. – 1999.

5. Предикторы инвалидности на начальных этапах расстройств шизофренического спектра через 2 года после госпитализации по поводу психотического состояния

Галкина А.О.

аспирант учебного центра
государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
E–mail: 1992saga@gmail.com

Показана связь иммунных, когнитивных нарушений и функционального исхода при длительном течении шизофрении, однако их взаимоотношение на начальных этапах болезни все еще не уточнено [1]. Между тем, считается, что терапевтическая тактика на начальных этапах заболевания позволяет минимизировать риск инвалидизации. В свете подходов к классификации психических расстройств по этиопатогенетическому принципу возросла важность изучения взаимосвязей профиля базовых, познавательных особенностей, иммунитета и их связи с функциональным исходом, а когнитивная реабилитация и иммунная коррекция могут стать значимыми составляющими, персонализированного лечения [2].

Целью исследования было определение взаимосвязи уровня когнитивного функционирования, клинико-психопатологических и иммунных показателей с первичной инвалидизацией в течение 2 лет с момента госпитализации пациентов на начальной стадии расстройств шизофренического спектра.

Нами проведено проспективное обсервационное сравнительное исследование. Работа выполнена в клинике первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ». Включены 520 пациентов (284 женщины - 55%), возраст от 18 до 49 лет, 26,4±5,3 лет, которые были госпитализированы по поводу психотического состояния с диагнозами – F20 - 32%, F21 - 17%, F23 – 33,5% и F25 - 17,5%. Для оценки выраженности психопатологической симптоматики и когнитивных показателей использовались шкала PANSS и BACS. Определялись иммунные показатели: лейкоцитарная эластаза и альфа1-антитрипсин, антитела к белку S100 и основному белку миелина.

Результаты

Предикторы инвалидизации через 2 года после госпитализации по поводу психотического состояния * $p<0,05$ χ^2 или U-критерий Манна-Уитни				
N=520		Нет n=449	Инвалидность n=71	
Пол	Мужской	n=192	n=44	χ^2 p=0,003
	Женский	n=257	n=27	
Возраст		26,4±6,3	26±5,9	U p=0,63
Возраст манифеста		24,4±6,5	23,8±6,2	U p=0,53
ИМТ*		21,8±4,6	23,4±4,5	U p=0,006
ЭЭГ	Амплитуда β-активности*	18,2±7,4	15,3±6,2	U p=0,03
КТ/МРТ	Атрофия коры лобных долей*	Нет n=231	Нет n=31	χ^2 p=0,003
		Есть n=25	Есть n=11	

Госпитализации за 2 года	Длительность 1 госпитализации (дней)*	25,1±10,2	29,2±10,4	U p=0,002
	Количество госпитализаций в ПКБ №1*	1,4±0,75	1,6±0,8	U p=0,004
	Общее число койко-дней в ПКБ №1*	34,1±22,9	49,5±28,3	U p<0,0001
	Количество госпитализаций в ДС/МРО*	1,2±1	2±1,7	U p=0,001
	Количество госпитализаций в ОИОПП*	0,3±0,66	1,2±1,3	U p<0,0001
	Общее число койко-дней ОИОПП*	41±25,5	55,3±36,5	U p=0,045

Значимой разницы между когнитивными показателями по BACS и выраженностью психопатологической симптоматики PANSS не обнаружено.

Таким образом, выявленные биологические показатели и повышенная необходимость в госпитализациях в течение 2 лет позволяют клиницисту прогнозировать дальнейшую социально-трудовую адаптацию пациента. Эти данные могут своевременно сфокусироваться на прогностически неблагоприятных пациентов с целью патогенетически обоснованного вмешательства и минимизации риска инвалидизации.

Литература

1. Саркисян Г. Р., Гурович И. Я., Киф Р. С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией»(BACS) //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 3.
2. Keefe R. S. E. et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity //American Journal of Psychiatry. – 2006. – Т. 163. – №. 3. – С. 426-432.

6. Изучение особенностей ассоциативных реакций у студентов, склонных к алкогольной зависимости, методом окулографии

Гончарова Е. Н.

студент, кафедра психологии здоровья и нейропсихологии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
E-mail: lizochka.nikolaevna.00@mail.ru

Теоретико-библиографические аспекты. В России, и в целом в мире, алкоголизм - это социально значимая проблема: все более нарастает распространение химической и нехимической зависимостей среди молодого населения. Это требует привлечения особого внимания и подробного изучения факторов, которые предрасполагают к раннему развитию зависимости [4]. Важно определять нейропсихологические паттерны формирования зависимости в группах риска молодого возраста, что будет являться ценным диагностическим материалом [2]. Необходимо разрабатывать и делать акцент в ранней диагностике склонности к зависимому поведению на те технологии, которые будут исключать социально желаемые ответы респондентов, снижать вероятность сознательного контроля и фиксировать нейропсихологические паттерны поведения. Такой современной и только внедряемой в научную сферу технологией является окулография, которая предполагает механизм ассоциативных реакций на значимый для респондента стимул [1,3].

Цель исследования – ранняя диагностика склонности к зависимому поведению методом окулографии.

Дизайн исследования. Представляет собой описание клинического случая. При добровольном согласии на исследование: Д., (20 лет), пол мужской, студент КГМУ. Первый этап: беседа с испытуемым о его субъективной оценке своего зависимого поведения. Второй этап: проведение тестирования на склонность к зависимому поведению, определение исследовательских диагностических критериев «Синдрома зависимости» по МКБ-10; оценка психического статуса. Третий этап: изучение глазодвигательных реакций с помощью окулографа на стимулы, представляющие объект зависимости.

Результаты. При эксперименте с применением техники окулографии, респонденту были предъявлены графические цветные и черно-белые стимулы различной модальности: прямые (например, разные виды досуга с выпивкой, супермаркет с отделом алкоголя, «мне весело», «как я снимаю стресс», в которых изображения с распитием алкоголя) и косвенные (марки известных брендов, среди которых марка водки «Белуга», зеленая бутылка среди цветных, вывески магазинов, похожие на вывески «алкомаркетов», «градусы») (рис.1). На стимулах произведена запись траектории взгляда Д. В первую очередь, Д. были даны задания, направленные на оценку регуляторного компонента психики (не выходить за черту, дойти до финиша в лабиринте), выполнение которых было в соответствии с нормой и подтверждало сохранность психического статуса респондента. Основная доля реакций отражает либо большое число возвратов к определенному объекту-стимулу, либо долгое время фиксации взгляда на одном объекте, а также общее перемещение взора по определенным значимым объектам. Некоторые траектории взгляда вероятно отражали

прошлый опыт Д. (например, при предъявлении косвенного стимула с маркой водки «Белуга», Д. фиксировал свой взгляд на эмблеме этой марки, рассмотрев все остальные. Д. в процессе беседы говорил об употреблении водочных изделий). Стоит отметить узкую направленность внимания и четкость фиксации взгляда Д. на прямые стимулы. Это формирует гипотезу о симуляции и преувеличению своего негативного состояния, сличение с образом страдающего алкогольной зависимостью (в беседе Д. часто использует вычурные стереотипные стигматизированные названия по отношению к себе – «алкаш», «алкоголик», «не до конца пьяница»).

Рисунок 1. Примеры предъявляемых стимулов при окулографии.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о достоверности полученных результатов методики окулографии. Анализ ассоциативных реакций на значимые объекты-стимулы позволяют проводить раннюю аппаратную нейропсихологическую диагностику склонности к зависимому поведению, так как траектория взгляда респондента отражает его внутренний когнитивный план, прошлый опыт зависимого поведения и эмоциональную, личностную значимость к определенным объектам зависимости. В комплексе с опроснико-тестовыми методами и беседой, возможна эффективная ранняя диагностика склонности к зависимому поведению, что является гарантом предотвращения и профилактики химической и нехимической зависимости.

Литература

1. Копытов, А.В. Алкогольная зависимость у лиц молодого возраста с позиций нейропсихологического подхода / А.В. Копытов, О.Л. Селедцова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. - № 2. – С. 44-57.
2. Кузнецова, А.А. Технология окулографии в ранней диагностике склонности к зависимому поведению / А.А. Кузнецова, Д.А. Кайдалова // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: лингвистика и педагогика. – 2020. – Т.10., №2. – С. 108-189.
3. Оценка установочного компонента когнитивной задачи по структурнодинамическим характеристикам движения глаз преподавателя вуза / О. Ф. Природова, В. А. Лазаренко, В. Б. Никишина, А. А. Кузнецова // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2019. - Т. 10., № 1. - С. 73–83.
4. Шурупова М. А., Ансимов В. Н., Терещенко Л. В., Латанов А. В. Влияние когнитивной задачи на параметры движений глаз при просмотре статических и динамических сцен // Сенсорные системы. - 2016. - Т. 30., №1. - С. 53–62.

7. Вегетативная дисфункция, ассоциированная с тревогой у российских и иностранных студентов-медиков

Гуреева А.В.[1], Левченко Е.В.[2]

[1]студент, кафедра психиатрии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
[2]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
E–mail: nastasyi.207@gmail.com, levchenkoev@kurskstmu.net

Свыше 70% людей, имеющих вегетативную дисфункцию (ВД), ассоциированную с тревожными расстройствами, предъявляют исключительно соматические жалобы. Распространенность синдрома ВД колеблется от 12 до 82% в популяции. ВД различной этиологии встречается в любом возрасте, но наиболее часто – в молодом, и преимущественно среди женщин и девушек. Психические симптомы часто скрываются за «фасадом» массивной вегетативной дисфункции. Лидером среди психопатологических синдромов, ассоциированных с вегетативной дисфункцией, является тревога. В свете современных условий можно выделить ряд предпосылок к возникновению повышенного уровня тревожности у студентов-медиков. Наиболее значимыми из них являются переход на комбинированное обучение, сопряженный с ожиданием опасности при дефиците информации, а также повышенную социальную ответственность студентов-медиков [1].

Целью нашего исследования было определить частоту и выраженность ВД с ассоциированной тревогой у студентов лечебного и международного факультетов университета. Проводился опрос в виде анкетирования у 34 российских и 34 иностранных студентов вторых курсов лечебного и международного факультетов КГМУ. В обеих группах преобладали девушки – их доля составляла соответственно 76,5 и 64,9%; возраст респондентов – от 18 до 20 лет. Анкеты носили оригинальный характер; в них содержались вопросы, выявляющие как соматические симптомы, так и общий уровень тревоги. Полученные результаты подвергались математическому анализу: посчитана средняя арифметическая, рассчитана достоверность различий с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты и их обсуждение: симптомы периферической ВД существенно чаще отмечались у российских студентов (44,9%); в основной группе они были выявлены лишь в 25,4% случаев ($p<0,05$).Однако проявления психовегетативного синдрома достоверно реже выявлены у российских студентов – в 37% случаев, тогда как у иностранных – в 57% случаев ($p<0,05$). В среднем 57% студентов международного факультета против 37% российских предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, нарушения сна, внезапную потерю сознания, ослабление памяти, невнимательность. О наличии вегетативных кризов по типу панических атак сообщили 29,4% российских респондентов и 23,5% иностранных. Частота проявлений «синдрома раздраженного кишечника» в обеих группах не имела достоверных различий и составляла примерно 30%. Таким образом, у российских и иностранных студентов выявлен стабильно высокий уровень ВД с соматическими симптомами. Вероятно, это связано с напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью студентов в

существующей обстановке. Раннее выявление и профилактика симптомов ВД тревоги позволит улучшить учебную деятельность и избежать стрессовых ситуаций [2,3].

Литература

1. Деревянных Е. В. и др. Частота и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у студентов медицинского вуза //Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2017. – Т. 9. – №. 1.
2. Куприянов, Р. В. Психодиагностика стресса: практикум / Р. В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. — Казань: КНИТУ, 2019. — 212 с.
3. Старикова И. В. и др. Состояние тревожности и мотивация к учебной деятельности иностранных и российских студентов в медицинском вузе //Научное обозрение. Педагогические науки. – 2018. – №. 3. – С. 58-61.

8. Расстройства личности при болезни Грейвса

Дмитренко К.Ю.[1], Хайкина И.А.[2], Садкова О.А.[3], Романов Д. В.[4]

[1]аспирант кафедры Психиатрии и психосоматики
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
[2]ассистент кафедры Эндокринологии №1,
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
[3]младший научный сотрудник отдела по изучению
пограничной психической патологии и психосоматических расстройств
федерального государственного бюджетного научного учреждения
«Научный центр психического здоровья», Москва
[4]д.м.н., профессор кафедры Психиатрии и психосоматики
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
E-mail: kirill.dmitrenko.msc@gmail.com

Проблеме личности и соматических заболеваний (СЗ), в том числе хронических (ХСЗ), посвящено большое число исследований, обобщенных в современных мета-аналитических работах. Так, Jokela et al. соотносят влияние ХСЗ на РЛ с возрастными изменениями, свойственными траектории личности в норме [1]. По этим данным изменения личности под влиянием ХСЗ сопоставимы со средним снижением экстраверсии на 2,5 года, сознательности – на 5,5 лет, открытости опыту – на 1,6 года и повышением уровня эмоциональной устойчивости на 1,9 года.

Болезнь Грейвса (БГ) – хроническое аутоиммунное заболевание щитовидной железы (ЩЖ). Несмотря на некоторые данные относительно взаимосвязи БГ и РЛ [2], проблема влияния БГ на личность остается мало изучена. Течение БГ характеризуется периодическими рецидивами, либо поддающимися консервативной терапии, либо требующими радикального лечения (удаление ЩЖ) с назначением пожизненной заместительной терапии [3].

Цель данного исследования – психопатологическая и психометрическая характеристика расстройств личности при болезни Грейвса.

Выборку исследования составил 31 пациент с верифицированной в результате эндокринологического обследования БГ (из них 28 женщин, возраст – 43,7±12,9, возраст манифестации БГ – 38,7±11,3 лет; HADS-A – 5,5±2,8, HADS-D – 5,7±3,5; Т3 – 16,5±7,8, Т4 – 34,6±13,1, антитела к рТТГ – 12,4±10,9, объем щитовидной железы (ЩЖ) – 31,7±27,3 см^3). Все обследуемые не имели сопутствующих хронических соматических заболеваний за исключением БГ. Обследование проводилось с помощью психопатологического метода и психометрических шкал (HADS, Beck's Personality Beliefs Questionnaire, опросник личности Леонгарда-Шмишека).

В результате исследования, выраженные изменения личности при БГ были выявлены у 4 из 31 пациента (12,9%), которые были объединены в группу с патологической траекторией развития личности – основная группа (4 женщины, средний возраст – 47,75±17,35, возраст манифестации БГ–39,5±13,48, HADS-A–6,75±2,63, HADS-D–6,5±4,7) и сопоставлены с группой сравнения – группа контроля (остальные 27 пациентов, средний возраст – 43,1±12,5, возраст манифестации БГ –

38,6±11,2; HADS-A–5,9±2,8, HADS-D–5,6±3,3), не обнаруживших изменений личностной.

Патологические изменения личности при БГ в основной группе формировались в рамках ипохондрических развитий (ИР) (по типу сверхценной ипохондрии, «новой жизни», ипохондрической дистимии) [4]. Во всех обсуждаемых случаях ИР были соматогенно провоцированы БГ, после чего в соответствии с одной из обозначенных выше траекторий происходило формирование стойкого ипохондрического состояния с клиническими особенностями, обусловленными предиспозицией в виде явлений психопатологического диатеза (ПД).

Конституциональное предрасположение (РЛ) среди пациентов основной группы представлено шизотипическим РЛ (1 набл.), истеропаранойялным РЛ (1 набл.), пограничным РЛ (1 набл.), шизоидным РЛ (1 набл.). Размер группы не позволяет говорить о статистически значимых различиях по сравнению с группой контроля. Однако в основной группе РЛ в двух случаях было квалифицировано как шизотипическое и пограничное (ПРЛ) соответственно, т.е. характеризовалась явлениями ПД [4]. Контрольная группа включала преимущественно РЛ драматического кластера В (15 набл.), а также эксцентрического кластера А (9 набл.) и тревожного кластера С (1 набл.) соответственно.

Концепция относительно предваряющей ИР предиспозиции, помимо клинических результатов, была подкреплена данными психометрических методик. Данные показывают значительную выраженность ряда дименсий РЛ в основной группе против контрольной (Beck's Personality Beliefs Questionnaire - пассивная-агрессивность (24,25 против 20 баллов, $p>0,05$): нарциссичность (15,25 против 8,95 баллов, $p<0,05$); опросник Леонгарда-Шмишека - педантичность (12,5 против 9,3, $p<0,05$), возбудимость (12,75 против 7,35, $p<0,05$)), что свидетельствует о большей «тяжести» личностной патологии, и, как результат, - приверженности ПД.

В соответствии с предоставленными данными БГ сопровождается формированием ИР. С одной стороны, это может быть обусловлено особенностями соматической патологии (БГ – хотя и рецидивирующее, однако относительно благоприятное - несмертельное/излечимое заболевание). С другой стороны, имеющиеся данные [5] о распространенности ИР при злокачественных новообразованиях (12,5%), частота которых оказалась сопоставима с полученными в ходе настоящего исследования (12,9%), позволяет предположить о приоритете психопатологического диатеза как одного из ключевых факторов, способствующих патологическому развитию личности при СЗ, несмотря на объективно разную степень «катастрофичности» СЗ при БГ и онкопатологии. Однако в силу малого размера выборки и отсутствия непосредственных сравнительных исследований при различных СЗ пока невозможно говорить о достоверности подобных соотношений.

Литература

1. Jokela M. Personality as a determinant of health behaviors and chronic diseases: Review of meta-analytic evidence //The Oxford Handbook of Integrative Health Science. – 2018. – С. 317.
2. Fukao A. et al. The thyroid function of Graves' disease patients is aggravated by depressive personality during antithyroid drug treatment //BioPsychoSocial Medicine. – 2011. – Т. 5. – №. 1. – С. 1-7.

3. Фадеев В. В. Диагностика и лечение болезни Грейвса //Медицинский совет. – 2014. – №. 4.
4. Смулевич А. Б. Расстройства личности. – 2012.
5. Смулевич А. Б., Иванов С. В., Самушия М. А. Патохарактерологическое предрасположение и формирование нозогенных (провоцированных соматическим заболеванием) психических расстройств//Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – №. 2. – С. 7-13.

9. Взаимосвязь типа информационного метаболизма и уровня потребности в достижении у врачей психиатров

Жукова М.А.[1], Киселева Е.О.[2], Левченко Е.В.[3]

[1]клинический ординатор кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
[2]студент лечебного факультета федерального государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
[3]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
E–mail: m.a.zhukova1408@gmail.com, levchenkoev@kursksmu.net

Вопрос о том, какими качествами и характеристиками должен обладать человек, посвятивший себя делу помощи душевнобольным, всегда занимал человечество. Важную роль в становлении врача-психиатра играют личностные и морально-этические особенности, которые пациенты оценивают в первую очередь, прежде, чем профессиональные и интеллектуальные качества [2]

Способ, каковым данный человек получает, обрабатывает и отдаѐт вовне информацию, называется типом информационного метаболизма (ТИМ) или же соционическим типом. Соционика раскрывает возможности человека, которые он порой и не осознает, помогает верно выбрать свой стиль жизни. Потребность в достижении используется для измерения потребности в достижении цели и успеха. Нормальным считается такой уровень потребности соответствовать стандартам и ожиданиям других достижении людей, при котором человек получает удовольствие от собственных усилий. Чем выше у человека самооценка, тем более он активен и нацелен на достижения. [1,3]

Целью нашего исследования было изучение уровня мотивации достижения у молодых врачей различных типов информационного метаболизма. Исследование проводилось на базе курской клинической психиатрической больницы. Всего было обследовано 56 врачей психиатров (средний возраст 28±3,34 г) Для определения потребности в достижении цели, успеха применяли методику Ю. М. Орлова «Потребность в достижении цели. Шкала оценки потребности в достижении успеха». Для определения социотипов личности применяли опросник Кейрси. Материалы статистически обработаны с использованием пакета прикладных программ «Statistica for Windows» При сравнении полученных данных использовался t-критерий Стьюдента. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p<0,05$).

Соционические модели обследованных показаны в таблице.

Таблица 1 Соционическая модель обследованных по тесту Кейрси (в %)

ИЛЭ	СЭИ	ЭСЭ	ЛИИ	ЭИЭ	ЛСИ	СЛЭ	ИЭИ
0	12,5	25	0	8,9	0	1,8	8,9
ЛИЭ	ЭСИ	СЭЭ	ИЛИ	ЛСЭ	ЭИИ	ИЭЭ	СЛИ
0	17,9	0	0	3.6	3,6	8,9	8,9

Таблица 2 Показатели потребности в достижениях у лиц молодого возраста в зависимости от ТИМа

Тип информационного метаболизма	Уровень потребности в достижениях		
	низкий	средний	высокий
ЭСЭ			16,3
ЭСИ			17
СЭИ			16,2±1,16
ИЭИ		12,89±0,36	
ИЭЭ		13,01±1,22	
ЭИЭ			17,1±0,18
СЛИ		10,94±1,12	
ЛСЭ		14,1±0.22	
ЭИИ	6,38±0, 88		
СЛЭ	5,71±0, 51		

Результаты и их обсуждение. Среди врачей-психиатров курской психбольницы преобладают ТИМы этического склада со средним и высоким уровнем потребности в достижениях. Работа в психиатрии в силу ее специфики обуславливает необходимость в таких качествах сотрудников как эмоциональная и психическая устойчивость, терпимость, сострадание, гуманность, сопереживание. Показано, что у большинства потребность в достижениях средняя и высокая, что свидетельствует об эмоциональной вовлеченности в любимое дело и высоком профессионализме обследованных

Литература

1. Аугустинавичюте А. Теория интертипных отношений //Соционика, ментология и психология личности.—1997.—№. – 1997. – №. 1-5. – С. 1-6.
2. Степанова Н. В., Неволина В. В. Мотивация выбора профессии врача и ценностные ориентации студентов медицинского вуза //Мир науки, культуры, образования. – 2014. – №. 6 (49).
3. Орлов Ю. М. Саногенное и патогенное мышление //М.: Изд-во. – 1997. – Т. 2003.

10. Иррациональные убеждения и удовлетворенность собственным телом женщин с нарушениями пищевого поведения

Игнатьева Е.С.

бакалавр, кафедра Клинической психологии, конфликтологии и психоанализа
ФГБОУ ВО «Удмуртский государственный университет», *г. Ижевск*
E-mail: ignatevaelizabeth@gmail.com

Проблема нарушений пищевого поведения у человека является одной из актуальных тем. Исследователи нарушений пищевого поведения отмечают, что в настоящее время мы столкнулись с такой проблемой, что в мире количество людей с ожирением постоянно увеличивается, что может привести к такой проблеме как «глобальное» ожирение к середине века. К особенностям пищевого поведения может привести наше отношение к стрессу и отношение к себе во время ситуаций стресса и неудачи [3].

Целью данного исследования является изучение взаимосвязи иррациональных утверждений и удовлетворенностью собственным телом у женщин с анорексией, булимией и отсутствием особенностей пищевого поведения.

Для выявления респондентов с особенностями пищевого поведения разных видов, или их отсутствие, были проведены методики, направленные на изучение объективной и субъективной оценки образа тела. В качестве объективной оценки был взят расчет индекса массы тела, в качестве субъективной была использован опросник для оценки клинических нарушений (CIA). Учитывая два критерия, нами были выявлены и составлены группы с особенностями пищевого поведения и их отсутствием: анорексия, булимия и отсутствие особенностей пищевого поведения.

В эмпирическом исследовании приняли участие 42 респондента в возрасте 22-33 года. Сбор эмпирических данных осуществлялся с октября 2020 года по февраль 2021 года. Для статистической обработки данных используется пакет прикладных программ SPSS 22; метод математической статистики (непараметрический U-критерий Манна-Уитни).

В соответствии с показателями опросника клинических нарушений и индекса массы тела были выделены следующие группы женщин с нарушенным пищевым поведением по типу анорексия (5,52% и 17,27 ИМТ (6 человек)), булимия (11,04% и 25,6 ИМТ(12 человек)). Респондентов с отсутствием нарушений пищевого поведения было 83,44% и 20,4 ИМТ (24 человека).

На основе полученных нами данных исследования респондентам с булимией не склонны глобализировать ситуацию неудачи, поиск позитивных моментов в ситуации неудачи, стабильное эмоциональное реагирование и низкий показатель страха негативных последствий в ситуации неудачи. Также у группы с булимией наиболее выражена удовлетворенность образом собственного тела. У респондентов с булимией выражено отстранение от эмоционального реагирования в ситуации неудачи. Они избегают негативных утверждений, свойственен позитивизм, за счет чего респонденты с булимией сокращают возможность усомниться в себе, в своей деятельности [4].

Результаты сравнения данных по показателям глобализации, негативного отношения, сильного эмоционального реагирования и страха негативных последствий в ситуации неудачи у респондентов с анорексией и булимией, свидетельствуют о том,

что респонденты с анорексией склонны глобализировать ситуацию неудачи, видеть ее в негативном свете, склонны больше эмоциональной реакции и высоким уровнем страха негативных последствий. Напротив, респонденты с булимией не склонны глобализировать ситуацию неудачи, стараются найти позитивные моменты в ситуации неудачи, реагируют эмоционально стабильно и у них не выражен страх негативных последствий так сильно, как у респондентов с анорексией. У респондентов с булимией выражено отстранение от эмоционального реагирования в ситуации неудачи. Респонденты избегают негативных утверждений, им свойственен позитивизм, за счет чего респонденты с булимией сокращают возможность усомниться в себе, в своей деятельности.

Респондентам с отсутствием нарушений пищевого поведения свойственны рационализм, позитивизм, низкий уровень страха негативных последствий, приписыванию вины внешним факторам за ситуацию неудачи. Также группе с отсутствием особенностей пищевого поведения выражена удовлетворенность образом собственного тела. В отличие от респондентов с анорексией. Им свойственен негативизм, высок страх негативных последствий.

Данные результаты исследования позволяют нам заключить, что респондентам с анорексией свойственны негативная оценка ситуации неудач, происходящих с ними, иррациональное отношение к ним, глобализация ситуации неудачи, видение ее в негативном свете, склонность к большей эмоциональной реакции, а также высокий показатель страха негативных последствий в ситуации неудачи. Также у группы с анорексией наиболее выражена неудовлетворенность образом собственного тела. В качестве компенсации ситуации неудачи респонденты начинают переносить контроль с ситуации на собственное тело. Если они будут идеальными, то это поможет им преодолеть ситуации неудачи и быть более позитивными [1,2].

Нами было доказано существование иррациональных убеждений в ситуации неудачи по параметрам внешних и внутренних атрибуции, широты атрибуции, позитивной и негативной оценка последствий.

Также было выявлено, что у женщин с нарушениями пищевого поведения разных типов существуют особенности удовлетворенности собственным телом наряду с иррациональными убеждениями.

Литература

1. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2т. Пер. с англ. - М.: Медицина 1998
2. Малкина-Пых И. Г. Лишний вес. Освободиться и забыть //Навсегда. М.: Эксмо. – 2007.
3. Малкина-Пых И. Г. Терапия пищевого поведения/Ирина Германовна Малкина-Пых //М.: Эксмо. – 2007. – С. 617-639.
4. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. - СПб.: Изд-во «Речь», 2000.

11. Персонализация терапии депрессивных расстройств у пациентов с игровой зависимостью: постановка проблемы

Киатрова Л.Р.[1], Агибалова Т.В.[2]

[1]аспирант кафедры психотерапии и сексологии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., профессор кафедры психотерапии и сексологии
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
дополнительного профессионального образования
«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
E–mail: lily_2202@mail.ru

Зависимость от азартных игр – актуальная проблема современного общества. Распространенность патологического влечения к азартным играм в мире варьируется от 0,7% в Дании до 6,5% в Эстонии [1]. В течение игровой зависимости значительное место отводится депрессивным расстройствам, сопряженных с высоким риском суицидов среди пациентов с игровой зависимостью [2]. К настоящему моменту имеется значительное количество исследований, посвященных изучению этиологии, диагностики, клиники, психопатологии игровой зависимости. Выявлены факторы риска возникновения игрового расстройства, особенности клинической картины, описаны преморбидные особенности личности, структура и динамика патологического влечения к азартным играм и абстинентного синдрома. В клинической картине зависимых от игр отмечены специфические когнитивные нарушения в виде дефицита исполнительных функций, импульсивного и рискованного принятия решений, когнитивных искажений и ошибок «мышления», подкрепляющие патологическое влечение к игре. Разработаны психотерапевтические алгоритмы терапии игровых расстройств с описанием ведущих психологических защит и выявлением мишеней психотерапии. Также доказана эффективность когнитивно-поведенческой терапии и метода мотивоционного интервью. Однако, не смотря на многообразие исследований и большой интерес исследователей к проблеме зависимости от азартных игр, вопрос терапии игрового расстройства остается открытым. В настоящий момент нет исследований, посвященных доказательности медикаментозного лечения игровой зависимости, а число психосоциальных видов лечения остается довольно ограниченным. Кроме того, в виду полиэтилогичности игрового расстройства, высокого разнообразия психосоциальных факторов, участвующих в развитии игрового расстройства, для повышения эффективности лечения и благоприятного прогноза течения игровой зависимости терапия «должна адаптироваться» под каждого пациента в отдельности, учитывая индивидуальные особенности конкретной личности, то есть подход к терапии должен носить персонализированный характер. В связи с вышесказанным, цель планируемого исследования: разработать персонализированный подход к терапии депрессивных расстройств при игровой зависимости. В рамках этого исследования планируется обследовать не менее 100 пациентов мужского пола от 18 до 60 лет, страдающих игровой зависимостью, с допустимой коморбидностью другими видами зависимости. Для достижения цели надо будет провести сравнительный анализ отдаленных

результатов лечения (удержание в лечебных программах, прохождение реабилитационных программ, длительность ремиссии) пациентов, страдающих только игровой зависимостью в сравнении с пациентами, страдающими игровой зависимостью в сочетании с зависимостью от нескольких ПАВ. На основании этого разработать рекомендации к персонализации терапии депрессивных расстройств у пациентов, страдающих только игровой зависимостью в сравнении с пациентами, страдающими игровой зависимостью в сочетании с зависимостью от нескольких ПАВ. Оценить эффективность разработанной программы и рекомендаций. Применение предложенного алгоритма персонализации терапии депрессивных расстройств в структуре игровой зависимости позволит снизить риск развития нежелательных лекарственных реакций и фармакорезистентности. Выбор типа и количества антидепрессанта на основе результатов генотипирования позволит повысить как эффективность терапии депрессивных расстройств у пациентов с игровой зависимостью, так и ее безопасность.

Литература

1. Calado F., Griffiths M. D. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015) //Journal of behavioral addictions. – 2016. – Т. 5. – №. 4. – С. 592-613.
2. Karlsson A., Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study //Journal of behavioral addictions. – 2018. – Т. 7. – №. 4. – С. 1091-1099.

12. Цервикальная дистония и коморбидная психическая патология

Ковешникова О.А.[1], Самушия М.А.[2], Миронова Н.В.[3]

[1]ассистент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]к.м.н., доцент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E–mail: koveshnikova@lenta.ru

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

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

В связи с высокой коморбидностью ЦД с психическими расстройствами нами было предпринято исследование больных с установленным диагнозом цервикальной дистонии, направленное на выявление коморбидной психической патологии и ее влияния на течение неврологического заболевания. Пациенты с ЦД были обследованы клинико-психопатологическим (с применением катамнестического метода), неврологическим и психометрическим (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS; объективный опросник HAM-D; Торонтская шкала алекситимии (TAS); опросник на качество жизни sf-36). Статистическая обработка проводилась при помощи программы SPSS Statistics 20.

Социодемографические данные выборки: было обследовано 33 пациента с ЦД – 26 (70%) женщины и 7 (21%) мужчины, средний возраст больных составил 40,5±8,8 лет (медиана 38 лет). С высшим образованием 17 (51.5%) больных; 15 (45,5%) – имели среднее образование. 30 пациентам (91%) ботулинотерапия проводилась до включения в исследования 3,7±2,8 раза (медиана 3 раза) с интервалом 4,9±2,6 месяца (медиана 4 месяца), среднее время назначения первой ботулинотерапии после появления первых симптомов составила 2,3±2,4 года (медиана 1 год).

При анализе статистических данных общей выборки, полученных из опросников было отмечено, что подшкала депрессии опросника HADS имела положительную корреляцию с подшкалой тревоги опросника HADS (r-Пирсона=0,672, p=0,002), TAS (r-

Пирсона=0,583 p=0,009) и отрицательную корреляцию с баллами SF36 GH (общее состояние здоровья) (r-Пирсона=-0,580, p=0,009) и SF36-VT (жизненная активность) (r-Пирсона=-0,543, p=0,016).

Шкала алекситимии TAS имела отрицательную корреляцию на уровне тенденций: SF36 SF (социальное функционирование) (r-Пирсона=-0,395, p=0,094), SF36 RE (ролевое функционирование) (r-Пирсона=-0,410, p=0,81).

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

В ходе клинико-психопатологического обследования в общей выборке были выделены 4 группы.

У 13 пациентов первой группы (39,4%) не было выявлено значительных психопатологических симптомов. В ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки соматизированных реакций до начала ЦД, либо появление первых симптомов ЦД могло стать реакцией на стресс без развития симптомов снижения настроения или повышения тревоги. В анамнезе у подобных пациентов наблюдаются соматизированные реакции на стресс или обострение психосоматических заболеваний (повышение артериального давления у 4 пациентов, заболевания желудочно-кишечного тракта у 7 пациентов). Средний возраст этих больных составил 46,9±11,4 лет (медиана 45 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 40,5±12,8 лет (медиана 36 лет). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 5±1,7 (медиана 5), HADS по шкале депрессия – 3,5±1,3 (медиана 4), по данным HAM-D – 3,7±1,4 (медиана 4); средний балл по TAS соответствовал 54,7±5,7 (медиана 54).

У 10 пациентов второй группы (30,3%) в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки истерической депрессии с полиморфными конверсионными расстройствами в анамнезе. Обычно истерические депрессии были связаны с «ударами судьбы», часто возникали в ответ на разрыв любовных отношений или смерть близких, могли быть связаны с утратой работы, финансовой и психологической поддержки и т.п. Средний возраст этих больных составил 36,5±4,5 лет (медиана 36,5 лет), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 32±3,6 лет (медиана 32,5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 11,8±3 (медиана 11,5), HADS по шкале депрессия – 7,6±1,5 (медиана 8), по данным HAM-D – 8,5±2,3 (медиана 9); средний балл по TAS соответствовал 65,5±7,9 (медиана 65,5). У пациентов второй группы после появления моторных симптомов ЦД и установки неврологического диагноза прослеживалось снижение представленности конверсионных расстройств и снижение частоты формирования аффективных нарушений.

У 6 пациентов третьей группы (18,2%) в ходе клинико-психопатологического обследования были выявлены признаки клинически значимой депрессии и тревоги. Средний возраст этих больных составил 37,3±5,6 лет (медиана 37 лет), появление первых симптомов у пациентов из этой группы – 32,3±8,5 лет (медиана 33,5 года). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группы достигали 12,2±2,5 (медиана 12,5), HADS по шкале депрессия – 6,7±2,7 (медиана 6,5), по данным HAM-D – 8±1,7 (медиана 8,5); средний балл по TAS соответствовал 72,5±4,5 (медиана 73). В ходе клиническо-анамнестического исследования было выявлено уклоняющееся и

избегающее поведение в анамнезе с формированием тревожных реакций на значимые стрессовые события. На фоне утяжеления симптомов ЦД отмечалось усиление сенситивных черт в характере, избегающее поведение, что приводило к стойкой социальной дезадаптации пациентов этой группы.

У 4 пациентов четвертой группы (12,1%) были диагностированы психические заболевания шизофренического спектра, которые не обнаруживали какого-либо параллелизма с течением ЦД: у двоих пациентов диагностировано шизоаффективное расстройство, по поводу которого они наблюдались у психиатра амбулаторно и госпитализировались в психиатрический стационар в добровольном порядке; у двоих пациентов – приступообразная шизофрения, диагностированная в подростковом возрасте (в обоих случаях госпитализация в психиатрический стационар происходила в недобровольном порядке). Средний возраст этих больных составил 34±2 лет (медиана 33 года), появление первых симптомов ЦД у пациентов из этой группы – 30±1 лет (медиана 29,5 лет). По данным HADS средние значения по шкале тревоги в этой группе достигали 11,2±0,4 (медиана 11), HADS по шкале депрессия – (медиана 13), по данным HAM-D – 10,5±0,75 (медиана 10); средний балл по TAS соответствовал 79,2±1,1 (медиана 80).

Результаты исследования позволяют сделать выводы о высокой частоте встречаемости психических расстройств у пациентов с ЦД. При статистической обработке данных было выявлено, что тревожные расстройства оказывают негативное влияние на показатели качества жизни пациентов с ЦД.

Литература

1. Defazio G., Macerollo A. Epidemiology of dystonia //Handbook of dystonia. – CRC Press, 2012. – С. 31-41.
2. Conte, A., Berardelli, I., Ferrazzano, G., Pasquini, M., Berardelli, A., Fabbrini, G. Non-motor symptoms in patients with adult-onset focal dystonia: Sensory and psychiatric disturbances. Parkinsonism & Related Disorders 2006, №2.
3. Ceylan D. et al. Evaluation of anxiety and depression scales and quality of LIFE in cervical dystonia patients on botulinum toxin therapy and their relatives //Neurological Sciences. – 2019. – Т. 40. – №. 4. – С. 725-731.
4. Molho ES et al. Impact of Cervical Dystonia on Work Productivity: An Analysis From a Patient Registry. MDCP. 2015, Том 3, №2.
5. Gündel H. et al. Social phobia in spasmodic torticollis //Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 2001. – Т. 71. – №. 4. – С. 499-504.

13. Зависимость терапевтической динамики непсихотических депрессивных расстройств от психофизиологических особенностей больных

Корендюхина А.О.

младший научный сотрудник Отделения новых средств и методов терапии Отдела пограничной психиатрии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
E-mail: Annikore@yandex.ru

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессия представляет собой распространенное психическое расстройство, которое является одной из основных причин инвалидности в мире. По оценкам ВОЗ, данному расстройству подвержены более 300 миллионов человек из всех возрастных групп [1].

Основным методом биологической терапии при депрессивных расстройствах являются антидепрессанты, однако при их использовании у 20-50% больных эффект незначителен [2,3], а 30% больных с депрессивными расстройствами остаются резистентными к фармакотерапии [4]. Современное развитие клинической психофармакотерапии, по данным многих исследователей, должно учитывать не только прогнозирование возможного терапевтического эффекта, но и основываться на нейрональных и поведенческих дименсиях с целью достижения адекватного терапевтического ответа. Исследование предикторов психофармакологического ответа с учетом биологически-конституционального типа реагирования может иметь важное значение в современной прогнозируемой персонализированной медицине, в том числе, при обосновании лекарственной терапии больных с депрессивными расстройствами.

На базе Филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗМ» было проведено исследование 88 пациентов с диагнозами депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство и дистимия с целью выявления предикторов, влияющих на ответ на антидепрессивную терапию. Были использованы такие методы как клинико-психометрический, клинико-психопатологическое обследование, а также методы психофизиологической объективизации, включавшие систему приборного компьютеризированного динамического изучения.

При анализе результатов исследования были сформулированы следующие выводы:

1. Пациенты с не психотическими депрессивными расстройствами характеризуются преобладанием поведенческой активности типа Б, для которого характерными особенностями являются большая реактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и парасимпатической нервной системы в противовес типу А, для которого характерна большая реактивность симпатической нервной системы и мозгового вещества надпочечников. Учитывая двунаправленность природы гормонально-поведенческих отношений, данное деление определяется биологическими факторами и вегетативной гиперактивностью.

2. При разделении пациентов на группы с тенденцией к более высокому и низкому типам поведенческой активности было обнаружено, что группы различаются по психофизиологическим и вегетативным параметрам, что свидетельствует о биологической детерминированности деления. Для группы с изначально более низкими показателями поведенческой активности характерно большее снижение аппетита,

большая гибкость когнитивных функций, низкий уровень эмоциональной возбудимости и большая вовлеченность гуморального звена и напряженности регуляторных механизмов при обеспечении функционирования организма, по сравнению со второй группой. Показатель мощности волн низкой частоты, в свою очередь, косвенно свидетельствует о большем влиянии симпатической нервной системы во второй группе.

3. Ответ на антидепрессивную терапию потенциально зависит от таких психодиагностических и психофизиологических показателей, как выраженность поведенческой активности, энергичность, специфичность поведения и стабильность нервных процессов. Превышение установленного уровня данных показателей предсказывает вероятность того, что они будут служить предиктором положительного ответа на терапию, соответственно, чем выше фоновый уровень данных показателей, тем выше вероятность респонса.

Литература

1. ВОЗ, 2017
2. ANTIDEPRESSANT H. Efficacy issues with antidepressants //J Clin Psychiatry. – 1997. – Т. 58. – №. 6. – С. 32-39.
3. Preskorn S. H. Antidepressant drug selection: criteria and options //The Journal of clinical psychiatry. – 1994.
4. Костюкова Е. Г., Мосолов С. Н. Дифференцированный подход к применению антидепрессантов //Современная терапия психических расстройств. – 2013. – №. 3. – С. 2-10.

14. Клинико-иммунологический профиль пациентов с шизофренией

Майорова М.А.[1], Петрова Н.Н.[2], Гвоздецкий А.Н.[3], Кудрявцев И.В.[4], Соболевская П.А.[5] Чурилов Л.П.[6]

[1] младший научный сотрудник Лаборатории мозаики аутоиммунитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
[2]д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
[3] к.м.н., ассистент кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург
[4] к.б.н., заведующий лабораторией клеточной иммунологии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Институт экспериментальной медицины», Санкт-Петербург
[5]научный сотрудник Лаборатории мозаики аутоиммунитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
[6]к.м.н., профессор, заместитель руководителя Лаборатории мозаики аутоиммунитета федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
E-mail: mayorova.m.a.@list.ru

Вопрос о вовлеченности воспалительного и аутоиммунного процессов в развитие шизофрении стал наиболее актуален в последнее десятилетие. Так, известно, что пациенты и их ближайшие родственники подвержены риску развития аутоиммунных заболеваний. Также выявлено, что сочетание шизофрении с аутоиммунными нарушениями может негативно влиять на течение, клиническую картину и терапевтический ответ таких пациентов. Интерес также представляют изменения баланса цитокинов, гормонального профиля (пролактин) и субпопуляций лимфоцитов, связанных с развитием аутоиммунитета. При этом данные исследований носят довольно противоречивый характер [1, 2].

Целью данного исследования явилось изучить роль клинико-иммунологических изменений в патогенезе шизофрении. В исследование был включен 51 пациент с параноидной шизофренией (F 20.0) и 30 участников здоровой группы контроля (для оценки иммунологических показателей). Пациенты были обследованы однократно на этапе стабилизации состояния. Критериями включения был возраст до 55 лет, наличие не менее среднего полного образования, отсутствие ЧМТ, а также другого верифицированного соматического заболевания в фазе обострения.

Методы исследования включали катамнестический, клинико-шкальный, нейропсихологический, лабораторный и статистический методы. В данном

исследовании использовались шкалы общего клинического впечатления (CGI), PANSS, шкала депрессии Калгари, BAC-S, а также проводились иммуноферментный анализ и проточная цитометрия для оценки иммуно-эндокринных показателей пациентов.

Результаты. В среднем по группе для пациентов была характерна легкая тяжесть расстройства по шкале CGI (3.55 ± 0.59 балла). По результатам шкалы депрессии Калгари было выявлено отсутствие депрессивного синдрома у всех (100%) пациентов на момент обследования. Исходя из полученных результатов шкалы PANSS, можно судить об относительном преобладании в клинической картине структурных нарушений мышления, аутизации, замедления моторной активности, негативизма, а также нарушений внимания и волевых побуждений (более 3.0 баллов по каждому параметру PANSS).

Негативные отклонения отмечались у всех участников исследования в рамках всех исследуемых когнитивных функций (<40 Т-баллов, BAC-S). Наиболее выраженные нарушения отмечаются в исполнительном функционировании пациентов (9.62 ± 15.12 Т - баллов), зрительно-моторной координации и функции внимания (18.99 ± 10.32 Т - баллов), а также скорости психомоторной реакции (15.88 ± 7.89 Т - баллов).

При этом тяжесть клинической симптоматики умеренно коррелировала со степенью выраженности когнитивных нарушений ($0.3 < r < 0.5$, $p < 0.05$).

У 41.2 % пациентов наблюдалась гиперпролактинемия, из которых 90.5% получали терапию АПВП, в том числе пролонгированными формами.

В сравнении со здоровой группой контроля у пациентов с шизофренией было выявлено значительное снижение уровня Т-регуляторов центральной памяти, а также увеличение объема Th1, Th2, «дважды-позитивных» и «классических» Th 17 типа, Tfh2, Tfh 17.1 и «классических» Tfh 17, что может указывать на значительное увеличение восприимчивости к развитию аутоиммунного процесса. Уровень пролактина умеренно позитивно коррелировал с нарушениями памяти пациентов, а также объемом некоторых субпопуляций Th 17 и Tfh 17 типа.

Данные клеточные изменения подкрепляются данными цитокинового профиля пациентов. В сравнении с группой контроля, у больных шизофренией отмечалось значительное увеличение сывороточных концентраций CCL20, IL-10, IL-12, IL-1β, IL-27, IL-31, IL-4, IL-13, IL-6, IL-9, TNFα. При этом также было выявлено значимое снижение уровня IL-17A, IL-17F, IL-2, IL-22 и TNFβ.

Таким образом, больные шизофренией могут характеризоваться наличием воспалительного процесса и высоким риском развития аутоиммунитета.

Данная работа поддержана грантом Правительства РФ, договор 14.W03.31.0009.

Литература

1. Hansen N. et al. Autoantibody-associated psychiatric symptoms and syndromes in adults: a narrative review and proposed diagnostic approach //Brain, Behavior, & Immunity-Health. – 2020. – С. 100154.
2. Mayorova M. A. et al. Autoimmune Concept of Schizophrenia: Historical Roots and Current Facets //Psychiatria Danubina. – 2021. – Т. 33. – №. 1. – С. 3-17.

15. Скрининг аффективных расстройств послеродового периода

Макарова М.А. [1]***, Кинкулькина М.А.*** [2]

[1]*аспирант кафедры психиатрии и наркологии*
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
[2]*член-корр. РАН, д. м. н., профессор; заведующий кафедрой психиатрии и наркологии*
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
E–mail: marimakarova_91@mail.ru, kinkulkina@gmail.com

Аффективные расстройства послеродового периода представляют собой серьезную социально-медицинскую проблему и нуждаются во внимании как со стороны врачей акушерско-гинекологического, так и психиатрического профиля. Несмотря на широкую, по данным литературы, распространенность (от 5% до 60,1%) [1, 2], послеродовая депрессия остается относительно редко диагностируемым заболеванием. Согласно статистическим данным не диагностированными, а, следовательно, и не леченными остается более 50% послеродовых депрессий [2, 3], что впоследствии может приводить к затяжному течению болезни и ее рецидивам, как во время следующей беременности, так и в дальнейшей жизни [4].

Наиболее часто в клинических и эпидемиологических исследованиях для диагностики послеродовой депрессии используется Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (EPDS). Однако результаты научных работ, посвященных исследованию диагностической надежности шкалы EPDS, показывают существенный разброс показателей чувствительности (от 65% до 100%) и специфичности (от 49% до 100%) [5], что во многом определяется различиями в диагностических подходах и применяемых пороговых значениях шкалы. Таким образом, целью нашего исследования была оценка эффективности шкалы EPDS и определение ее оптимального порогового значения для скрининга послеродовой депрессии при применении в России.

Нами было обследовано 150 женщин, в возрасте старше 18-ти лет, находящихся в послеродовом отделении «Городской клинической больницы им. С.С. Юдина ДЗМ», на 0-3 день после родов. Все женщины наблюдались в течение 6 месяцев после родов. Применялись клинико-психопатологический метод и скрининговая Эдинбургская шкала послеродовой депрессии. Все женщины проходили регулярную клиническую оценку на протяжении всего срока наблюдения.

В течение первых 6-ти недель после родов диагноз послеродовой депрессии был установлен у 11,3% женщин, большая часть депрессий были легкими. При проведении ROC-анализа (Receiver Operator Characteristic) результаты шкалы EPDS оценивались в сравнении с данными врачебного осмотра (диагноз послеродовой депрессии по критериям МКБ-10) (Рисунок 1). По результатам исследования оптимальное пороговое значение шкалы EPDS составило 10 баллов, чувствительность – 64,7%, специфичность – 85,7%, положительная прогностическая ценность - 36,4%. Площадь под ROC-кривой составила 0,798±0,067 (95% ДИ 0,662-0,925; p=0,001).

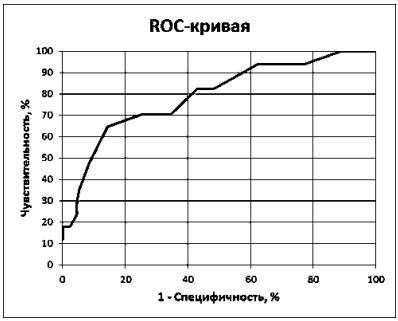


Рисунок 1. ROC-кривая для Эдинбургской шкалы послеродовой депрессии

Результаты исследования показали, что шкала EPDS является надежным скрининговым инструментом с высокой прогностической способностью в оценке риска развития послеродовой депрессии.

Литература

1. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C-L., Rochat T., Stein A., Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period //The Lancet. – 2014. – Т. 384. – №. 9956. – С. 1775-1788
2. Hegde S., Latha K.S., Bhat S.M., Sharma PSVN, Kamath A. Postpartum depression: prevalence and associated factors among women in India //Journal of Women's Health, Issues and Care. – 2012. – Т. 1. – №. 1. – С. 1-7.
3. Stein A., Pearson R. M., Goodman S. H., Rapa E., Rahman A., McCallum M., Howard L. M., Pariante C. M. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child //The Lancet. – 2014. – Т. 384. – №. 9956. – С. 1800-1819
4. Rasmussen M. L. H., Strøm M., Wohlfahrt J., Videbech P., Melbye M. Risk, treatment duration, and recurrence risk of postpartum affective disorder in women with no prior psychiatric history: a population-based cohort study //PLoS medicine. – 2017. – Т. 14. – №. 9. – С. 1-13.
5. Eberhard-Gran M., Eskild A., Tambs K., Opjordsmoen S., Samuelsen S. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale //Acts Psychiatrica Scandinavica. – 2001. – Т. 104. – №. 4. – С. 243-249.

16. Когнитивный дефицит как маркер прогредиентности шизофрении

Николаенко Д. С.[1], Запесоцкая И.В.[2]

[1]аспирант кафедры психологии здоровья с курсом нейропсихологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
[2]научный руководитель: доктор психологических наук, доцент кафедры психологии здоровья с курсом нейропсихологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Курск
E-mail: Abra71@inbox.ru

В современном мире, вследствие меняющихся воззрений на природу психических нарушений, появилось растущее внимание к нейробиологическим основам шизофрении и когнитивному функционированию. Помимо позитивной и негативной симптоматики в структуру шизофренического дефекта включается третья группа когнитивных симптомов, выделенная Breier A. в 1999 году. Однако, данная группа расстройств часто игнорируется практикующими врачами-психиатрами. Их основная задача в клинике психиатрического стационара является редукция психотических симптомов и стабилизация полученного эффекта. Более того, при проведении патопсихологической диагностики, медицинские психологи часто наблюдают изменения процессов внимания, памяти и мышления, которые трактуются как мотивационное снижение, но не рассматриваются как специфический когнитивный дефицит.

Цель исследования: феноменологический и структурно-функциональный анализ когнитивного дефицита в расстройствах шизофренического спектра на основании имеющихся на сегодняшний момент клинических, нейрокогнитивных и клинико-психологических исследований.

Основным методом исследования категориальный анализ понятия когнитивного дефицита в работах отечественных и зарубежных авторов.

Проведенное исследование. Нейрокогнитивный дефицит определяется как недостаточность высших психических функций (памяти, внимания, мышления, речи), исполнительских функций (executive functions), их произвольной регуляции и контроля, развившихся вследствие структурно-функциональных нарушений головного мозга. Термин «дефицит» определяется как «наличие относительно тяжелого, продолжительного, но принципиально поддающегося реабилитации нарушения – соматического, умственного, психического либо затрагивающего органы чувств, которое субъективно или объективно затрудняет жизнь и может иметь следствием отклоняющееся поведение». [1] Важность оценки когнитивных нарушений может являться предиктором дальнейшей социальной реабилитации пациента даже в большей степени, чем выраженность позитивной и негативной симптоматики.

Наличие когнитивного дефицита при шизофрении доказано многими зарубежными и отечественными авторами [2,3] так же данная рубрика нарушений будет выделяться в новой Международной классификации болезней 11-го пересмотра.

В структуру когнитивного дефицита по данным МКБ-11 входят следующие характеристики познавательной деятельности: дефицит скорости обработки

информации, внимания/концентрации, ориентации, суждения, абстракции, словесного или визуального обучения и рабочей памяти. [4]

Исполнительные функции (ИФ) представляют под собой набор когнитивных процессов, необходимых для когнитивного контроля и управления за поведением. Исполнительные функции постепенно развиваются и изменяются на протяжении жизни человека. Основным биологическим субстратом, отвечающим за ИФ, является дорсолатеральная префронтальная кора, расположенная в средней лобной извилине (в боковой части области Бродмана 8,9 и 46 полей). Принимая во внимание многочисленность теорий о составе исполнительных функций, большинство авторов (Алдерман Н., Карлсон С.М., Диамонд А. и др.) сходятся на следующих общих составляющих: особенности внимания, когнитивная гибкость, планирование, поиск и коррекций ошибок, рабочая память, тормозный контроль [5].

Неясными на данный момент остается влияние первого и дальнейших психотических эпизодов на особенности когнитивных нарушений. Слабоизученным является влияние фармакологического лечения препаратами нейролептического ряда на характер когнитивных нарушений. Отмечается малое количество научных трудов, исследующих связь между типом ведущего психиатрического синдрома при психотическом эпизоде, и особенностям когнитивных нарушений. Отсутствуют данные о влиянии когнитивного дефицита на эмоционально-волевые нарушения.

На данный момент, модель эмпирического исследования выглядит следующим образом. Набор экспериментальной группы производится по следующим критериям:

1) Первичное поступление пациента с выставленным диагнозом F23 по МКБ-10 – Острое полиморфное психотическое расстройство. Ведущий психиатрический синдром – параноидный, галлюцинаторно-параноидный, аффективно-бредовый (разделение группы на подгруппы);

2) Возраст пациента от 16 до 35 лет, отсутствие органических, неврологических и наркологических заболеваний. Экспериментальная группа будет разнополой (переменная подвергается способу контроля - балансировка);

3) Отсутствие на момент обследования острой психопродуктивной симптоматики, контролируемой лечащим врачом-психиатром посредством шкалы BPRS;

Методики исследования: последовательные соединения ТМТ, тест беглости речевых ответов, матрицы Равена, субтест «Шифровка», методика эмоционального интеллекта MSCEIT, методика «Пиктограммы», тест на запоминание 10 слов, Висконсинский тест сортировки карточек.

В последующем, следует прослеживать дальнейшие поступления данных больных с целью сравнения тестовых показаний первичного и последующих поступлений.

В контрольную группу войдут относительно здоровые испытуемые, не имеющие хронических заболеваний, не проходящие медикаментозную терапию на момент исследования, с исключенным психиатрическим заболеванием.

Литература

1. Цубер Й., Вейс Й., Кох У. Психологические аспекты реабилитации // Перре М., Бауманн У. Клиническая психология. СПб., 2006.
2. Ершов Б.Б. Структура и методы оценки когнитивного дефицита при шизофрении: нейропсихологический подход. / Б.Б. Ершов, Г.Г. Лебедева, А.В. Тагильцева. // Вестник СПбГУ. – 2014. - № 3- С.79-89.
3. Лебедева Г.Г. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве: сравнительное исследование когнитивных

нарушений. / Г.Г. Лебедева, Е.Р. Исаева, А.В. Степанова. // Вестник ТГПУ. – 2013. - №5. – С. 155-159.
4. МКБ-11, Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства [Электронный ресурс] URL: https://icd11.ru/shyzofreniya-psyhotich-rasstr (Дата обращения 07.10.2021)
5. Виленская Г.А. Исполнительные функции: природа и развитие / Психологический журнал, 2016. Т. 37. № 4. С. 21-31

17. Прогнозирование ответа на фармакотерапию депрессии на основании параметрической оценки свойств личности

Овчинников А.В.

аспирант Отделения новых методов и средств терапии федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва

E-mail: ovchinnikov.alexy@yandex.ru

Введение. По современным представлениям фармакотерапия, являющаяся наиболее распространённым методом лечения депрессии, имеет сравнительно низкую эффективность. Так, в исследовании STAR*D, по своему дизайну приближенного к клинической реальности, только 50% пациентов ответили на первый курс терапии [1]. Более того, каждый неэффективный курс фармакотерапии увеличивает риск хронификации депрессии и рецидива в будущем [2]. В связи с этим особую значимость получил поиск предикторов ответа на терапию, использование которых может иметь ключевое значение для повышения эффективности курсового лечения и согласуется с представлениями о современной персонализированной медицине.

Материалы и методы. Изученную выборку составили 61 пациент (27 мужчин и 34 женщины). Средний возраст больных – 30,2 года (SE=1,12; SD=8,7), от 18 до 48 лет. Выраженность депрессии у пациентов определялась как лёгкая или умеренная (медиана баллов MADRS – 26; мода – 22; квартильный размах – 8). В исследование вошли пациенты, находившиеся на амбулаторном лечении с первичным (F32.0 - F32.2 по МКБ-10) или рекуррентным (F33.0 - F33.2) депрессивным эпизодом без психотических симптомов, не получавшие терапию на момент обследования. До начала лечения пациентами заполнялись опросник темперамента и характера Клонингера [3], 16-факторный опросник Кеттелла [4] и Шкала Монтгомери-Асберга для оценки депрессии (MADRS) [5]. В последующем пациенты повторно оценивались с помощью MADRS на 14-й, 28-й и 56-й день терапии. В 51 случае(83,6%) в качестве АД использовался СИОЗС (сертралин, пароксетин, циталопрам, эсциталопрам, флуоксетин), в 6 (9,8%) – венлафаксин, дважды назначался кломипрамин(3,3%) и миртазапин(3,3%).

Для решения задачи прогнозирования ответа на терапию на сроке одного и двух месяцев использовалась бинарная логистическая регрессия. Реакция на лечение чаще всего определяется как уменьшение суммарного балла MADRS на 50% и более [6]. Поэтому редукция 50% и более баллов на 28-й и 56-й день была выбрана в качестве зависимой дихотомической переменной (1-есть; 0-нет). Для определения прогнозируемой величины для каждого пациента вычисляется вероятность, на основании которой присваивается одно из двух значений бинарной переменной «есть ответ» и «нет ответа».

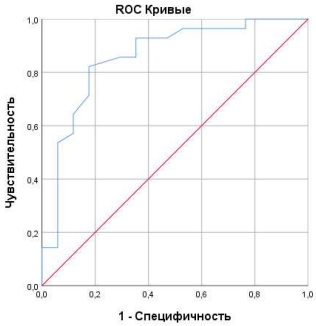
Результаты исследования. Из полученного набора моделей, прогнозирующих ответ на терапию к 28-у дню лечения, наилучшими характеристиками обладала следующая функция:

$P= 1/(1+e^{-y})$ (общая формула логистической регрессии), где е – постоянная равная 2,71, а у(регрессионная функция) = (редукция баллов MADRS на 14 день)*0,258+ (стандартные баллы (стены) по шкале КЭТТЕЛ «практицизм-чувствительность»)*0,335+ (баллы по шкале Клонингер «сотрудничество»)*4,32 - 7,185(константа)

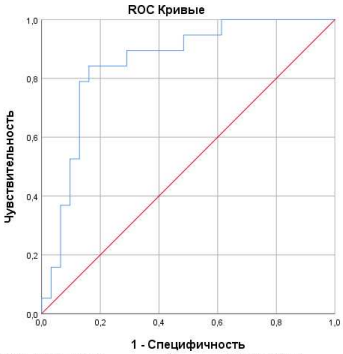
Из общего состава выборки (n=61) в модель было включено 50 (82%) случая. $\chi 2$=16,96 p=0,0001, что говорит о высокой достоверности модели. R-квадрат Нэйджелкерка, оценивающей долю влияния всех исследуемых факторов на дисперсию зависимой переменной, был равен 0,391. Специфичность полученной модели составила 89,5%, чувствительность – 71%.

Наилучшими характеристиками для ответа на терапию к 56-у дню лечения обладала следующая модель: y = 1,248(константа) + (редукция баллов MADRS на 14 день)*0,265 - (стандартные баллы (стены) по шкале КЭТТЕЛ «конформизм-нонконформизм»)*0,477

Включено в анализ 45 человек из 52 (86,5%), $\chi 2$=19,113 p=0,0001. Квадрат Нэйджелкерка – 0,471, специфичность– 92,9%, чувствительность– 64,7%.



Площадь под кривой(AUC)= 0,857 (95% Доверительный интервал 0,736-0,978); Стандартная ошибка=0,062; Асимптотическая значимость = 0,0001.



Площадь под кривой(AUC)= 0,852 (95% Доверительный интервал 0,743-0,962); Стандартная ошибка=0,056; Асимптотическая значимость = 0,0001.

Выводы. Среди изучаемых факторов прогностически значимыми оказались баллы по шкале «сотрудничество» из опросника Клонингера, факторы Q2 «конформизм – нонконформизм» и I «жесткость – чувствительность», измеряемые опросником Кеттелла, а также ранний ответ на терапию, выражавшийся в редукции баллов MADRS на 14 день. Было предложено две модели для предсказания ответа на терапию на 28 и 56 день лечения. В будущем планируется тестирование их на новой выборке. В случае успеха мы получим простой в использовании и эффективный инструмент для выявления пациентов, которым требуется более интенсивное терапевтическое вмешательство уже на ранних стадиях лечения.

Литература

1. Rush A. J. et al. STAR* D //CNS drugs. – 2009. – Т. 23. – №. 8. – С. 627-647.
2. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г., Ладыженский М. Я. Алгоритм биологической терапии острого эпизода рекуррентного депрессивного расстройства //Современная терапия психических расстройств. – 2016. – №. 3. – С. 27-40.
3. Cloninger C. R. et al. The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. – 1994.
4. Cattell, R. B. et al. (1970). Handbook for the 16 Personality Factor Questionnaire (16PF) in Clinical Educational Industrial and Research Psychology. Champaign, IL: IPAT.
5. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. // Br J Psychiatry. – 1979. – Vol. 134. – P. 382–389
6. Hawley C.J., Gale T.M., Sivakumaran T. Defining remission by cut off score on the MADRS: selecting the optimal value // J. Affect. Disord. – 2002. –72(2). – P. 177-184.

18. Типология аффективно-кататонических расстройств

Пискарев М.В.[1], Лобанова В.М.[2]

[1]младший научный сотрудник Отдела пограничной психической патологии и психосоматических расстройств федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», Москва
[2]младший научный сотрудник Отдела пограничной психической патологии и психосоматических расстройств федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», Москва
E–mail: piskarev-mv@mail.ru, lobanovanika@gmail.com

Вступление. Связь кататонических расстройств с аффективной патологией, отмечается в публикациях, относящихся ещё к донозологическому этапу исследований в психиатрии [1;2]. Клиническим исследованиям связи аффективных и кататонических симптомокомплексов посвящены многочисленные публикации XX века [3;4;5]. На настоящем этапе развития психиатрии, в соответствии с систематиками психических расстройств (DSM-5, проект МКБ- 11) кататония рассматривается в качестве транснозологического образования, манифестирующего в рамках различных, в том числе аффективных заболеваний [6]. При этом, несмотря на более чем вековую историю разработки вопроса, типология аффективно-кататонических расстройств и механизмы их до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Объекты. Исследовано 20 пациентов с установленным расстройств шизофренического спектра (F21, F25.01, F25.11, F25.21, F25.22), в клинической картине которого преобладают аффективно-кататонические состояния.

Методы. Психопатологический и психометрический (BFRS, SANS, SAPS, HADS).

Результаты. Выделены два варианта моторных аномалий, сосуществующих с аффективной патологией в клиническом пространстве расстройств шизофренического спектра:

1) циклоидный - кататонические расстройства (BFCRS – 9,4±1,2), формирующиеся по механизму аффилиации с аффективными (HADS – 17,1±3,2) и негативными (апатия-абулия SANS – 2,7±0,6; ангедония-асоциальность – 1,8±0,9) симптомокомплексами (табл.1) в структуре циклоидных психозов [4]. Аффективные расстройства, как одно из составляющих клинической картины этих циклоидных фаз, рассматриваются на уровне клинических категорий рекуррентных депрессий.

Таблица 1. Показатели корреляции кататонических расстройств с негативными и аффективными симптомокомплексами в границах циклоидного варианта аффективно-кататонических состояний.

Общий балл	R	Шкала SANS	Шкала HADS
Шкала BFCRS		0,864	0,572

2) **приступообразный с бредовыми явлениями и онейроидными феноменами** – кататонические расстройства (BFCRS – 19,2±3,1), формирующиеся по механизму психического автоматизма – трансформирующие психопатологические феномены в симптомокомплексы более тяжелых регистров, выступающие на первый план в клинической картине, перекрывая и маскируя позитивную (SAPS – 2,1±0,4)

симптоматику (табл.2). Речь идет об аффективно-кататонических состояниях более тяжелых регистров, выступающих в клиническом пространстве шизоаффективных психозов [7;8].

Таблица 2. Показатели корреляции кататонических расстройств с позитивными и негативными симптомокомплексами в границах приступообразного варианта аффективно-кататонических состояний

Общий балл	R	Шкала SAPS	Шкала SANS
Шкала BFCRS		0,748	0,345

Выводы. Аффективно-кататонические синдромы неоднородны, распределяются по механизму взаимодействия с аффективными расстройствами на циклоидные и приступообразные.

Литература

1. Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studirende. – Verlag von Adolph Krabbe, 1861.
2. Pinel P. Nosographie philosophique, ou, La méthode de l'analyse appliquée à la médecine. – chez JA Brosson, 1818. – Т. 3.
3. Kraepelin, E. Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studirende und Aerzte/E.Kraepelin//Leipzig: I.A. Barth. 1899.
4. Wernicke C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 2. Die paranoischen Zustände. – Thieme, 1896.
5. Kirby G. H. The catatonic syndrome and its relation to manic-depressive insanity //The Journal of Nervous and Mental Disease. – 1913. – Т. 40. – №. 11. – С. 694-704.
6. Sienaert P. et al. A clinical review of the treatment of catatonia //Frontiers in psychiatry. – 2014. – Т. 5. – С. 181.
7. Болгов М. И. Кататонические расстройства в структуре приступа эндогенной депрессии //Психиатрия. – 2015. – №. 4. – С. 32-36.
8. Taylor M. A., Fink M. Catatonia in psychiatric classification: a home of its own //American Journal of Psychiatry. – 2003. – Т. 160. – №. 7. – С. 1233-1241.

19. Несуицидальное самоповреждающее поведение: роль детского стресса

Попова С.Б.[1], Зинчук М.С.[2], Кустов Г.В.[3], Акжигитов Р.Г.[4], Аведисова А.С.[5]

[1]младший научный сотрудник суицидологического отдела
государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[2]к.м.н., ведущий научный сотрудник суицидологического отдела
государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[3]научный сотрудник суицидологического отдела
государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[4]к.м.н., ученый секретарь
государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева
Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
[5]д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ,
руководитель отдела терапии психических и поведенческих расстройств
федерального государственного бюджетного учреждения
«Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
E-mail: sopheternity@mail.ru

Травматические события детского и подросткового возраста являются факторами риска развития НССП [1, 2]. В то же время сохраняются противоречия в данных относительно значимости конкретных видов психологических травм для развития и течения НССП [3, 4].

Цель: Изучение влияния различных типов детских травм на течение НССП у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами (НППР) и суицидальной идеацией.

Материалы и методы

В исследование, проведённое в ГБУЗ НПЦ им Соловьева ДЗМ, было включено 398 последовательно набранных совершеннолетних пациента с НППР и суицидальной идеацией. Данные об особенностях НССП были собраны путём проведения структурированного интервью «Самоповреждающие мысли и поведение» (Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview - SITBI) [5]. Для оценки уровня и типа детского стресса использовался русскоязычный вариант «Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве» (CATS)[6, 7].

Результаты

Средний возраст пациентов, вошедших в исследование, составил 27,1 (10,2) года, из них около 85% пациентов имели женский пол при рождении. Аффективные расстройства (униполярная депрессия – 31,9%, биполярное расстройство – 25,6%) и личностные расстройства (23,1%) были самыми частыми диагнозами. У 273 пациентов (68,6%) выявлялись НССП.

Анализ уровня детского стресса показал, что у пациентов с НССП общий балл по шкале CATS был значимо выше (p=0,006). При этом в группе с НССП выявлялись

значимо более высокие показатели по таким субшкалам, как «физическое и эмоциональное насилие» (p=0,003), «сексуальное насилие» (p=0,004), «пренебрежение и одиночество» (p=0,011) и «неблагополучная домашняя обстановка» (p=0,029).

Результаты корреляционного анализа показали слабые корреляции между возрастом дебюта НССП и общим баллом (r= -0,190; p=0,001) по шкале CATS, а также такими доменами детской травмы как «физическое и эмоциональное насилие» (r= -0,192; p=0,002), «сексуальное насилие» (r= -0,176; p=0,004), «пренебрежение и одиночество» (r= -0,183; p=0,002), «неблагополучная домашняя обстановка» (r= -0,135; p=0,026) и «наказания» (r= -0,122; p=0,04).

Количество методов НССП значимо очень слабо/слабо коррелировало с общим баллом (r=0.153: p=0.011) по шкале CATS, а также такими доменами детской травмы как «физическое и эмоциональное насилие» (r=0.129: p=0.032), «пренебрежение и одиночество» (r=0.141: p=0.019) и «наказания» (r=0.119: p=0.011).

Выводы

Значимых корреляций между общим количеством актов НССП и тяжестью детской травмы, а также с ее отдельными доменами выявлено не было.

У пациентов с НППР и суицидальной идеацией НССП ассоциировано с большей выраженностью детского стресса и травматическим опытом в доменах физическое и эмоциональное насилие», «сексуальное насилие», «пренебрежение и одиночество», «неблагополучная домашняя обстановка» и «наказания».

Список литературы

1. Zinchuk M. et al. Non-Suicidal Self-Injury in Russian Patients with Suicidal Ideation //Archives of Suicide Research. – 2020. – С. 1-25.
2. Serafini G. et al. The relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review //Frontiers in psychiatry. – 2017. – Т. 8. – С. 149.
3. Klonsky E. D., Moyer A. Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis //The British Journal of Psychiatry. – 2008. – Т. 192. – №. 3. – С. 166-170.
4. Muehlenkamp J. J. et al. Abuse subtypes and nonsuicidal self-injury: Preliminary evidence of complex emotion regulation patterns //The Journal of nervous and mental disease. – 2010. – Т. 198. – №. 4. – С. 258-263.
5. Nock M. K. et al. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample. – 2007.
6. Герсамия А. Г. и др. Психометрические свойства Шкалы жестокого обращения и травматизации в детстве (CATS) //Российский психиатрический журнал. – 2015. – №. 3.
7. Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the Child Abuse and Trauma Scale. Child Abuse and Neglect, 19, 315-323.
8. Sanders B., Becker-Lausen E. The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale //Child abuse & neglect. – 1995. – Т. 19. – №. 3. – С. 315-323.

20. Психические расстройства при COVID-19: семиотика и возможные триггеры

Пушкарская Л.С.

ординатор кафедры неврологии, психиатрии, мануальной медицины и медицинской реабилитации Института НМФО федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград
E-mail: pushkarskaya_lub@mail.ru

С ранних стадий пандемии COVID-19 высказывались опасения по поводу его влияния на психическое здоровье. В ряде ретроспективных анализов у пациентов со среднетяжелой и тяжелой формой заболевания отмечались состояния тревоги, депрессии, астенического синдрома, появление панических атак, навязчивых мыслей, проблем с памятью и концентрацией, психотические состояния. [2] В числе триггеров их возникновения рассматривалась тропность вируса к нервной ткани и факт заболевания как психотравмирующего события. Тем не менее известно, что пациентам со среднетяжелой и тяжелой формами показано назначение препаратов группы глюкокортикостероидов, обеспечивающих противовоспалительный эффект. [1] Ряд метаанализов, рассматривающих побочные эффекты применения ГКС, показал высокую степень риска побочных эффектов со стороны психики. [3,4]

Цель: проследить наличие корреляции между появлением расстройств психики и приемом ГКС у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы: анкетирование 77 человек (46 перенесших COVID-19, прошедших курс лечения ГКС и 31 пациент с другими заболеваниями, также прошедшие курс терапии ГКС). В структуру опроса включены критерии диагностики депрессии, ГТР, БАР согласно МКБ-10. При ответе на вопрос анкетируемый отмечал наличие/отсутствие указанного симптома и момент его возникновения — до или после начала курса ГКС.

Результаты и обсуждение: В обеих группах во время курса ГКС были выявлены симптомы гипомании: устойчивый подъем настроения (37% 1 группа, 29% 2 группа), повышенная энергичность, активность (26% и 29%), повышенная коммуникабельность, болтливость (37% и 41,9%), сниженная потребность во сне (26% и 25,8%), повышенная раздражительность (43,4% и 38,7%), избыточная рискованность (37% и 29%). Симптомы депрессии выявлены в обеих группах: пониженное настроение (1 группа: 13% до курса ГКС, 63% во время курса ГКС, 2 группа: 6,5% и 54,8%), мысли о виновности и бесполезности при приеме ГКС — 37% 1 группа и 41,9% 2 группа. Снижение концентрации во время курса ГКС отметили 63% 1 группы и 58% 2 группы, усталость после минимальных усилий — 73,9% и 58%. Симптомы тревожного расстройства более свойственны участникам 1 группы: сверх настороженность во время приема ГКС отметили 50% 1 группы и 29% 2 группы, до курса ГКС — 13% и 6,5% соответственно. Ощущение страха во время курса ГКС отметили 76% 1 группы и 35,5% 2 группы. Выводы: Ряд состояний, ранее связываемых с эффектом вируса SARS-CoV-2, оказались характерны в том числе для пациентов, проходивших курс терапии ГКС по причине иных заболеваний. Данные состояния пациенты преимущественно отмечали после начала терапии ГКС, 36% пациентов первой группы и 78% 2 группы связывают появление вышеуказанных симптомов с приемом ГКС. Симптомы тревожного расстройства более характерны для пациентов, перенесших новую

коронавирусную инфекцию. Для подтверждения гипотезы необходимы дальнейшие исследования

Литература

1. Временные методические рекомендации: профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Министерство Здравоохранения РФ, Версия 9 (26.10.2020)
2. Taquet M. et al. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA (Nov, 10.1016/S2215-0366 (20) 30462-4, 2020) //Lancet Psychiatry. – 2021. – С. E1-E1.
3. Thibaut F. Corticosteroid-induced psychiatric disorders: genetic studies are needed. – 2019.
4. Warrington T. P., Bostwick J. M. Psychiatric adverse effects of corticosteroids //Mayo Clinic Proceedings. – Elsevier, 2006. – Т. 81. – №. 10. – С. 1361-1367.

21. Психосоматические расстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению

Рожкова Ю.И.[1], Самушия М.А.[2], Затейщиков Д.А.[3]

[1]ассистент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[2]д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии,
кардиологии и функциональной диагностики с курсом нефрологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная Медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
E-mail: sma-psychiatry@mail.ru, yuliarozhkova92@gmail.com, dz@bk.ru

В настоящее время легочная гипертензия считается актуальной мультидистиплинарной проблемой, ассоциированной с крайне неблагоприятным прогнозом заболевания, значительным снижением качества жизни и формированием психических нарушений [1]. В литературе, посвященной изучению психических расстройств при легочной гипертензии, представлены разрозненные данные по распространенности и спектру психической патологии, однако результаты большей части исследований подтверждают факт высокой частоты диагностики патологии тревожно-депрессивного спектра – более чем у 50 % пациентов [2, 3]. Изучение коморбидных соотношений психических и сердечно-сосудистых расстройств имеет большое практическое значение, что связано с рядом неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка [4].

В настоящее исследование были включены 40 пациентов с установленным диагнозом легочной гипертензии 1-й и 4-й групп, последовательно поступивших в период с сентября 2017 г. по сентябрь 2018 г. в ГБУЗ «Городская клиническая больница №51 Департамента здравоохранения города Москвы». Средний возраст пациентов составил 44,1±11,9 лет. Ведущий метод исследования – клинико-психопатологический. Оценивались частота, спектр и выраженность выявляемых психических расстройств, их длительность, расстройства личности, типы реагирования на болезнь с использованием экспериментально-психологических методов, данные параметры сопоставлялись с показателями тяжести легочной гипертензии.

По результатам проведенного психиатрического обследования у 30 из 40 (75%) больных диагностированы психические нарушения в рамках психосоматической патологии. Все больные разделены на 4 группы в зависимости от типа регистрируемых психосоматических расстройств. В каждой из групп выявлены особенности внутренней картины болезни и различия в уровне комплаентности в зависимости от типа психосоматической патологии. Кроме того, в рассматриваемых группах выявлена потребность в психокоррекционных мероприятиях: психофармакотерапии и психотерапии.

Результаты исследования позволяют сделать первоначальные выводы о высокой частоте встречаемости психосоматической патологии у пациентов с легочной гипертензией. Показано влияние выявляемых психосоматических расстройств на особенности формирования внутренней картины болезни и уровень комплаентности пациентов. Использование объективных психометрических методов обследования

больного с легочной гипертензией позволяет улучшить результаты лечения сердечно-сосудистой патологии за счет своевременной диагностики и лечения психосоматических расстройств, что улучшает показатели приверженности к лечению и качества жизни. В проведенном исследовании подчеркивается значимость формирования междисциплинарной группы специалистов с включением психиатров, психотерапевтов при ведении данной группы пациентов.

Литература

1. Yorke J. et al. Symptom severity and its effect on health-related quality of life over time in patients with pulmonary hypertension: a multisite longitudinal cohort study //BMJ open respiratory research. – 2018. – Т. 5. – №. 1. – С. e000263.
2. Pfeuffer E. et al. Anxiety, depression, and health-related QOL in patients diagnosed with PAH or CTEPH //Lung. – 2017. – Т. 195. – №. 6. – С. 759-768.
3. Tartavoulle TM. A predictive model of the effects of depression, anxiety, stress, 6-minute-walk distance, and social support on health-related quality of life in an adult pulmonary hypertension population //Clinical nurse specialist. – 2015. – Т. 29. – № 1. – С. 22–28.
4. Hare D. L. et al. Depression and cardiovascular disease: a clinical review //European heart journal. – 2014. – Т. 35. – №. 21. – С. 1365-1372.

22. Низкоинтенсивное лазерное излучение в лечении резистентных депрессий

Ростовщикова С.И.[1], Лепилина О.В.[2], Машин М.А.[3]

[1]ассистент кафедры неврологии, психиатрии,
мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград
[2]аспирант кафедры неврологии, психиатрии,
мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г .Волгоград
[3]аспирант кафедры неврологии, психиатрии,
мануальной медицины и медицинской реабилитации ИНМФО
федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Волгоград
E–mail: sophistar@yandex.ru

Введение. Распространенность терапевтически резистентных депрессий составляет от 15 до 33%. [1] Особую сложность в лечении представляют апатические депрессии, которые связаны с нарушением работы норадренергической и дофаминергической системы [2, 3]. Проблема особенно актуальна в связи с отсутствием на российском рынке препаратов направленного норадренергического действия. Одним из способов преодоления резистентности при лечении апатических депрессий является применение внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК), обладающего активирующим, психостимулирующим эффектом. [4]

Цель: Определить эффективность применения ВЛОК в сочетании с фармакотерапией у пациентов с терапевтически резистентной апатической депрессией в сравнении с пациентами, получающими только медикаментозную терапию.

Материалы и методы. Исследовались пациенты с рекуррентным депрессивным расстройством с преимущественно апатической симптоматикой (20 чел), получавших милнципран в течение 6 недель, ранее получавших не менее 2 курсов других антидепрессантов в терапевтических дозировках. Средний возраст - 47±4 лет. Выраженность симптоматики оценивалась по шкале Монтгомери-Асберг для оценки депрессии (MADRS). Пациентам назначалось ВЛОК (длина волны 0,63 нм, мощность до 5 мВт, длительность процедуры от 5 до 20 минут) 1 раз в сутки в течение 10 дней. Исследование проводилось в 1 и 11 день курса терапии данным методом. Контрольная группа - 20 больных (средний возраст 43±3 года) с тем же диагнозом, получавших монотерапию милнципраном.

Результаты и обсуждение.

Средний балл по шкале MADRS в основной группе до применения ВЛОК 27,1±1,65, на 11 день после применения ВЛОК 18,35±2,56 (изменение показателей статистически значимо, $p<0,05$). 19 из 20 пациентов (95%) основной группы по результатам применения ВЛОК перешли из категории умеренного депрессивного эпизода в категорию легкого. Снижение общего балла отмечалось за счет разделов «Нарушение концентрации внимания», «Нарушение интенции в деятельности», «Утрата способности чувствовать». В контрольной группе данные показатели

составили 27,0±1,61 против 25,7±1,78 (результаты внутри группы статистически не значимы). Все пациенты контрольной группы сохранили признаки умеренного депрессивного эпизода. При сравнении результатов на 11 день исследования в основной и контрольной группе выявлено статистически значимое улучшение показателей по шкале MADRS (18,35±2,56 баллов против 25,7±1,78), $p<0,05$.

Выводы:

1. Выявлена статистически значимая редукция депрессивной симптоматики по шкале MADRS в основной группе в сравнении с контрольной группой.
2. Большинство пациентов основной группы из категории умеренного депрессивного эпизода перешли в категорию легкого депрессивного эпизода.
3. Улучшение общего балла по шкале MADRS происходило преимущественно за счет разделов, отражающих апатический компонент депрессии, что подтверждает психостимулирующий эффект ВЛОК и его наибольшую перспективность в отношении коррекции апатических состояний.

Литература

1. Мазо Г.Э., Рукавишников Г.В., Кибитов А.О. Терапевтическая резистентность при депрессии с позиции генетики и фармакогенетики // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2019. №4-1. С. 43-47.
2. Ростовщиков В.В., Иванчук Э.Г., Тараканова Е.А. О коморбидности когнитивного дефицита с депрессивными расстройствами различной этиологии // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. №6. С. 10-16.
3. Тараканова Е.А., Иванчук Э.Г., Ростовщиков В.В. Проблемы депрессивной инсомнии // Вестник Российской академии медицинских наук, 2014. Т.69. №7-8. С. 153-157.
4. Сайкин М.А., Мосолов С.Н., Капилетти С.Г., Цукарзи Э.Э., Островский И.П. Эффективность внутривенного гелий-неонового лазерного облучения крови у больных эндогенными депрессиями, резистентными к психофармакотерапии //Пантелеева Г.П., Цуцульковская М.Я. Аффективные и шизоаффективные психозы: Материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием. 7-8 апреля 1998 г.

23. Модель изучения сомнамбулизма на здоровых испытуемых при пробуждении из третьей стадии медленноволнового сна в парадигме local-global

Сажин С.С. [1]***, Левкович К.М.*** [2]***, Украинцева Ю.В.*** [3]

[1]студент ФГАОУ ВО Первого МГМУ им И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Института клинической медицины им. Н.В.Склифосовского, Москва
[2]младший научный сотрудник лаборатории высшей нервной деятельности человека федерального государственного бюджетного учреждения науки Института Высшей Нервной Деятельности и Нейрофизиологии РАН, Москва
[3]старший научный сотрудник лаборатории высшей нервной деятельности человека федерального государственного бюджетного учреждения науки Института Высшей Нервной Деятельности и Нейрофизиологии РАН, Москва
E-mail: sazhin_s_s@student.sechenov.ru

Сомнамбулизм (снохождение), согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (код МКБ-10 – F51.3), представляет собой состояние измененного сознания, сочетающее в себе черты сна и бодрствования [1]. Во время эпизода снохождения индивид поднимается с кровати, так и не пробудившись полностью и, как правило, совершает простые, автоматизированные, действия: ест, ходит по комнате или по квартире. Но иногда может наблюдаться достаточно сложное поведение: выход из дома на улицу, вождение автомобиля. Поскольку снохождение сопровождается низким уровнем бдительности и способности реагировать на внешние сигналы, такое поведение представляет опасность. Почему при сомнамбулизме мозг просыпается не полностью, и как осуществляется поведение при таком низком уровне сознания до сих пор неясно.

Нам представляется, что переход от сна к бодрствованию особенно интересен для изучения механизмов сознания. Поскольку он не является одномоментным процессом и обеспечивается работой многочисленных нервных центров [2] в его континууме можно выявить и исследовать последовательные этапы пробуждения у здоровых добровольцев. Чтобы проследить за уровнем осознанности реакции на внешние стимулы в процессе перехода от сна к бодрствованию, мы использовали метод регистрации и анализа вызванных потенциалов (ВП) в ответ на звуковые последовательности парадигмы local-global [3]. Данная парадигма предполагает отслеживание 2-х типов изменений в предъявляющихся последовательностях звуков: локальных нерегулярностей (ЛН), или простых изменений, стимулов – появление одного отличающегося звука; либо глобальных нерегулярностей (ГН), или сложных изменений, – появление отличающегося паттерна звуков. В результате эта парадигма дает возможность по выраженности когнитивных компонентов ВП разграничить реакции, соответствующие разным уровням сознания: низкому, или неосознанному, и высокому – осознанному и направленному. ВП и нажатия на кнопку на целевые сигналы (либо на отличающийся звук, либо на отличающуюся пачку) регистрировались в бодрствовании до ночного сна, а также ночью во время форсированных пробуждений из самой глубокой, третьей, стадии ортодоксального сна. Для этого по достижению испытуемым третьей стадии подавался громкий пробуждающий звук, после которого следовала одна из последовательностей. После 2 минут отслеживания звуковых сигналов доброволец мог заснуть до следующего пробуждения. В эксперименте

участвовали пять праворуких добровольцев (23±2.24 года) без неврологических нарушений и без расстройств сна.

Процесс пробуждения нами был разделен на 3 этапа. На первом этапе в ЭЭГ преобладают высокоамплитудные дельта- и тета- волны, нажатие на кнопку не регистрируется. Второй этап характеризуется восстановлением альфа-ритма или с отсутствующим ответом, или с замедленной реакцией на девиантный стимул. На протяжении третьего этапа альфа-ритм и моторный ответ сходны с таковыми в состоянии бодрствования. На первом этапе ни в ответ на ЛН, ни в ответ на ГН не было выявлено когнитивных компонентов ВП. Также и на втором этапе, в тех случаях, когда моторный ответ отсутствовал когнитивные компоненты не регистрировались. Однако, когда появилась моторная реакция, хоть и замедленная (для ЛН 1154,40 ± 500,17 мс, для ГН 1049,72 ± 314,88 мс), на ЛН, т.е. в ответ на отличающийся звук, был обнаружен лобно-центральный P3a (220–300 мс, p=0,012). На третьем этапе регистрировались сходные с состоянием бодрствования ВП. В ответ на ЛН - негативность рассогласования (116–144 мс, p=0,048) и последующий P3a/P3b комплекс, состоящий из лобно-центральный P3a (164–284 мс, p=0,004) и билатеральной центральной P3b (396–672 мс, p=0,002). В ответ на глобальную нерегулярность, т. е. в ответ на появление отличающейся пачки стимулов, наблюдались N2b (164–240 мс, p=0,046) и последующий компонент P300 (300–696 мс, p=0,004).

Предварительные результаты нашего исследования позволяют заключить, что сознание как «способность воспринимать, взаимодействовать и обмениваться информацией с окружающей средой и с другими в полной мере» [4] восстанавливалось только на третьем этапе пробуждения, когда полностью восстанавливается альфа-ритм и двигательный ответ на значимые стимулы. На втором этапе реакция на значимый сигнал присутствовала, хоть и замедленная, но когнитивные компоненты регистрировались только в ответ на ЛН. Поэтому его можно расценивать как переходный этап между сном и бодрствованием, между осознанным и неосознанным восприятием внешних стимулов. Вероятно, такое состояние неполного пробуждения, которое мы можем наблюдать на втором этапе, может служить экспериментальной моделью для изучения сомнамбулизма, при предоставлении когнитивной нагрузки разной интенсивности.

Литература

1. ICD-10 Version:2016. – URL: https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F51.3 (дата обращения: 11.09.2021).
2. Scammell T. E., Arrigoni E., Lipton J. O. Neural circuitry of wakefulness and sleep //Neuron. – 2017. – Т. 93. – №. 4. – С. 747-765.
3. Bekinschtein T. A. et al. Neural signature of the conscious processing of auditory regularities //Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2009. – Т. 106. – №. 5. – С. 1672-1677.
4. Zeman A. Consciousness//Brain, 2001, T. 124, N 7, C. 1263-1289.

24. Прогностическое значение делирия при COVID-19 у пожилых людей

Сивашова М.С.

аспирант кафедры психиатрии и наркологии федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург
E-mail: sivashova.mari@mail.ru

Введение. Пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 возникла в результате появления высококонтагиозного коронавируса SARS-CoV-2. Болезнь осложняется тяжелым острым респираторным синдромом и ассоциируется со значительной глобальной распространенностью и смертностью. В последнее время растет признание нейропсихиатрических проявлений COVID-19, что побудило к пересмотру стратегий диагностики и лечения делирия у этих пациентов [1]. Ранние сообщения о 25% энцефалопатических осложнений из Китая, вероятно, сильно занижены, что, как мы знаем, происходит всякий раз, когда делирий не отслеживается с помощью действующего инструмента. Действительно, пациенты с COVID-19 подвержены повышенному риску делирия из-за, по крайней мере, семи факторов, включая (1) прямое поражение ЦНС, (2) индукцию медиаторов воспаления в ЦНС, (3) вторичный эффект со стороны других органов и систем, (4) эффект седативных препаратов, (5) длительное время искусственной вентиляции легких, (6) иммобилизация и (7) другие необходимые, но неблагоприятные факторы окружающей среды, включая социальную изоляцию и карантин без семьи [2].

Цель. Дать оценку прогноза наступления благоприятного или неблагоприятного исхода у пожилых людей с COVID-19, отягощенного делирием.

Пациенты и методы. Исследование проводилось на базе Санкт-Петербургского госпиталя для ветеранов войн с апреля по июнь 2020 года. Всего в психиатрической помощи нуждалось 557 человек. Исходя из цели исследования, нами была сформирована малая выборка, состоящая из 30 больных. Критериями включения было: 1) наличие подтвержденной короновирусной инфекции, 2) диагностированный F05. «Делирий, не обусловленный алкоголем или другими психоактивными веществами», 3) возраст не ниже 50 лет. Все исследуемые были разделены на 2 группы. Первая группа включала 14 больных с благоприятным исходом. Из них 4 мужчин и 10 женщин в возрасте 66,5+17,48; 95%ДИ (56,40-76,59). Во вторую группу вошло 16 пациентов с летальным исходом: 9 мужчин и 7 женщин в возрасте 73,18+ 12,07; 95%ДИ (66,75-79,62). Диагностика COVID-19 осуществлялась в соответствии со временными рекомендациями [3]. Психическое состояние оценивалось по критериям МКБ-10 с использованием шкалы оценки тяжести делирия DRS-R-98. Статистическая обработка проводилась методами непараметрической статистики и нелинейного оценивания (логит-регрессия). Уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования. Межгрупповой анализ не выявил существенных различий социально-демографических данных. Среднетяжелое течение преобладало у больных 1 группы (p=.0017), а крайне тяжелое у 2-ой (p= .0003). Кроме того, во 2-ой группе было больше случаев острого респираторного дистресс-синдрома (p= .0011). Корреляционный анализ между тяжестью состояния и симптомами делирия с помощью коэффициента корреляции Кенделла выявил статистически значимую связь с нарушениями цикла сон-бодрствование (p=0,001), лабильностью аффекта (p=0,014), формальными нарушениями мышления (p=0,032), двигательным возбуждением

(p=0,013), нарушением ориентировки (p=0,052), нарушением кратковременной памяти (p=0,003). Для оценки прогноза исхода был применен метод бинарной логистической регрессии, позволяющий определить вероятность выздоровления или смерти в зависимости от нескольких факторов. Построенная модель логистической регрессии (Хи квадрат = 19,98391 p = ,0001715) принявшая окончательный вид:

z=exp(-7,417529955653+(2,9734482192628)*x+(,9900170006515)*y)/(1+exp(-7,4175299 показала, что триада «тяжесть состояния», «нарушениями цикла сон-бодрствование», «острый респираторного дистресс-синдром» определяет вероятность исхода короновирусной инфекции, отягощенной делирием.

Заключение. Полученные результаты должны привлечь внимание к значительному бремени делирия для здоровья и способствовать разработкам мероприятий, необходимых для профилактики и смягчения его последствий.

Литература

1. Baller EB, Hogan CS, Fusunyan MA et al. Neurocovid: Pharmacological Recommendations for Delirium Associated With COVID-19. Psychosomatics. 2020 Nov-Dec;61(6):585-596. doi: 10.1016/j.psym.2020.05.013.. PMID: 32828569; PMCID: PMC7240270.
2. Kotfis K, Shwaniqua Williams Roberson, Jo Ellen Wilson, Wojciech Dabrowski. COVID-19: ICU delirium management during SARS-CoV-2 pandemic //Critical Care. – 2020. – Т. 24. – №. 1.
3. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия -11 (07.05.2021). МЗ РФ.

25. Тревожные расстройства у студентов-медиков 1 курса: влияние учебного стресса

Сидякина Я.В.

аспирант кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород
E–mail: ruzhenkova@yandex.ru

Актуальность. Среди абитуриентов медицинских ВУЗов [1], отмечается высокая распространенность тревоги (54,5%), что в дальнейшем приводит к тяжелому переживанию учебного стресса [2], присущего 33,8% студентов-медиков [3]. В свою очередь, клинически выраженные формы тревожно-фобических расстройств и хронический стресс существенно снижают качество жизни студентов и препятствуют их своевременному обращению за помощью из-за боязни быть стигматизированными в связи со своим расстройством [4]. Возникает, своего рода, замкнутый круг.

Материал и методы исследования. Обследована сплошная выборка из 166 русскоязычных студентов-медиков 1 курса. Средний возраст обследуемых составил 18.0±0.9 лет. Основными методами исследования были медико-социологический (анонимное анкетирование), клинико-психопатологический и психометрический. Все студенты давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Сравнительный анализ проводился в двух группах: основную группу составили студенты с тревожными и тревожно-фобическими расстройствами, остальные студенты вошли в группу сравнения.

Результаты. Тревожные и тревожно-фобические расстройства были выявлены у 69 (41,5%) студентов: 11 (15.9%) лиц мужского и 58 (84.1%) женского пола (OR=3.0, 95%CI=2.0–4.7). Клинический уровень указанных расстройств полностью верифицирован структурированным интервью и клинико-психопатологическим методом. Структура расстройств включала в себя социальные фобии (28,3%), паническое расстройство (18,0%), генерализованное тревожное расстройство (15,1%), агорафобию (15,1%), специфические (изолированные) фобии (10,8%). При этом, симптоматика социальных фобий чаще носила подпороговый характер и не оказывала существенного влияния на повседневную деятельность. Также были выявлены корреляции социальных фобий со стеснительностью (r=0.48, p=0.00003), страхом перед будущим (r=0.42, p=0.0004), проблемами в личной жизни (r=0.36, p=0.002).

Изучение факторов учебного стресса показало, что для студентов основной группы чаще, чем в группе сравнения (критерий Манна-Уитни), стрессогенными выступали такие факторы, как строгость преподавателей (p=0,01), непонятность учебного материала (p=0,01), трудности организации режима дня (p=0,0005), стеснительность (p=0,007), страх перед будущим (p=0,0001) и проблемы в личной жизни (p=0,001). Установлено, что среди студентов основной группы учебный стресс чаще, чем в группе сравнения проявлялся психосоматической симптоматикой: тахикардия (p=0,0003), перебои в работе сердца (p=0,00001), затрудненное дыхание (0,004), напряжение и скованность в теле (p=0,0002), головные боли (p=0,02), инсомнии (p=0,00002). Наиболее значимые проявления учебного стресса - спешка (p=0,01), ощущение нехватки времени (p=0,01), расстройства сна (p=0,02), плохое настроение (p=0,00003), тревога (p=0,001), страх (p=0,001), повышенная утомляемость (p=0,01), головные боли (p=0,0003),

расстройства внимания (p=0,003) также регистрировались чаще среди студентов основной группы

Выявлено, что наличие тревожных и тревожно-фобических расстройств снижает уровень стрессоустойчивости более чем в три раза (OR=3.5, 95%CI=1.6–7.8), и более, чем в 5 раз повышает уровень фрустрированности (OR=5.6, 95%CI=2.7–11.9).

Студенты основной группы в силу выраженной тревожно-фобической симптоматики часто боялись обращаться за помощью и старались совладать со стрессом путем приема лекарственных настоек (OR=2.1, 95% CI=1.1–4.3) и седативных препаратов (OR=2.5, 95% CI=1.2–5.2), что встречалось среди них чаще, чем в группе сравнения. В свою очередь, закрепление таких форм релаксации может привести к формированию аддиктивного поведения и последующему развитию зависимостей.

Заключение. Студенты-медики, страдающие тревожными и тревожно-фобическими расстройствами, являются более восприимчивыми к отрицательному влиянию стрессовых факторов. При этом хронический стресс усугубляет течение тревожно-фобических расстройств, дополняя клиническую картину психосоматической симптоматикой. Наиболее значимыми проявлениями стресса у студентов с тревожными расстройствами были утяжеление аффективных расстройств (плохое настроение со снижением самооценки, тревога, страх), выраженные психоастенические проявления (низкая работоспособность, повышенная утомляемость, головные боли, расстройства внимания, ощущение беспомощности) и нарушения сна.

Литература

1. Yusoff M.S., Abdul Rahim A.F. 2013. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical student. Asian J. Psychiatr. 6(2): 128–133. doi: 10.1016/j.ajp.2012.09.012.
2. Rosiek A., Rosiek-Kryszewska A. 2016. Chronic Stress and Suicidal Thinking Among Medical Students. Int. J. Environ Res Public Health, 13 (2): 212.
3. Saeed A.A., Bahnassy A.A. 2016. Perceived stress and associated factors among medical students. Family Community Med. 23 (3): 166–171.
4. Hankir A.K., Northall A., Zaman R. 2014. Stigma and mental health challenges in medical stu-dents. BMJ Case Rep Published online: (in print) doi:10.1136/bcr-2014-205226.

26. Влияние пандемии COVID-19 на психическое здоровье лиц с суицидальными попытками в анамнезе (обзор иностранных источников)

Суботич М. И.

медицинский психолог федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет», государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
E–mail: chernaya_masha@mail.ru

Пандемия COVID-19 имела серьезные последствия для психического здоровья населения всей планеты. Исследования в Китае показали, что распространенность депрессии или тревоги достигает 20,4% [8]. Опять же в Китае умеренный и тяжелый стресс, тревога и депрессия были отмечены в 6,5–8,1%, 28,8% и 16,5% соответственно [16]. Исследование, проведенное в Турции, сообщило о 23,6% депрессии и 45,1% тревожности [10]. На Кипре 41% сообщили о симптомах, связанных с легкой тревожностью; 23,1% пациентов сообщили о симптомах умеренно-тяжелой тревоги, 48% о легких и 9,2% умеренно-тяжелых симптомах депрессии. Женский пол и более молодой возраст были факторами риска для беспокойства и депрессии [14]. В Германии более 50% страдали от беспокойства и стресса [11]. В Италии распространенность симптомов депрессии и тревоги составляла 24,7% и 23,2%; 42,2% имели нарушения сна, и среди них 17,4% сообщили о бессоннице средней / тяжелой степени. В Испании уровень дистресса достиг 71,98% [4]. В Колумбии 7,6% участников сообщили о высоком риске суицида [3]. В Индии 25%, 28% и 11,6% участников были в депрессии, тревоге и стрессе от умеренной до крайне тяжелой степени соответственно. Интересно, что в Индии мужской пол и пожилой возраст были факторами риска развития дистресса, тревоги и депрессии [5,15].

В Индии были зарегистрированы случаи суицидальных попыток из-за чрезмерного страха заразиться COVID-19 еще 12 февраля 2020 года, даже когда инфекция еще не распространилась по стране [6]. Вспышка COVID-19 и его глобальное распространение создало ряд проблем для широкой общественности и медицинских работников во всем мире. Прогнозируемое обострение психических расстройств, повышение уровня тревоги и суицидальных попыток подчеркивает важность оказания психологической помощи. Мы постарались собрать данные зарубежных исследований, изучающих влияния пандемии COVID-19 на психическое здоровье граждан, уровень тревоги и суицидальные попытки.

Исследования, проходившие в Великобритании выявили значительное сокращение количества психических заболеваний и суицидальных попыток, регистрируемых в системе первичной медико-санитарной помощи. Результаты исследования предполагают временное, но заметное сокращение числа людей с существующими психическими заболеваниями, обращающихся за первичной медико-санитарной помощью после эпизодов самоповреждения. Это говорит о том, что некоторые люди, испытывающие стресс, имеющие в анамнезе психиатрические расстройства или эпизоды самоповреждений, которые должны были получить лечение, не имели доступа к первичной медико-санитарной помощи во время ограничений COVID-19.

Отсутствие социальной поддержки (семьи или друзей) и трудности в межличностных коммуникациях являются важным предиктором хронического суицидального поведения. Во время изоляции (в связи с COVID-19) было замечено повышение уровня депрессии, тревоги, одиночества, скуки и суицидальных мыслей и намерений у людей, которые ранее страдали ментальными заболеваниями и имели суицидальные попытки в анамнезе [2]. Конфликты внутри семьи и необходимость находиться вместе в связи с локдауном так же является предиктором само повреждающего поведения [7].

Наличие депрессии имеет связь с убеждениями в теориях заговоров. Теории заговора могут быть либо причиной депрессии, либо, наоборот, копинг-механизмом против тревожных и депрессивных переживаний [15].

Страх перед инфекцией, беспокойство из-за пандемии также определяется стрессовыми факторами. Тревога или ожидание заражения COVID-19 были наиболее заметной причиной самоубийства, например, в Индии зарегистрировано два случая самоубийства из-за прямого контакта с лицами, болеющими COVID-19 и контакта с иностранной парой, несмотря на то, что сами пациенты не имели еще положительного результата теста [12]. Аналогичный инцидент произошел в Бангладеш, где был зарегистрирован случай самоубийства по причине страха заражения COVID-19, у которого, однако был отрицательный результат при вскрытии [1,9]. С другой стороны, пациенты, переболевшие COVID-19 и получившие интенсивную медицинскую помощь, подвергаются особому риску посттравматического стрессового расстройства.

Выводы

Таким образом, особое внимание стоит уделить группе лиц, страдающих психическими заболеваниями и имеющих в анамнезе суицидальные попытки. Необходимо обеспечение доступа к лечению для данной группы людей, которым могут потребоваться регулярные контакты и поддержка, а также для тех, у кого ограничения физического дистанцирования могут усугубить симптомы.

Литература

1. Bhuiyan AKMI, Sakib N, Pakpour AH, Griffiths MD, Mamun MA. COVID-19-Related Suicides in Bangladesh Due to Lockdown and Economic Factors: Case Study Evidence from Media Reports. Int J Ment Health Addict. 2020 May 15:1-6. doi: 10.1007/s11469-020-00307-y. Epub ahead of print. PMID: 32427168; PMCID: PMC7228428.
2. Brooks S. K. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence //The lancet. – 2020. – Т. 395. – №. 10227. – С. 912-920.
3. Caballero-Domínguez C. C., Jiménez-Villamizar M. P., Campo-Arias A. Suicide risk during the lockdown due to coronavirus disease (COVID-19) in Colombia //Death studies. – 2020. – С. 1-6.
4. Domínguez-Salas S. et al. Psycho-emotional approach to the psychological distress related to the COVID-19 pandemic in Spain: a cross-sectional observational study //Healthcare. – Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2020. – Т. 8. – №. 3. – С. 190.
5. Fountoulakis K. N. et al. Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece //Journal of affective disorders. – 2021. – Т. 279. – С. 624-629.
6. Goyal M. K. et al. Racial and/or ethnic and socioeconomic disparities of SARS-CoV-2 infection among children //Pediatrics. – 2020. – Т. 146. – №. 4.
7. Khan K. S. et al. The mental health impact of the COVID-19 pandemic across different cohorts //International journal of mental health and addiction. – 2020. – С. 1-7.

8. Lei L. et al. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China //Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. – 2020. – T. 26. – C. e924609-1.
9. Mamun M. A., Griffiths M. D. First COVID-19 suicide case in Bangladesh due to fear of COVID-19 and xenophobia: Possible suicide prevention strategies //Asian journal of psychiatry. – 2020. – T. 51. – C. 102073.
10. Özdin S., Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender //International Journal of Social Psychiatry. – 2020. – T. 66. – №. 5. – C. 504-511.
11. Petzold M. B. et al. Risk, resilience, psychological distress, and anxiety at the beginning of the COVID-19 pandemic in Germany //Brain and behavior. – 2020. – T. 10. – №. 9. – C. e01745.
12. Sahoo S. et al. Self-harm and COVID-19 Pandemic: An emerging concern–A report of 2 cases from India //Asian journal of psychiatry. – 2020. – T. 51. – C. 102104.
13. Salari N. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis //Globalization and health. – 2020. – T. 16. – №. 1. – C. 1-11. Salari N. et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis //Globalization and health. – 2020. – T. 16. – №. 1. – C. 1-11.
14. Solomou I., Constantinidou F. Prevalence and predictors of anxiety and depression symptoms during the COVID-19 pandemic and compliance with precautionary measures: Age and sex matter //International journal of environmental research and public health. – 2020. – T. 17. – №. 14. – C. 4924.
15. Verma S., Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19 //International Journal of Social Psychiatry. – 2020. – T. 66. – №. 8. – C. 756-762.
16. Wang C. et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China //International journal of environmental research and public health. – 2020. – T. 17. – №. 5. – C. 1729.

27. Агрессивные тенденции у ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией

Хобейш М.А.[1], Лутова Н.Б.[2]

[1]младший научный сотрудник отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

[2]д.м.н., руководитель отделения интегративной фармако-психотерапии психических расстройств федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

E-mail:Mariakhobeysh@mail.ru

Враждебность и агрессивность могут являться маркером индивидуальной психологической уязвимости к стрессовым факторам, ассоциированной со снижением социальной адаптации и риском манифестации психических нарушений. Считается, что выраженность агрессивных тенденций (АТ) повышена и среди ВИЧ-инфицированных лиц [1, 2]. На фоне роста заболеваемости ВИЧ-инфекцией закономерно увеличивается число больных с коморбидной психической патологией.

Цель исследования: изучение агрессивных тенденций у ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной психической патологией.

Материалы и методы. Кросс-секционное исследование. Обследованы 78 ВИЧ-инфицированных лиц: 20 (25,6%) – без психических расстройств, 18 (23,1%) пациентов с расстройствами из рубрики (по МКБ-10) F4, 16 (20,5%) - $F06._{xx}4$, 24 (30,8%) - F20. Использовали психиатрическое интервью, опросник оценки агрессивных тенденций Buss – Durkee Hostility Inventory (BDHI) [3]. Дескриптивные статистики, дисперсионный анализ, высчитывались размеры эффектов (Cohen's d при $p \leq 0.05$).

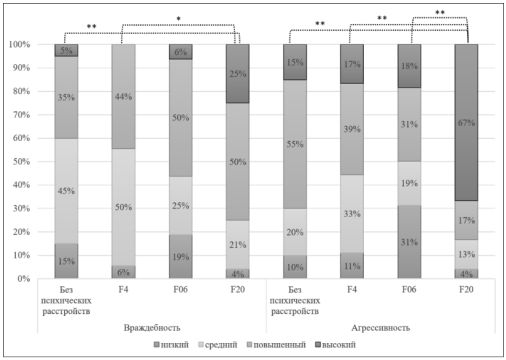
Результаты. Обследовано 78 человек: 40 (51,3%) мужчин, 38 (48,7%) женщин. Средний возраст 36,5±8,4 лет. Длительность ВИЧ-инфекции не была связана с уровнем АТ ($p>0,05$), в то время как клиническая стадия ВИЧ-инфекции имела значение - пациенты на 4Б-стадии (14(18%)) демонстрировали достоверно большие баллы по субшкалам ($p<0,05$): «физическая агрессия», «косвенная агрессия», «вербальная агрессия», «негативизм», «агрессивность».

Средние баллы по всем АТ в подгруппе ВИЧ-инфицированных лиц с коморбидной шизофренией превышали нормативные значения (Рис. 1).

Рис. 1. Средние баллы опросника BDHI в исследуемых подгруппах ВИЧ-положительных лиц.

Агрессивная тенденция	Психически здоровые лица + ВИЧ, Mx(SD)	ВИЧ +F4, Mx(SD)	ВИЧ + F06, Mx(SD)	ВИЧ+ F2, Mx(SD)	Критерий статистической значимости
Физическая агрессия*	36,5 (24,1)	35,6 (20,4)	34,0(22,1)	64,6 (27,7)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 1,1
Косвенная агрессия*	29,7 (16,6)	33,8 (14,9)	23,8 (16,8)	44,0 (15,3)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 0,9
Вербальная агрессия*	86,5 (34,3)	73,6 (27,1)	62,2 (36,5)	108,9 (34,9)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 0,65
Негативизм	41,0 (23,8)	36,7 (19,7)	35,1 (22,3)	53,3 (26,8)	
Раздражение*	38,0 (24,1)	45,2 (28,0)	40,3 (28,3)	55,9 (27,7)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 0,69
Подозрительность*	32,5 (19,7)	36,1 (13,3)	39,6 (23,2)	55,0 (23,0)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 1,1
Обида	28,4 (20,5)	37,5 (14,2)	35,3 (18,9)	40,1 (19,5)	
Чувство вины*	56,4 (22,4)	68,4 (19,8)	60,3 (27,4)	72,9 (18,6)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 0,8
Агрессивность*	53,6 (18,5)	51,5 (19,7)	46,3 (23,2)	76,5 (26,5)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 1,0
Враждебность*	30,2 (16,2)	35,8 (13,1)	37,8 (17,2)	47,6 (17,6)	p1-p4<0,05 Cohen`s d= 1,0

Примечание: Серым цветом отмечены ячейки с показателями, превышающими нормативные значения



*Примечание: * – уровень статистической значимости критерия Манна-Уитни p<0,05; ** – уровень статистической значимости критерия Манна-Уитни p<0,01;*

Рис. 2. Уровни индексов враждебности и агрессивности в исследуемых подгруппах.

Вне зависимости от сопутствующей психической патологии показатели вербальной агрессии, раздражения и чувства вины были повышены. Принимая во внимание размах показателей, дополнительно изучалась частотность различных уровней АТ (Рис. 2). Наименее враждебными оказались лица без психических нарушений и с расстройствами рубрики F4. ВИЧ-инфицированные пациенты с шизофренией отличались превалирующе высоким уровнем агрессивности.

Заключение. ВИЧ-инфицированные лица демонстрировали схожие психологические реакции – склонность к негативному восприятию самого себя, угрызениям совести вне зависимости от интенсивности агрессивных поведенческих реакций, различающихся в нозологических группах. Понимание механизмов развития АТ среди этой социально уязвимой и стигматизируемой категории пациентов может позволить улучшить качество оказания как психофармакологической, так и психотерапевтической помощи.

Литература

1. Мадалиева З. Б., Рогачева И. Эмоциональное состояние ВИЧ-положительных //Вестник КазНУ. – 2014. – №. 4. – С. 51.
2. Тухтарова И. В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией //Автореф. дисс. на соиск. степ. канд. мед. наук. Ульяновск. – 2003.
3. Buss A. H., Durkee A. An inventory for assessing different kinds of hostility //Journal of consulting psychology. – 1957. – Т. 21. – №. 4. – С. 343.

28. Мягкие поведенческие нарушения – новая диагностическая единица в гериатрической психиатрии?

Черкасов Н. С.[1] Гаврилова С.И.[2]

[1]младший научный сотрудник отдела по изучению когнитивных расстройств и деменции отдела гериатрической психиатрии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», Москва
[2]д.м.н., профессор отдела по изучению когнитивных расстройств и деменции отдела гериатрической психиатрии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Научный центр психического здоровья», Москва
Email: ns-ncpz@ya.ru

Актуальность. Синдром MCI (мягкого когнитивного снижения, умеренных когнитивных расстройств) широко признан исследователями и клиницистами в качестве переходного состояния между здоровым старением и деменцией. Это произошло благодаря диагностической и прогностической значимости этого синдрома, ценность и валидность которого подтверждена многочисленными проспективными исследованиями, показавшими больший риск развития деменции среди лиц с MCI. Однако, синдром гетерогенен и риск развития деменции зависит от множества факторов, среди которых – поведенческие нарушения, иначе называемые нейропсихиатрические симптомы. В последние годы накапливается все больше данных о том, что не только и не столько когнитивные расстройства являются предрасполагающими в развитии деменции, но и поведенческие нарушения, впервые появившиеся в пожилом возрасте, могут быть наиболее ранними проявлениями начинающегося нейродегенеративного процесса.

Цель исследования. Концептуально осветить тему мягких поведенческих нарушений в контексте их диагностической и прогностической значимости в развитии деменции у лиц с MCI.

Материалы и методы. Проведен анализ доступных на английском и русском языке публикаций в базах данных Scopus, ScienceDirect, PubMed, eLibrary по ключевым словам: «поведенческие нарушения», «нейропсихиатрические симптомы», «MCI».

Результаты. Поведенческие нарушения в популяции пожилых людей с MCI гетерогенны и представлены как аффективными, так и шизофреноподобными и психопатоподобными симптомами. Наиболее распространены симптомы депрессии, апатии, тревоги и раздражительности наряду с нарушениями сна, в меньшей части наблюдений присутствуют бред и галлюцинации, агрессия, расторможенность. Степень влияния, вовлеченности в нейродегенеративный процесс этих симптомов в своей совокупности или изолированно варьирует в широком диапазоне, что говорит о существовании некоторых групп или доменов симптомов. В одном исследовании с участием большой выборки пожилых лиц с MCI (8530 пациентов) предпринималась попытка путем кластерного анализа объединить симптомы согласно 3-факторной нейробиологической модели для оценки однородности их влияния на прогрессирование когнитивных нарушений [T.M. Liew, 2019]. Авторами, таким образом, было выделено три кластера: гиперактивный (включая возбуждение, расторможенность и агрессию), аффективный (включая депрессию, апатию, нарушения сна и аппетита, тревогу) и психотический (бред и галлюцинации). В результате, значимое влияние на развитие деменции оказывали лишь симптомы из аффективного и психотического кластера, но не гиперактивного, несмотря на высокую встречаемость симптомов раздражительности

(27% пациентов). В другом исследовании был проведен анализ выживаемости 2137 пожилых пациентов с MCI, имеющих те или иные нейропсихиатрические симптомы, объединенные в группы на основе вычисления скрытых классов и построения 4-факторной модели [N. Roberto et al., 2021]. В группы попали пациенты преимущественно с раздражительностью (1 класс), апатией (2 класс), тревогой и депрессией (3 класс) и минимальной выраженностью симптомов (т.н. асимптоматический, 4 класс), при этом каждая из групп обладала особой траекторией динамики когнитивных функций до развития деменции. Так, в частности, у пациентов с симптомами раздражительности чаще всего диагностировалась неальцгеймеровская патология, в то время как представителям других классов преимущественно был установлен диагноз болезни Альцгеймера. Худший прогноз оказался у пациентов с симптомами апатии, которая показала наиболее высокий риск развития деменции. Любопытным наблюдением явилось и то, что пациенты с не резко выраженными симптомами, принадлежавшими к асимптоматическому классу, также продемонстрировали относительно высокое развитие деменции (37,3% перешло в деменцию, при этом около 72% из них – в болезнь Альцгеймера). Полученные результаты подтверждают развивающуюся концепцию о т.н. мягких поведенческих нарушениях (mild behavioral impairment), впервые описанную F. Taragano и R. Allegri, а впоследствии поддержанную в своих работах J. Cummings и Z. Ismail. В настоящее время утверждены международные критерии мягких поведенческих нарушений [Z. Ismail et al., 2016], создан опросник для их количественной оценки [Z. Ismail et al., 2017], ведется работа по изучению значимости влияния на развитие деменции таких поведенческих симптомов, которые появились в пожилом возрасте и хотя не представляют собой клинически выраженных состояний, тем не менее заметны окружающим или самому пациенту и приносят некоторые трудности в быту, социальной активности или работе, подобно MCI.

Заключение. Мягкие поведенческие нарушения широко распространены у пожилых людей с MCI, наиболее часто встречаются симптомы аффективного спектра, реже – психотического, однако их корреляционная связь с развитием деменции неодинакова. Появившиеся в позднем возрасте и персистирующие поведенческие симптомы должны насторожить врача в отношении начавшегося нейродегенеративного процесса. Необходима дальнейшая работа по изучению их сочетанного влияния на развитие нейродегенеративных заболеваний, оценка возможности превентивных терапевтических воздействий.

29. Критика к болезни и ее влияние на социальную адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Швец К.Н.[1], Хамская И.С.[2]

[1]ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород
[2]к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород
E–mail: ruzhenkova@yandex.ru

Актуальность. Нарушение критичности больных шизофренией является наиболее частым симптомом и одним из факторов, определяющих социальную адаптацию пациента [1]. В свою очередь, нарушение осознания пациентом своего заболевания существенно влияет на лечение, ухудшая комплайенс и, как следствие, социальную адаптацию [2].

Материал и методы исследования. Клинико-психопатологическим, клинико-динамическим и психометрическим методами обследовано 145 пациентов с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод: 68 (46,9%) лиц мужского и 77 (53,1%) женского пола. Средний возраст пациентов составил 27,4±6,5 лет.

Результаты. Клиническая картина ведущего психопатологического синдрома на период первой госпитализации исчерпывалась бредовыми синдромами (галлюцинаторно-параноидным, параноидным и аффективно-бредовым), занимавшим в общей сложности 88,3%. Изучение критики к заболеванию показало, что только 10,3% пациентов (без гендерных различий) полностью понимали факт наличия болезни и необходимость лечения. Треть (33,7%) пациентов формально (на словах) соглашались с мнением врача, а у большинства – 56% критика отсутствовала.

Анализ результатов «Шкалы нарушения осознания психического расстройства» показал, что «некритичность к социальным последствиям заболевания» была выше у лиц мужского пола (p=0,018). В отношении необходимости лечения и эффекта медикаментов все пациенты показали «неполное осознание». Аналогично пациенты были некритичны к позитивным и негативным расстройствам, при «неполном осознании» общепсихопатологических симптомов. В то же время всего 32,4% пациентов охотно лечились, 58,0% больных осуществляли пассивный прием лекарств, а остальные категорически отказались от лечения, что демонстрирует неудовлетворительный уровень приверженности к лечению более чем у половины больных шизофренией. Установлено, что более комплаентные пациенты, показали более высокий уровень социальной адаптации в семейной (p=0,000), бытовой (p=0,000), коммуникативной сферах (p=0,000), а также проявили более высокую интеллектуальную продуктивность (p=0,003) и критическую оценку состояния психического здоровья (p=0,002).

По результатам обследования пациентов при помощи шкалы социальной поддержки Зимета установлено, что все пациенты субъективно отмечали достаточно высокий уровень социальной поддержки со стороны семьи, друзей и значимых близких. Изучение изменения социального статуса пациентов после перенесенного первого психотического эпизода показало, что социальный статус снизился у 31,7% пациентов. Оценка уровня социальной адаптации по шкале GAF показала, что удовлетворительный уровень был более характерен для женщин (72,7%), чем для мужчин - 51,5% (OR=2,5 95%CI=1,2-5,3). Таким образом, вероятность

удовлетворительного уровня социальной адаптации у лиц женского пола после первого психотического эпизода была в 2,5 раза выше, чем у мужского. Это обусловлено, в части случаев более частым злоупотреблением алкоголем и наркотическими препаратами лицами мужского пола (p=0,002). Выявлены значимые прямые корреляционные зависимости шкалы социальной поддержки Зимета и шкалы GAF: поддержка значимых других (r=0,309 p=0,000), поддержка семьи (r=0,345 p=0,000) и поддержка друзей (r=0,309 p=0,000), что позволяет утверждать, что чем конструктивнее поддержка пациента со стороны микросоциального окружения, тем выше уровень его социальной адаптации.

Исследование социальной адаптации при помощи модифицированной шкалы Дембо-Рубинштейн показало, что лица женского пола давали более высокую субъективную оценку уровня адаптации в большинстве сфер, чем мужчины (p=0,003). Объективная оценка показала, что только по 3 параметрам (бытовая (p=0,000), производственная (p=0,000), административно-правовая (p=0,003) сферы) лица женского пола были более высоко адаптированы, чем мужчины. Сравнение субъективной и объективной оценки социальной адаптации после перенесенного первого психотического эпизода показало, что все пациенты (и мужского и женского пола) статистически значимо переоценивали свой уровень социального функционирования в диапазоне 1-3 балла (фактически 10-30%) по медианному показателю.

Заключение. Больные шизофренией, перенесшие первый психотический эпизод и положительно относящиеся к терапии (*комплаентные*), показали более высокий уровень социальной адаптации в семейной, бытовой, коммуникативной сферах, а также были более интеллектуально продуктивны и критичны к состоянию своего психического здоровья.

Литература

1. Степанова А. В., Исаева Е. Р., Коцюбинский А. П. Взаимосвязь механизмов психологической адаптации с когнитивными нарушениями у больных шизотипическим расстройством //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. – 2017. – №. 4. – С. 51-58.
2. Семке А. В., Микилев Ф. Ф. Клинико-социальные характеристики пациентов, страдающих расстройствами шизофренического спектра с ипохондрической симптоматикой //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – №. 5. – С. 40-43.

30. Использование антипсихотических препаратов при лечении небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста

Шестакова Р.А.[1], Кинкулькина М.А.[2]

[1]врач-психиатр государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы, Москва
[2]профессор, доктор медицинских наук кафедры психиатрии и наркологии Института клинической медицины ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
E–mail: raya-predsedatel@mail.ru

Психофармакотерапия небредовых ипохондрических расстройств представляется сложной задачей, как в плане выбора лекарственных препаратов, так и их дозировок. Если при психофармакотерапии бредовых вариантов ипохондрического расстройства показана терапия антипсихотическими препаратами, и сложность подбора схемы терапии обусловлена подбором доз препаратов и продолжительности лечения, то терапевтическая тактика в отношении небредовых ипохондрических расстройств не представляется столь однозначной. При терапии небредовых ипохондрических расстройств традиционно используют антидепрессанты различной химической структуры [1, 2], однако эффективность монотерапии антидепрессантами, согласно литературным данным, в среднем не превышает 50%, что свидетельствует о необходимости сочетания антидепрессантов с препаратами других фармакологических групп и механизмов действия [3, 4].

Цель настоящего исследования – оценить частоту использования антипсихотических препаратов, а также их дозировок в хлорпромазиновом эквиваленте в составе комплексной психофармакотерапии небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста (старше 50 лет).

Материалы и методы. В ходе исследования была оценена терапия 108 пациентов. Изученная выборка сформирована из числа стационарных больных женского пола старше 50 лет, поступивших на лечение в клинику психиатрии им. С.С. Корсакова УКБ №3 ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И.М. Сеченова, в клинической картине которых ведущим психопатологическим симптомом являлся ипохондрический синдром. Для оценки выраженности ипохондрического компонента использовалась Шкала для оценки ипохондрии (Гончарова Е.М., 2013) [5].

Результаты исследования. Средний возраст участников исследования составил 61,3 ± 8,45 года. В точке улучшения состояния на 30% при психометрической оценке ипохондрического компонента были оценены психофармакологические препараты, использованные в составе комплексной схемы лечения. Было выявлено, что антипсихотические препараты добавлялись в схему лечения в 97,2 % случаев. В зависимости от поколения антипсихотического препарата в 46,7% случаев – антипсихотические препараты типичные, в 30,5 % – антипсихотические препараты атипичные, в 13,3 % – сочетание типичного и атипичного антипсихотического препарата, в 7,6 % – сочетание двух типичных антипсихотических препаратов, в 1,9 % - сочетание двух атипичных антипсихотических препаратов. Дозировки использованных антипсихотических препаратов были оценены в хлорпромазиновом эквиваленте (ХПЭ). В случае использования нескольких антипсихотических препаратов рассчитывалось суммарное значение ХПЭ. Среднее значение дозировки использованного антипсихотического препарата (АП) составило 96,49 единиц, минимальное значение –

13 единиц, максимальное значение – 360 единиц. В 42% случаев дозировка использованного антипсихотического препарата составляла до 50 единиц в ХПЭ (микро- дозировка АП), в 39% – от 51 до 150 единиц в ХПЭ (минимальная дозировка АП), в 19% - о 151 до 360 единиц в ХПЭ.

Выводы. При терапии небредовых ипохондрических расстройств у пациентов позднего возраста используются как типичные, так и атипичные антипсихотические препараты. Антипсихотический препарат в преимущественном большинстве случаев добавляется в комплексную схему в микро и минимальной терапевтической дозировке. Значительно реже требуется добавление в схему лечения препарата в средней терапевтической дозировке, а случаи использования антипсихотического препарата в дозировке более 300 единиц в ХПЭ единичны.

Литература

1. Бениашвили, А.Г. Проблемы лекарственных подходов к терапии больных с соматоформными расстройствами / А.Г. Бениашвили // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3. – № 1. – С. 16 – 20.
2. Fallon, B. A. An open trial of Fluvoxamine for Hypochondriasis / B.A. Fallon, A. Qureshi, F. Schneier [et al.] // Psychosomatics. – 2003. – Т. 44. – № 4. – P. 298 – 303.
3. Костин, А.К. Персонализированная психофармакологическая и когнитивно-поведенческая терапия и реабилитация больных с соматоформной симптоматикой / А.К. Костин, В.А. Руднецкий, Е.В. Цыбульская [и др.] // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2017. – № 1. – С. 15 – 20.
4. Fallon, B.A. Pharmacotherapy of somatoform disorders / B.A. Fallon // Journal of Psychosomatic research. – 2004. – Т. 56. – № 4. – P. 455 – 460.
5. Гончарова, Е.М. Депрессивно-ипохондрические расстройства непсихотического уровня (клинические особенности и лечение) : дис. .канд. мед. наук : 14. 01. 06. / Гончарова Екатерина Михайловна. – М., 2013. – 123 с.

31. Глоссалгический синдром cum materia на модели красного плоского лишая

Юзбашян П.Г.[1], Львов А.Н.[2], Терещенко А.В.[3], Романов Д.В.[4]

[1]ассистент кафедры психиатрии и психосоматики
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), Москва
[2]д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации, Москва
[3]к.м.н, Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии
[4]д.м.н., профессор кафедры психиатрии и психосоматики
ФГАОУ ВО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России,
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
E–mail: astartes@yandex.ru

Глоссалгия или синдром «горящего рта» (burning mouth syndrome) – расстройство, проявляющееся коэнестезиопатиями – патологическими ощущениями разнообразного характера в полости рта, которые могут сочетаться с изменениями вкуса, парестезиями, дизестезиями, ксеростомией [1]. В отличие от наиболее распространенной квалификации глоссалгии как заболевания, проявляющегося исключительно коэнестезиопатиями (патологическими ощущениями) и явлениями вегетативной дисфункции в полости рта при здоровой слизистой в ряде исследований [2,3] приводятся данные, указывающие на возможность манифестации симптомов глоссалгии (боли, жжения, печения, покалывания, стянутости) при дерматозах полости рта – глоссалгия cum materia. Симптоматика глоссалгического синдрома как расстройства cum materia остается гиподиагностированной, а подходы к терапии таких состояний неопределенными, так как стандартная дерматотропная и нейротропная терапия болей (в том числе блокада регионарных ганглиев) в данных случаях малоэффективна.

Цель исследования – клиническая характеристика глоссалгического синдрома cum materia (на модели красного плоского лишая - КПЛ) с верификацией психопатологической структуры и нозологии синдрома, разработкой типологии, а также уточнением преморбидных особенностей личности и триггерных воздействий.

Материал и методы. Пациенты выборки исследования (11 набл., средний возраст – 59,5±13,5 лет, 9 женщин, длительность заболевания – 4,3±1,9 года) прошли комплексное психопатологическое, дерматологическое, неврологическое обследование. Состояние пациенты соответствовало диагностическим критериям глоссалгии согласно классификации IASP и МКБ-10 для глоссодинии (К14.6), коморбидным заболеванием являлся КПЛ слизистой полости рта (L43).

Результаты.

Глоссалгический синдром cum materia клинически дифференцируется на органоневротический (тревожно-фобический) и сверхценный – circumscripta – варианты. Органоневротический (тревожно-фобический) вариант синдрома глоссалгии cum materia характеризуется невротическими коэнестезиопатиями, тактильными и зрительными иллюзиями. Ипохондрические феномены носят характер невротической ипохондрии. Большинство больных преморбидно соответствуют РЛ кластера С.

Сверхценный (circumscripta) вариант синдрома cum materia характеризуется коэнестезиопатиями по типо идеапатических алгий и сенесталгий. Ипохондрические расстройства не достигают психотического регистра, а ограничиваются феноменами сверхценной ипохондрии. Большинство больных преморбидно соответствуют РЛ кластера А.

Манифестация глоссалгии, ассоциированной с КПЛ происходит вслед за стоматологическими манипуляциями – «соматический стресс» (экстракция зубов, установка коронок либо зубных протезов, резекция кисты челюсти). Подобная травма приводит к лихеноидной реакции слизистой по типу КПЛ (типичной, ретикулярной, гиперкератотической), сопровождающейся коэнестезиопатиями и ипохондрическими феноменами. Несмотря на обратное развитие в процессе дерматотропной терапии объективно регистрируемых высыпаний и восстановление слизистой, коэнестезиопатии (боль/жжение) и ипохондрические феномены персистируют. В дальнейшем течение заболевания характеризуется провоцированными психогенными триггерами рецидивами. Отмечаются обострения, проявляющиеся как лихеноидными высыпаниями (КПЛ), так и экзацербациями ипохондрических феноменов cum materia.

Органоневротический (тревожно-фобический) синдром нозологически квалифицируется в ряду ипохондрических реакций (расстройства адаптации). Сверхценный синдром диагностируется в пределах шизофрении и расстройств шизофренического спектра (ипохондрическая шизофрения, шизотипическое расстройство).

Литература

1. Grinspan D. et al. Burning mouth syndrome //International journal of dermatology. – 1995. – Т. 34. – №. 7. – С. 483-487.
2. Netto FOG, Diniz IMA, Grossmann SMC, de Abreu MHNG, do Carmo MAV, Aguiar MCF. Risk factors in burning mouth syndrome: a case–control study based on patient records. Clinical Oral Investigations; 2010 May 4;15(4):571–5. http://dx.doi.org/10.1007/s00784-010-0419-5;
3. Kohorst J.J. et al. A population-based study of the incidence of burning mouth syndrome //Mayo Clinic Proceedings. – Elsevier, 2014. – Т. 89. – №. 11. – С. 1545-1552.

ПСИХИАТРИЯ 21 ВЕКА: ПЕРВЫЕ ШАГИ В НАУКУ И ПРАКТИКУ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ – КОНКУРСА МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д.19, с.1А

Формат 60x84 1/16 . Бумага офсетная.
Печать ризограф. Гарнитура «Times».
Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ОТТИСК»
101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1