**УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

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

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

V Юбилейной Всероссийской конференции молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» с международным участием

Москва

7 ноября 2025 года

**Москва
2025**

УДК 616.89 **DOI: 10.48612/cgma/d235-6p7g-151k**
ББК 56.14
Т 299

Составители Вдовина И. В., Хоммятов М.Р.

Рецензенты:
Бородин Владимир Иванович – профессор Учебно-методического отдела Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии (ФМИЦПН) Минздрава РФ, д.м.н., профессор;
Омельченко Мария Анатольевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА».

Т 299 **Тезисы докладов V Юбилейной Всероссийской конференции молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» с международным участием** / Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента Российской Федерации ; V Юбилейная Всероссийская конференция молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» с международным участием (7 ноября 2025 г. ; М.) ; сост. И. В. Вдовина. – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2025. – 71 с.
ISBN 978-5-907826-30-4

Аннотация

Данный сборник включает в себя тезисы докладов молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных заведений Российской Федерации на научно-практической конференции, состоявшейся 7 ноября 2025 года в г. Москве.

Материалы конференции освещают современные проблемы в области психиатрии, психотерапии и др. Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов, аспирантов по специальности «психиатрия и наркология», ординаторов и слушателей дополнительного профессионального образования по специальностям «психиатрия», «психотерапия».

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 20.11.2025 № 7)

УДК 616.89

ББК 56.14

ISBN 978-5-907826-30-4

© Авторы, 2025.
© Вдовина И.В., Хоммятов М.Р. составление, 2025.
© ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2025.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Маликова А.А. Петр Викторович Морозов: хранитель памяти о врачебной династии …… 7

Ансимов М.А., Вдовина И.В. Астенический синдром: от соматических состояний к психическим расстройствам – данные клинико-статистического анализа …… 10

Ахмедова А.А., Буланов В.С., Горобец Л.Н., Литвинов А.В. Особенности гормонального профиля и состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси у мужчин с непсихотическими депрессивными расстройствами: пилотное исследование …… 11

Белосохов А.А., Медведев В.Э. Эффективность VR-ассистированной EMDR в комбинированной терапии генерализованного тревожного расстройства: предварительные результаты …… 13

Брик И.Д., Бурденкова Д.С., Кодинцев А.Н., СиденковаА.П. Содержание холинэстеразы в плазме крови у женщин старшего возраста как маркер риска когнитивных нарушений …… 14

Быков К.В., Медведев В.Э. Эмоциональное выгорание как фактор профессионального риска в психиатрии: модели клинической манифестации …… 16

Вердиев Д.Ф. Оглы. Психическое здоровье сотрудников скорой медицинской помощи в условиях длительно действующей психотравмирующей ситуации …… 17

Геворкян Э.Ю., Владимирова Л.Ю., Бобров А.Е. Психологические и психопатологические особенности больных колоректальным раком при ингибировании MAPK-каскада …… 19

Елина И.А., Козачук А.Ю., Дубинин И.О., Спиваковский М.А., Самушия М.А. Клинический случай кататонии, развившейся под влиянием боевого стресса …… 20

Ефремов А.А. , Крайс Э.С., Кардашян Р.А. Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц пожилого возраста с вторичными органическими психическими расстройствами. …… 22

Касьянова А.А., Сарыкова А.С., Петрова Н.Н. Интерлейкин-6 связан с ангедонией при биполярной и униполярной депрессии …… 24

Кочерева Е.Д., Иосава И.К. Ожирение и психические расстройства в подростковом возрасте: иммунометаболические механизмы и клинико-диагностические аспекты …… 25

Кочергина М.С., Вдовина И.В. Расстройства шизофренического спектра, регистрируемые у лиц с преждевременной недостаточностью яичников ……. 27

Маева В.О., Вдовина И.В. Стресс-индуцированные расстройства у бесплодных семейных пар в программе вспомогательных репродуктивных технологий ……. 29

Маркин К.В., Сербин А.Н., Мартынов А.В., Кузнецов К.С. Динамика симптомов острого стресса при кумуляции боевого опыта: разнонаправленные изменения и стабильные предикторы ……. 30

Минибаев В.Р., Котельникова Д.А., Коляго О.О. Диагностика тревожно-депрессивных расстройств у пациенток с раком молочной железы: сопоставление результатов HADS и клинического интервью в условиях медицинской реабилитации ……. 32

Морозова С.А., Артемьева М.С. Развитие психообразовательных программ для пациентов с соматоформными расстройствами на платформе мобильных приложений ……. 34

Морозова С.А. Роль межкультурной адаптации в формировании соматоформных расстройств у студентов ……. 35

Мягкая Д.А., Омельченко М.А. Современные подходы к терапии расстройств аутистического спектра у детей ……. 37

Нашкенова А.М., Жарылкасынова М.Е. Эффективность методов современного психоанализа в лечении обсессивно-компульсивного расстройства (кейс-стади) ……. 39

Нашкенова А.М., Жарылкасынова М.Е. Причины отказа молодых женщин от новорожденных и психотерапевтические стратегии профилактики девиантного материнства ……. 40

Нашкенова А.М., Жарылкасынова М.Е. Точки приложения перинатальной психотерапии ……. 42

Нашкенова А.М., Жамбасова Ш.Р. Психосоциальные и клинические аспекты дезадаптивной мечтательности (кейс-стади) ……. 43

Нашкенова А.М., Байдильда М.Р., Жамбасова Ш.Р. Психосоциальные факторы в генезе дисморфофобии ……. 45

Ноздрачев Д.И., Крюков В.В., Сапронов Ф.А., Краснов В.Н. Применение окулографического исследования (айтрекинга) для дифференциации униполярных и биполярных депрессий ……. 46

Русяев В.Ю., Усатенко Е.В., Бобров А.Е. Применение методов машинного обучения для дифференциальной диагностики биполярного аффективного и шизоаффективного расстройств на основе динамических характеристик когнитивно-смысловой структуры самосознания ……. 48

Сорокин М.Ю., Маркин К.В., Сергеев Р.Р., Романов А.П. Распространенность синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) среди детей и подростков в России: систематический обзор и мета-анализ ……. 49

Соколова В.О. Выявление предикторов эффективности электросудорожной терапии при исследовании феноменов в структуре кататонических расстройств ……. 51

Тверитина А.Е., Воронова Е.И., Романов Д.В. Синдром Дориана Грея как подтип дисморфического расстройства в эстетической хирургии ……. 53

Тертышник А.М., Пелевин М.А. Взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и внутренней картины болезни у пациентов с легочной гипертензией: роль конституционально-личностных факторов ……. 55

Хабибуллина Л.Р. , Самушия М.А. Сравнительный анализ соматических и метаболических показателей у пациентов с ожирением и расстройствами шизофренического спектра ……. 57

Хоммятов М.Р., Самушия М.А., Вдовина И.В. Распространенность болезни Паркинсона среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах г. Москвы ……. 59

Чинарев В.А., Козлов М.А., Доманова Е.В., Чижова Т.Н. Клинико-катамнестическое исследование значимости симптомов детского возраста для дифференциации траекторий течения психических расстройств ……. 61

Шахдинарян А.А. Религиозно-архаический бредовой комплекс при параноидной шизофрении в современной социокультурной реальности ……. 63

Потемкина П.В. Проблемы дифференциальной диагностики и реабилитации интоксикационных психозов, вызванных употреблением синтетических катинонов ……. 64

Козачук А.Ю., Самушия М.А. Клинический случай диссоциативного шизофренического психоза с пуэрилизмом, развившегося под воздействием боевого стресса ……

Петр Викторович Морозов: хранитель памяти о врачебной династии

Мое знакомство с П.В. Морозовым состоялось в 2010 году, когда я, в то время, как сотрудница кафедры философии и гуманитарной подготовки, оказывала помощь в создании музея истории здравоохранения Воронежской области им. И.П. Фурменко ВГМА им. Н.Н. Бурденко[1]*.*

В процессе поиска экспонатов для экспозиции, посвященной вирусологу Воронежской губернии М. А. Морозову, я вышла на П.В. Морозова — прямого потомка и хранителя семейного архива этого выдающегося ученого, лауреата Сталинской премии М. А. Морозова (1879–1964). По средствам интернета с ним сразу же был установлен личный контакт.

И здесь началось то, что можно назвать образцом настоящего сотрудничества. Петр Викторович не просто согласился помочь — он с огромной щедростью и энтузиазмом передал в музейный фонд бесценные материалы: фото и архивные документы, отражающие ключевые этапы жизни и профессиональной деятельности деда М. А. Морозова, избранные труды отца В. М. Морозова[2]*, книгу А. Турбина «Конец всемирного убийцы». Я получила в подарок два диска: 1. Аудиозапись альбома группы «Камертон» «На всю катушку» и 2. Копию художественного фильма «В город пришла беда», имеющего отношение к биографии его деда.*

Важным аспектом деятельности Петра Викторовича было глубокое изучение семейной истории. Он проводил масштабную работу по составлению генеалогического древа и сбору информации о своих предках. Результатом этих изысканий стали две ключевые разработки: 1) подробная поколенная роспись и 2) основанная на архивных данных «Семейная сага рода Корякиных», написанная Н. Фроловым. Эти материалы позволили автору данной статьи выявить уникальные сведения о генезисе рода Морозовых-Карякиных и его вкладе в историю России.

Анализ предоставленных материалов позволил не только детализировать биографию его М. А. Морозова, но и выделить его вклад в мировую эпидемиологию, который ранее не был в достаточной мере освещен в региональном историческом контексте.

П.В. Морозов свое обещание сдержал. Он приехал в Воронеж, посетил церемонию открытия музея истории здравоохранения Воронежской области им. И. П. Фурменко 4 марта 2011 года, где выступил с памятной речью. Визит продлился два дня, и первой точкой его программы стало посещение дома, в котором до переезда в Москву проживали его дед, отец и другие родственники. «В Воронеже чувствовал себя как дома», — говорил он потом.

Из переписки с П.В. Морозовым стали известны интересные факты его биографии, в частности, участие в составе группы «Камертон» в съёмках художественного фильма «Белорусский вокзал», которым он искренне гордился.

Несколько писем Петра Викторовича, которые я привожу в приложении к тезисам, — это не просто сухой обмен информацией. Они отражают его глубочайшую интеллигентность, уважение к собеседнику и, что самое главное, его философию жизни. Он писал: »Историческая память и сохранение традиций — это то, на чем держится страна и строится любовь к Отчизне. Так меня воспитали отец и дед, так и я воспитываю детей». В этих словах — вся суть деятельности Петра Викторовича.

Его работа по сохранению наследия — это:

---

[1] Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко в 2015 году была реорганизована в Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко.

[2] Виктор Михайлович Морозов (1907-1996), советский психиатр, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Академии медицинских наук СССР (АМН СССР) (с 1967 г.) и Российской академии медицинских наук.

1. Ценный вклад в источниковую базу истории медицины России.

2. Блестящий пример сотрудничества между музеем и потомками великих ученых.

3. И, наконец, важнейший элемент формирования исторической памяти и профессиональной идентичности врачей, который подчеркивает преемственность поколений и гражданскую ответственность.

Личное знакомство с Петром Викторовичем оказало на меня большое влияние и во многом определило мой дальнейший профессиональный путь в историю медицины.

К сожалению, в 2022 году Петра Викторовича не стало. Но дело его жизни продолжается. Переданные им материалы хранятся в фонде музея истории здравоохранения Воронежской области, который сегодня служит науке и просвещению.

П.В. Морозов был не просто хранителем архива. Он был хранителем памяти, традиций и той особой связи времен, которая делает нас сильнее. И в этом его огромный, непреходящий дар всем нам.

Приложение: Письма П.В. Морозова

Письмо № 1

Уважаемая Анна Аркадьевна!

Спасибо за Ваше письмо и интерес к моему деду Михаилу Акимовичу. Так получилось, что я, на старости лет, стал активно интересоваться со всем, что связано с прошлым моей семьи. У меня накопилось много материалов и о моем деде, которого я очень хорошо помню. Я, безусловно, поделюсь с музеем всем тем, что представит интерес для экспозиции и что Вы сочтете необходимым выбрать. Итак, что я мог бы Вам переслать:

1. Фото М.А., в том числе известную цветную фотографию деда из «Огонька» 1959 г. работы Бальтерманца (прилагаю ч/б вариант)

2. Фото родителей Михаила Акимовича (отец-крепостной!) и его первой жены - М.Л. Корякиной (из воронежского дворянства) - моей бабки.

3. Фото из альбома выпуска медфакультета МГУ 1903 г. (преподаватели и сокурсники).

4. Фотографии, сделанные самим М.А. во время русско-японской и 1-ой Мировых войн (был корпусным эпидемиологом в армии Брусилова, чем очень гордился).

5. Семейные фото (с молодой женой: с сыном и внуком)

6. Письмо Э. Пашена (копия)

7. Книгу «Конец всемирного убийцы», об искоренении оспы

8. Книгу «Избранные труды» В.М. Морозова (моего отца, тоже воронежца) - там много фотографий, в том числе, перечисленных выше.

Вообще Михаил Акимович был необычайно разносторонним человеком - любил музыку (Вагнера особенно), на моих глазах в 76 лет переплывал Москву-реку, учил меня плотничать и столярничать…

В любом случае я Вам очень благодарен и мечтаю приехать на открытие Вашего замечательного музея, к тому же никогда не был в Воронеже…

С искренним уважением, П.В. Морозов, профессор,
главный редактор издательства «Медиа Медика»

Письмо № 2

Извините, пожалуйста, за долгое молчание, связанное с большим объемом работы в издательстве в конце года. Постараюсь переслать Вам с оказией первую порцию материалов «Избранные труды» В.М. Морозова с серией фотографий семейного характера (+пластинка с записью его лекции), а также фильм «В город пришла беда». Более тяжелые материалы привезу сам. Фотоматериалы отсканирую и перешлю почтой (порциями). Любопытны будут и различные поздравления Михаила Акимовича к

юбилеям. Постараюсь «наскрести» кое-что из личных вещей деда. Технические стороны дела можно обсудить и по телефону - сообщите куда бы я мог позвонить. Большое спасибо за Ваше письмо и интерес к Михаилу Акимовичу. Вы делаете большое и очень важное дело, ибо историческая память и сохранение традиций - это то, на чем держится страна и строится любовь к Отчизне. Так меня воспитали отец и дед, так и я воспитываю детей. На семейном совете во вторник мы обсудим вопрос передачи личных вещей Михаила Акимовича воронежскому музею, хотя их не так уж много и сохранилось. Менее ценные вещи (те, что не в единственном экземпляре - фильм, книги, фотографии, копии документов) я готов выслать Вам немедленно-сообщите мне точный адрес. Все остальное либо передам кому-то в Москве, либо передам через сына (в Воронеже есть представители фирмы «Сервье»), либо привезу сам. Еще раз спасибо за Вашу работу,

С глубоким уважением к Вашему труду,

П.В. Морозов, профессор

Письмо № 3

**период ковида*

Аня, добрый день! Спасибо, что отреагировали на мой личный пост. Думаю, что более актуальным было бы для воронежцев мое сообщение о роли Михаила Акимовича в ликвидации оспенной вспышки в Москве (ВК от 27 марта с.г.). Слежу с интересом за новостями об истории родины нашей семьи. Спасибо! С уважением, ПВ.

Письмо №

Дорогая Аня, с днем Рождения! Береги себя и близких!

Литература

1. Турбин А. Конец «Всемирного убийцы». М., 1982.
2. Семейная сага рода Корякиных
3. Поколенная роспись рода Морозовых-Карякиных
4. Письма П.В. Морозова автору статьи

Маликова Анна Аркадьевна

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко

Астенический синдром: от соматических состояний к психическим расстройствам – данные клинико-статистического анализа

Ансимов М.А.[1], Вдовина И.В.[2]

[1]Аспирант
[2] к.п.н., доцент, доцент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента РФ
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E-mail: flamber1@rambler.ru

Цель исследования: оценить выраженность и клинические характеристики астенического синдрома (АС) у пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ) с целью обоснования транснозологической природы астении.
Ключевые слова: астенический синдром, ХОБЛ, транснозологический синдром, психометрические шкалы, соматизация.
Материалы и методы: произвести психометрическое обследование группы пациентов с ХОБЛ. Для верификации АС в данном исследовании использовались валидированные опросники:

- Fatigue Assessment Scale (FAS-10);
- Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20);
- Fatigue Severity Scale (FSS).
- Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS)
- Шкала соматических симптомов SSS-8
- Опросник соматоформных расстройств PHQ-15

Применение этих шкал позволяет дифференцировать уровни утомляемости, когнитивные и соматовегетативные компоненты астении в рамках различных нозологических групп. Статистическая обработка выполнена методами непараметрической статистики с расчетом коэффициента корреляции Спирмена.
Результаты: Проведено психометрическое обследование 15 пациентов с ХОБЛ. В данной группе средний возраст составил 68,4 ± 9,6 лет. В выборке преобладали мужчины - 12 человек (80%), женщины составили 3 человека (20%). Большинство пациентов имели ХОБЛ III-IV стадии по классификации GOLD. У всех испытуемых отсутствовала подтвержденная психической патологии в анамнезе.
По шкале MFI-20 была выявлена высокая выраженность астенического синдрома с преобладанием физического компонента (медиана составила: общая астения – 16,0; физическая астения – 15,0) над психическим (медиана 8,0). По шкале тревоги и депрессии HADS были умеренно выражены депрессивные (медиана 7,0) и тревожные (медиана 6,0) симптомы. А также был зафиксирован высокий уровень соматизации (по шкале SSS-8: медиана 22,0; PHQ-15: медиана 16,0). Корреляционный анализ показал значимые связи между тяжестью ХОБЛ и соматическими симптомами по шкале SSS-8 (R=0,68; p=0,005), а также между показателями астении и депрессии по шкале HADS (R=0,626; p=0,013).
Заключение: Проведенное исследование демонстрирует высокую клиническую значимость астенического синдрома у пациентов с ХОБЛ. Полученные данные также подтверждают выраженный характер астении в обследованной выборке, с преобладанием физического компонента над психическим. Установленные корреляционные взаимосвязи между показателями астении, соматической симптоматики и депрессивных проявлений свидетельствуют о комплексном характере нарушений.

Более точное понимание астении как самостоятельного синдрома позволит:

- Производить комплексную оценку астенических проявлений в клинической практике ведения пациентов с ХОБЛ;
- разработать дифференцированные подходы к коррекции астении с учетом преобладающего компонента заболевания.

Литература

1. Cecchetti G. et al. Cognitive, EEG, and MRI features of COVID-19 survivors: a 10-month study //Journal of neurology. – 2022. – Т. 269. – №. 7. – С. 3400-3412.
2. Khaibullina D. K., Maksimov Y. N. Post-Covid Asthenia Syndrome //Neuroscience and Behavioral Physiology. – 2023. – Т. 53. – №. 8. – С. 1347-1354.
3. Семакин А. В. и др. Качество жизни и психические расстройства в постковидном периоде (систематический обзор) //Бюллетень сибирской медицины. – 2023. – Т. 22. – №. 4. – С. 188-200.
4. Reese J. T. et al. Generalisable long COVID subtypes: findings from the NIH N3C and RECOVER programmes //EBioMedicine. – 2023. – Т. 87.
5. Thakur N. Integrating Zero-Shot Classification to Advance Long COVID Literature: A Systematic Social Media-Centered Review //arXiv preprint arXiv:2412.18779. – 2024
6. Broadbent D. E. et al. The cognitive failures questionnaire (CFQ) and its correlates //British journal of clinical psychology. – 1982. – Т. 21. – №. 1. – С. 1-16
7. World Health Organization et al. Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: Interim guidance 30 March 2023. – 2023.
8. Ansimov M.A., Voronova E.I. (2025). *Астения в постковидном периоде: аспекты патогенеза, клиники и диагностики* (Литобзор).

Особенности гормонального профиля и состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси у мужчин с непсихотическими депрессивными расстройствами: пилотное исследование

Ахмедова А.А., Буланов В.С., Горобец Л.Н., Литвинов А.В.

Московский НИИ психиатрии –
Филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.П. Сербского» Минздрава России
Отделение психоэндокринологии
E-mail: akhmedova.ayna@yandex.ru

Актуальность. Функциональный гипогонадизм у мужчин ассоциирован с усилением депрессивной симптоматики, снижением мотивации и нарушением сексуальной функции [1]. Ряд исследований указывает, что дефицит андрогенов повышает риск возникновения депрессии и может усугублять течение аффективных расстройств [2, 3]. При этом вопрос о взаимосвязи между выраженностью депрессии и уровнем половых стероидов остается дискуссионным, поскольку имеющиеся данные ограничены и противоречивы [4]. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего изучения нейроэндокринных аспектов депрессивных расстройств у мужчин.

Цель исследования. Изучить особенности гормонального профиля и его связь с выраженностью аффективных и сексуальных нарушений у мужчин с непсихотическими депрессивными расстройствами.

Материалы и методы. В исследование включены 34 пациента мужского пола (средний возраст — 29,2 ± 9,9 лет), находившиеся на стационарном лечении с депрессивными

расстройствами непсихотического уровня. Дизайн – кросс-секционное исследование. Для психометрической оценки использовались Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и Аризонская шкала сексуального опыта (ASEX). Определялись индекс массы тела (ИМТ), уровни глюкозы, холестерина, пролактина, лютеинизирующего гормона (ЛГ) и тестостерона. Для статистической обработки данных применялись методы описательной статистики и корреляционный анализ (r - коэффициент Пирсона, $p \leq 0,05$).

Результаты. При анализе результатов психометрического исследования было установлено, что клинически значимые проявления тревоги отмечались у 20 пациентов (58,8%), а симптомы депрессии - у 21 (61,76%). Признаки сексуальной дисфункции по шкале ASEX наблюдались у 15 (44,1 %) пациентов.

Средние значения ИМТ соответствовали диапазону избыточной массы тела и составляли 26,0±7,1 кг/м². Избыточная масса тела (предожирение) отмечена у 5 (14,7 %) пациентов, ожирение I и II степени — у 3 (8,8 %), ожирение III степени — у 2 (5,9 %) человек. Повышенные концентрации глюкозы зафиксированы у 3 (8,8 %), гиперхолестеринемия — у 8 (23,5 %) обследованных. Гиперпролактинемия отмечалась у 20 (58,8 %) пациентов, повышение ЛГ — у 5 (14,7 %), снижение уровня тестостерона — у 2 (5,9 %). Предположительно, снижение уровня тестостерона возникло на фоне гиперпролактинемии, индуцированной приемом антипсихотиков данными пациентами; следовательно, предполагать у них наличие функционального гипогонадизма преждевременно.

Корреляционный анализ показал наличие взаимосвязей между психометрическими, гормональными и метаболическими показателями. Выявлена умеренная положительная связь между степенями выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS ($r=0,49$; $p\leq0,05$), а также между показателями депрессии и степенью выраженности сексуальной дисфункции по шкале ASEX ($r=0,43$). Уровень тестостерона отрицательно коррелировал с показателями депрессии ($r=-0,50$) и сексуальной дисфункции ($r=-0,33$), а ИМТ — положительно с показателями депрессии ($r=0,38$) и баллами шкалы ASEX ($r=0,43$). Кроме того, выявлена отрицательная связь между ИМТ и уровнем тестостерона ($r=-0,44$).

Обсуждение. Полученные данные демонстрируют сложные взаимосвязи между аффективной симптоматикой, гормональными и метаболическими параметрами у мужчин с депрессивными расстройствами. Особого внимания заслуживает взаимозависимость между снижением уровня тестостерона, выраженностью депрессии и сексуальными дисфункциями, что согласуется с представлениями о возможной роли андрогенного дефицита в патогенезе аффективных расстройств у мужчин. Обнаруженные корреляции между уровнями тестостерона, показателями депрессии и сексуальной дисфункции указывают на наличие связи андрогенного статуса с выраженностью аффективной симптоматики. Вместе с тем, выявленные случаи снижения уровня тестостерона, вероятно, обусловлены гиперпролактинемией на фоне терапии антипсихотиками, что требует осторожной интерпретации результатов. Таким образом, можно предположить, что у части пациентов с депрессивными симптомами эндокринно-метаболические нарушения (гипогонадизм, ожирение, гиперпролактинемия) могут выступать в качестве потенциальных патогенетических факторов формирования аффективных и сексуальных нарушений.

Выводы. У мужчин с непсихотическими депрессивными расстройствами выявлены ассоциации между снижением уровня тестостерона, выраженностью депрессивной симптоматики и сексуальной дисфункцией, а также метаболическими нарушениями. Полученные данные указывают на возможную роль нарушений функции гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси в патогенезе аффективных расстройств и подчеркивают значимость их оценки при выборе терапевтической тактики.

Исследование выполнено в рамках Госзадания «Разработка клинических инструментов и алгоритмов для поддержки принятия решений при диагностике, терапии и

реабилитации пациентов с непсихотическими депрессивными расстройствами», регистрационный номер: 124020800064-9.

Литература

1. Буланов В.С., Литвинов А.В., Горобец Л.Н., Ахмедова А.А. Патогенетические связи гипогонадизма и депрессии у мужчин // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2025. – Т. 125, № 1. – С. 17–23. – DOI 10.17116/jnevro202512501117. – EDN ZHAYBK.
2. Schneider G., Nienhaus K., Gromoll J., et al. Depressive symptoms in men aged 50 years and older and their relationship to genetic androgen receptor polymorphism and sex hormone levels in three different samples // American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2011. – Vol. 19, № 3. – P. 274–283.
3. Fischer S., Ehlert U., Amiel Castro R. Hormones of the hypothalamic-pituitary-gonadal (HPG) axis in male depressive disorders: a systematic review and meta-analysis // Frontiers in Neuroendocrinology. – 2019. – Vol. 55. – Article 100792. – DOI 10.1016/j.yfrne.2019.100792.
4. de Wit A.E., Giltay E.J., de Boer M.K., Nolen W.A., Bosker F.J., Penninx B.W.J.H., et al. Plasma androgens and the presence and course of depression in a large cohort of men // Psychoneuroendocrinology. – 2021. – Vol. 130. – Article 105278. – DOI 10.1016/j.psyneuen.2021.105278. – EDN YMSAVW.

Эффективность VR-ассистированной EMDR в комбинированной терапии генерализованного тревожного расстройства: предварительные результаты

Белосохов А.А., Медведев В.Э.

Аспирант
ФГАОУ ВО «Российский Университет Дружбы Народов имени Патриса Лумумбы»
Кафедра Психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии
Москва, Россия
E–mail: alex.law2009@yandex.ru

Актуальность. Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) характеризуется хронической неконтролируемой тревогой и снижением качества жизни. Несмотря на доказанную эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС/СИОЗСН), до 40–60% пациентов не достигают ремиссии на стандартных дозировках, а их повышение, переход на трициклические антидепрессанты или комбинированные схемы сопровождаются выраженными побочными эффектами, что формирует запрос на дополнительные психотерапевтические методы [1]. Одним из таких подходов является десенсибилизация и переработка движением глаз (EMDR), потенциал которой усиливается при использовании технологий виртуальной реальности (VR), обеспечивающих контролируемую сенсорную экспозицию и повышение вовлечённости пациента [2].

Цель исследования – оценить влияние VR-ассистированной EMDR в составе комбинированной терапии ГТР и определить психолого-личностные факторы, ассоциированные с терапевтическим ответом.

Материалы и методы. В исследование включены 80 пациентов с диагнозом ГТР, получающие фармакотерапию с максимально переносимой дозировкой СИОЗС/ СИОЗСН, но не достигшие ремиссии. Пациенты были рандомизированные в две группы: Группа 1 (контроль, n=40): стандартная фармакотерапия (СИОЗС/СИОЗСН); Группа 2 (основная, n=40): фармакотерапия + VR-ассистированная EMDR (8 сессий, 1 раз в 7

дней). Применялись психометрические шкалы оценки уровня тревоги BAI и шкала общего клинического впечатления CGI-S и CGI-I.

Результаты. На момент анализа завершили курс 17 пациентов в контрольной группе и 19 – в основной, что составляет около половины запланированной выборки. Группы были сопоставимы по исходным демографическим характеристикам и значениям тревожности и личностного профиля ($p>0,05$ для каждого из параметров). Частота выбывания составила 17,4% и 15,0% соответственно, без статистически значимых межгрупповых различий ($p=0,77$), что свидетельствует о сопоставимой переносимости и приверженности вмешательству. По шкале BAI в основной группе зарегистрировано снижение уровня тревоги с 30±6,2 до 17±5,4 баллов (–43%; $p=0,001$), тогда как в контрольной группе значения уменьшились с 29±6,0 до 23±5,7 баллов (–21%; $p=0,041$). Межгрупповое сравнение конечных показателей выявило преимущество VR-EMDR ($p=0,012$). По шкале CGI-S выраженность тревожной симптоматики снизилась с 4,7±0,6 до 2,8±0,8 балла в основной группе ($p<0,001$) и с 4,6±0,7 до 3,4±0,9 балла в контрольной ($p=0,029$), при межгрупповом различии $p=0,018$, сопоставимом с результатами BAI. По CGI-I доля респондентов составила 68% в группе VR-EMDR и 41% в контроле ($p=0,034$). Анализ предикторов по NEO-FFI показал отрицательную корреляцию улучшения по BAI с нейротизмом ($r=–0,40$; $p=0,022$) и положительную — с сознательностью ($r=0,35$; $p=0,041$). Другие шкалы статистически значимых ассоциаций не выявили ($p>0,05$).

Выводы. Предварительные данные демонстрируют, что включение VR-ассистированной EMDR в комбинированную терапию ГТР обеспечивает более выраженное снижение тревожности и увеличивает долю клинических респондентов по сравнению со стандартной фармакотерапией. Завершение оценки эффективности с учётом личностных и клинико-психопатологических факторов позволит проанализировать их вклад в терапевтический ответ, а последующий мониторинг динамики тревожности сформирует основу для практико-ориентированных рекомендаций по применению VR-EMDR в дополнение к базовой терапии ГТР.

Литература

1. Yunitri N. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials / N. Yunitri, C.C. Kao, H. Chu [et al.] // Journal of Psychiatric Research. — 2020. — Vol. 123. — P. 102–113. — DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.01.005.
2. Liou H. Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Primary Care Setting: Assessing Utility and Comparing Efficacy of Virtual Versus In-Person Methods / H. Liou, C. Lane, C. Huang [et al.] // Telemedicine and e-Health. — 2022. — Vol. 28, № 9. — P. 1359–1366. — DOI: 10.1089/tmj.2021.0454.

Содержание холинэстеразы в плазме крови у женщин старшего возраста как маркер риска когнитивных нарушений

Брик И.Д., Бурденкова Д.С.
Студенты педиатрического факультета
Кодинцев А.Н.
Аспирант
Научный руководитель СиденковаА.П.
д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, психотерапии и наркологии
***ФГБОУВО** «Уральский Государственный Медицинский Университет»*
Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии
Екатеринбург, Россия
E–mail: gladyshevairina92@mail.ru, sidenkovs@mail.ru

Актуальность. В настоящее время когнитивные нарушения являются мировой проблемой вследствие своей распространённости, социальной и экономической значимости. В ряде исследований доказано, что возраст является самостоятельным предиктором снижения когнитивных функций, что обусловливает увеличение риска развития когнитивных расстройств с каждым последующим десятилетием жизни. Поздний возраст по характеру нейрохимических, гуморальных и социально-психологических процессов не является однородным. Пожилой возраст существенно отличается от старческого, у представителей которого частота когнитивных расстройств возрастает. В механизмах формирования когнитивных расстройств принимают участие многие факторы, среди них доказана роль ацетилхолинэстеразы, нарушение активности которой способствует дефицитарности нейротрансмиттерных систем (в частности, дефициту центрального ацетилхолина) уже на ранних этапах нейродегенеративного процесса [1-4]. Гипотеза настоящего исследования: уровень концентрации холинэстеразы в плазме крови у лиц старшего возраста является показателем ускоренного старения и расценивается как фактор риска когнитивного снижения.

Цель исследования — оценить уровень концентрации холинэстеразы в плазме крови у женщин старших возрастных групп для определения риска развития когнитивных нарушений.

Материал и методы исследования: в сравнительном поперечном исследовании участвовали 100 женщин старшего возраста, средний возраст составил 74,19 ± 2,35 года. Исследование одобрено ЛЭК ФГБОУ ВО УГМУ. Критерии включения: подписание информированного добровольного согласия; стабильный соматический статус не менее 2-х недель; отсутствие деменции; отсутствие клинически значимой тревоги и депрессии. Методы исследования: клинико-психопатологический, психометрический: оценка когнитивных функций с использованием шкалы оценки когнитивных трудностей (Cognitive Difficulties Scale), MMSE и MoCA; для исключения аффективной патологии - шкалы Гамильтона (HAM-A, HAM-D), лабораторный метод — определение уровня концентрации холинэстеразы в плазме крови (кинетический колориметрический метод измерения скорости ферментативного гидролиза субстрата); статистический метод.

Результаты исследования: сформированы две группы исследования: «младшая группа», которую составили 13 женщин пожилого возраста от 60 до 69 лет, средний возраст 66,8±2,24 года; «старшая группа», в которую вошли 87 женщин 70–80-ти лет, средний возраст 75,4±2,37 года. Показатели когнитивных функций: «младщая группа» общий балл MMSE 28,0±0,9 б., MoCA 28,3±1,3 б.; «старшая группа» MMSE 26,0±1,6 б., 25,5±1,5 б.. Средний уровень концентрации холинэстеразы в плазме крови в «младшей группе» составил 7899,7±1757,8 ед/л, в «старшей группе» 8847,7±1259,6 ед/л. Результаты дисперсионного анализа выявили статистически значимые различия между «младшей» и «старшей» группой: по MMSE различия между группами ($p = 2,85 \times 10^{-5}$), по MoCA ($p = 5,99 \times 10^{-9}$), по уровню холинэстеразы в плазме крови ($p = 0,018$).

Выводы: уровень концентрации холинэстеразы в плазме крови в старшей (старческой) группе достоверно выше, чем в младшей (пожилой) группе, что, вероятно, может отражать возраст-специфическую динамику изменения концентрации холинестеразы в плазме крови и потенциально служить вероятным предиктором неблагоприятного течения когнитивных процессов. Уровень концентрации холинестеразы в плазме крови можно потенциально использовать как критерий формирования групп риска по развитию когнитивных расстройств у женщин старшего возраста.

Литература

1. Schliebs R., Arendt T. The cholinergic system in aging and neuronal degeneration / R. Schliebs, T. Arendt // Behavioural Brain Research. – 2021. – Vol. 414. – P. 113474.

2. Bohnen N.I., Grothe M.J. et al. Basal forebrain cholinergic system changes in women and men with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease / N.I. Bohnen, M.J. Grothe et al. // Neurobiology of Aging. – 2023. – Vol. 128. – P. 35–45.
3. Ковальчук В.В., Лаптева Е.В. и др. Активность ацетилхолинэстеразы как биомаркер когнитивных нарушений у женщин в перименопаузе / В.В. Ковальчук, Е.В. Лаптева и др. // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – Т. 14, № 3. – С. 34–40.
4. Кодинцев А.Н., Волкова Л.И. Активность холинэстеразы и когнитивный статус у пожилых женщин / А.Н. Кодинцев, Л.И. Волкова // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2024. – Т. 18, № 4. – С. 27–37. DOI: 10.17816/ACEN.1097

Эмоциональное выгорание как фактор профессионального риска в психиатрии: модели клинической манифестации

Быков К.В.
Аспирант
Медведев В.Э.
Заведующий кафедрой, к.м.н., доцент
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы»
Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии
Москва, Россия
E–mail: mdkbykov@gmail.com

Актуальность. Профессиональная деформация – одна из важных проблем в современных социально-экономических условиях, одной из ключевых причин которой выступает трудовой стресс. Одним из проявлений профессиональной деформации является синдром эмоционального выгорания (СЭВ). Согласно конвенциональной концепции СЭВ C. Maslach [1], его основными компонентами являются эмоциональное истощение (ЭИ) – обедненное эмоциональное реагирование, перманентное ощущение подавленности, нехватка сил; «деперсонализация» (ДП) – негативное, отстраненное, формальное отношение к работе и реципиентам помощи, вплоть до их дегуманизации; редукция профессиональных достижений (РПД) – снижение рабочей эффективности, чувство собственной некомпетентности. Пристальное внимание к проблеме СЭВ в сфере здравоохранения обусловлено его высокой распространенностью среди медицинских работников [2]. Финансовые издержки для национальных систем здравоохранения, связанные с СЭВ, могут достигать миллиардов долларов США в год [3]. В настоящее время у ученых нет единого взгляда на структуру, динамику и патогенез СЭВ. Крупные систематические обзоры [4] демонстрируют высокую распространенность СЭВ среди работников психиатрического профиля.

Целью исследования являлось изучение клинических проявлений СЭВ у врачей-психиатров.

Материал и методы. Варианты клинической манифестации СЭВ были изучены на выборке из 126 врачей-психиатров, работающих в стационарных отделениях Москвы. Уровень эмоционального выгорания исследовался посредством Шкалы выгорания Maslach (Maslach Burnout Inventory – MBI). В качестве клинических вариантов СЭВ были изучены симптомы тревожно-депрессивного спектра, диагностированные при помощи Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS). Для исследования клинических моделей СЭВ применялся метод множественной логистической регрессии.

Результаты. Критические уровни ЭИ, ДП и РПД были выявлены у 35 (27.8%), 45 (35.7%) и 38 (30.1%) врачей-психиатров. Сформированный СЭВ, т.е. критически высокий уровень ЭИ и по меньшей мере любого другого симптома эмоционального выгорания был обнаружен у 33 участников (26.2%). Высокий уровень эмоционального выгорания хотя бы в одной из трех подшкал был обнаружен у 58 врачей (46%), хотя бы в двух подшкалах – у 42 психиатров (33.3%), а эмоциональное выгорание по всем трем шкалам – у 18 респондентов (14.3%). 64 (50.8%) врача демонстрировали значимый уровень депрессии, 54 (42.9%) – значимый уровень тревоги. Сочетание значимых уровней тревоги и депрессии отмечалось у 26 респондентов (20.6%). Регрессионный анализ продемонстрировал, что шансы выявления СЭВ повышаются по мере количественного увеличения значения тревожности по шкале HADS, а также при наличии критического уровня депрессии, при этом мужской пол выступал в качестве фактора превенции СЭВ. Наличие тяжелой формы СЭВ предсказывалось сочетанными случаями тревоги и депрессии. Наличие эмоционального выгорания в подшкале ЭИ объяснялось высоким уровнем тревожности по шкале HADS и наличием критического уровня депрессии. Эмоциональное выгорание в димeнсии ДП определялось в большей степени выраженности депрессивных симптомов и в меньшей степени уровнем тревожных симптомов. Наличие эмоционального выгорания в подшкале РПД в наименьшей степени объяснялось расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Выводы. В проведенном исследовании впервые систематически описаны клинические проявления СЭВ у российских психиатров, выявлены его специфические связи с тревожными и депрессивными симптомами. Результаты описывают варианты развития эмоционального выгорания в категориях успешно купируемых клинических феноменов. Определение взаимосвязи и отношения эмоционального выгорания, тревоги и депрессии поможет избежать избыточного упрощения в вопросе обеспечения ментального благополучия психиатрических работников и, как следствие, повышения качества оказываемой ими помощи.

Литература

1. Эволюция представлений о синдроме эмоционального выгорания / И.А. Зражевская, К.В. Быков, Э.О. Топка, и др. // ПСИХИАТРИЯ. - 2020. - Т. 18. - № 4. - С. 127-138.
2. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review / L.S. Rotenstein, M. Torre, M.A. Ramos, et al. // JAMA. - 2018. - Vol. 320. - N. 11. - P. 1131-1150.
3. Estimating the attributable cost of physician burnout in the United States. Annals of internal medicine / S. Han, T.D. Shanafelt, C.A. Sinsky, et al. // Annals of internal medicine. - 2019. - Vol. 170. - N. 11. - P. 784-790.
4. O’Connor, K. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants / K. O’Connor, D.M. Neff, S. Pitman // European psychiatry. - 2018. - Vol. 53. - P. 74-99.

Психическое здоровье сотрудников скорой медицинской помощи в условиях длительно действующей психотравмирующей ситуации

Вердиев Даргах Фаиг Оглы
Аспирант
ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»
Кафедра психиатрии, наркологии и клинической психологии
Белгород, Россия
E–mail: ruzhenkova@yandex.ru

Актуальность. Готовность специалистов к работе в условиях чрезвычайных ситуаций (ЧС) играет колоссальную роль в контексте организации психологической помощи населению. Медицинские работники в условиях ЧС подвергаются повышенному риску возникновения стресса высокого уровня, тревоги, депрессии, выгорания, зависимости и посттравматического стрессового расстройства, которые могут иметь долгосрочные психологические последствия [1, 2].

Материал и методы исследования. Обследовано 604 работника подстанций скорой медицинской помощи (СМП) Белгородской области. Анализ проводился в трех группах: подстанции, размещенные и работающие в приграничных к зоне специальной военной операции (СВО) районах (172 человека), подстанция г. Белгород (233 человека) и отдаленные от зоны СВО подстанции (199 человек). Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, психометрический.

Результаты. Анализ психологического состояния обследованных показал, что среди работников отдаленных подстанций СМП было большее число лиц, подверженных астении и эмоциональной лабильности – 69,4%, чем среди приграничных подстанций – 57% (χ^2=5,6 p=0,02 OR=1,7 95%CI =1,1-2,7) и Белгородской подстанции – 60,1% (χ^2=3,6 p=0,06 OR=1,5 95%CI =0,9-2,3). Гендерный анализ показал, что астения чаще выявлялась у лиц женского пола (от 61,3% до 64,3%), чем мужского (43,7-44,7% случаев).

Симптомы депрессии разной степени выраженности выявлялись одинаково часто среди работников приграничных (18,6%), Белгородской (19,7%) и отдаленных (26,1%) подстанций. Обращает на себя внимание, что от 2,5 до 4% работников СМП обнаруживали выраженные и крайне выраженные симптомы депрессии. Аналогичное распределение выявлено и среди обследованных работников отдаленных подстанций СМП: большее число лиц, у которых выявлено эмоциональное истощение – 60,8%, чем среди приграничных подстанций – 45,3% (χ^2=8,2 p=0,005 OR=1,9 95%CI =1,2-2,9) и Белгородской подстанции – 51,5% (χ^2=3,4 p=0,06 OR=1,5 95%CI =0,9-2,2). Также среди обследованных работников в отдалённых подстанциях СМП было большее число (статистически значимо больше/больше) лиц у которых выявлена безнадежность – 45,2%, чем среди приграничных отдаленных подстанций – 28,5% (χ^2=10,33 p=0,002 OR=2,1 95%CI =1,3-3,3) и в Белгородской подстанции – 31,3% (χ^2=8,2 p=0,05 OR=1,8 95%CI =1,2-2,7).

Полученные данные выявляют парадоксальную, на первый взгляд, закономерность: наиболее высокий уровень психоэмоционального неблагополучия наблюдается не у лиц, работающих в непосредственной близости от зоны боевых действий, а у сотрудников отдаленных подстанций. С одной стороны, мобилизация, ощущение непосредственной необходимости и выполнение профессионального долга в эпицентре событий могут служить «психологическим щитом» для лиц приграничной и Белгородской подстанции, нивелируя внутреннее напряжение. В то же время, работники удаленных районов, находясь в относительной безопасности, могут испытывать чувство вины, фрустрацию от невозможности помочь в полной мере, а также ощущение оторванности от «общего дела», что усугубляет состояние безнадежности и эмоционального истощения.

В то же время, для приграничных зон характерен острый, но предсказуемый стресс (тревога ожидания, воздушные тревоги). В отдаленных районах стресс может носить более хронический, диффузный и неконтролируемый характер (постоянный поток негативной информации, тревога за близких, общая неопределенность будущего), что является более деструктивным для психического здоровья в долгосрочной перспективе и напрямую коррелирует с развитием астении и истощения.

Заключение. Географическая удаленность от непосредственной зоны конфликта не является защитным фактором для психического здоровья медицинских работников, действующих в условиях гибридной угрозы. Напротив, она может ассоциироваться с более высоким уровнем астении, эмоционального истощения и безнадежности.

Требуется разработка дифференцированных программ психологической поддержки сотрудников СМП, которые должны иметь не очаговый, а сплошной характер, с обязательным охватом отдаленных и периферийных подстанций.

Литература

1. Факторы профессионального риска и последствия психической дезадаптации у медицинских специалистов и спасателей при чрезвычайных ситуациях: современное состояние проблемы / В.Т. Кайбышев, Г.Л. Матузов, Л.М. Масягутова, О.Ю. Травников, А.Л. Федотов, В.М. Ахметов // Медицина катастроф. – 2022. – № 2. – С. 17-21.
2. Матузов, Г.Л. Влияние медико-санитарных и социально-психологических последствий чрезвычайных ситуаций на здоровье населения и спасателей: обзор научных публикаций / Г.Л. Матузов, Л.М. Масягутова // Медицина катастроф. – 2025. – № 2. – С. 38-43

Психологические и психопатологические особенности больных колоректальным раком при ингибировании МАРК-каскада

Геворкян Э.Ю.[1], Владимирова Л.Ю.[2], Бобров А.Е.[1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
E-mail: elvina.gev@gmail.com

Актуальность. Психологическая адаптация онкологических пациентов определяется сочетанием биологических и личностных факторов. Среди биологических факторов особый интерес представляет МАРК-каскад. Этот молекулярный каскад играет ключевую роль в онкогенезе, что обуславливает применение таргетной терапии, направленной на его фармакологическое ингибирование, что приводит к торможению роста опухоли. Однако, МАРК-каскад вовлечен так же в процессы регуляции нейропластичности, экспрессии нейрональных генов, синтеза белка и синаптической передачи. По данным литературы, нарушение функционирования МАРК-каскада ассоциировано с изменениями эмоциональной регуляции, когнитивных функций и социального поведения [1–4], что делает его значимым звеном в патогенезе психических расстройств.

Целью исследования было изучение психического состояния, личностных характеристик и паттернов реагирования у больных метастатическим колоректальным раком (КРР), получающих различные варианты противоопухолевой лекарственной терапии.

Материал и методы. В исследование включены 80 пациентов, разделённых на основную и контрольную группы в зависимости от применяемого вида терапии. В основную группу (n=55) вошли пациенты, получающие анти-EGFR моноклональные антитела - препараты, ингибирующие МАРК-каскад; в контрольную (n=25) - другие противоопухолевые лекарственные препараты, не воздействующие на МАРК-каскад.

Психологическое обследование проводилось с использованием 16-факторного личностного опросника Кеттелла (16 ЛФ).

Результаты. Клинико-психопатологическое обследование показало, что в основной группе статистически значимо чаще наблюдались тревожные и аффективные расстройства (депрессивный эпизод, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство) по сравнению с контрольной (p

= 0,032), тогда как различий по частоте стрессовых расстройств (расстройства адаптации) выявлено не было (p = 0,7704). Эти данные подтверждают, что ингибирование MAPK-каскада может ассоциироваться с повышенной психической уязвимостью и формированием аффективных нарушений [5–6].

При проведении психологического обследования по 16 ЛФ установлено, что в обеих группах наблюдались пики по факторам G, N и Q3, отражающие стремление к следованию социальным нормам, повышенный уровень самоконтроля и предпочтение вежливых форм поведения. Подобные сочетания ранее отмечались у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, в частности, сахарным диабетом [7].

Специфический паттерн, характерный для основной группы, включал высокие значения факторов Q4 (фрустрация) и L (аффективная ригидность) при относительно низком Q1 (радикализм). Интегративный показатель «стеснённой фрустрации» (Y = Q4 + L – Q1) был статистически выше в основной группе (p = 0,028). Этот показатель отражает состояние хронической фрустрации и эмоционального протеста в ответ на вынужденное подчинение обстоятельствам, что может осложнять терапевтическое взаимодействие и снижать приверженность лечению.

Выводы. Таким образом, у пациентов, получающих терапию, ингибирующую MAPK-каскад, выявляется не только повышенная частота тревожных и аффективных расстройств, но и специфическая форма психологического реагирования, отражающая эмоциональное напряжение и фрустрацию. Полученные данные подчёркивают необходимость совершенствования тактики ведения данной категории пациентов на основе междисциплинарного подхода с участием психиатров, психотерапевтов и психологов, направленного на своевременное выявление и коррекцию психических нарушений, и повышение приверженности терапии.

Литература

1. Kim E.K., Choi E.J. Pathological roles of MAPK signaling pathways in human diseases // Biochimica et Biophysica Acta (Molecular Basis of Disease). — 2010. — Vol. 1802, № 4. — P. 396–405.
2. Wang J.Q., Mao L. The ERK pathway: molecular mechanisms and treatment of depression // Molecular Neurobiology. — 2019. — Vol. 56, № 9. — P. 6197–6205.
3. Hu M., Zhang L., Liu Y. et al. ERK/MAPK signaling in emotional regulation // Neuroscience Letters. — 2021. — Vol. 748. — Article ID 135697.
4. Park J.-I. MAPK signaling in affective disorders: from bench to clinic // Molecular Psychiatry. — 2023. — Vol. 28, № 1. — P. 12–19.
5. Pitman A., Suleman S., Hyde N., Hodgkiss A. Depression and anxiety in patients with cancer // BMJ. — 2018. — Vol. 361. — Article k1415.
6. Grassi L., Caruso R., Riba M.B. et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline // ESMO Open. — 2023. — Vol. 8, № 2. — Article 101155.
7. Бобров А. Е., Карачёва Ю. В., Третьякова Д. А., Старостина Е. Г. Применение личностных опросников для оценки психосоматических соотношений у больных сахарным диабетом 2-го типа // Российский психиатрический журнал. — 2023. — № 4. — С. 53–63.

Клинический случай кататонии, развившейся под влиянием боевого стресса

Елина И.А.[1], Козачук А.Ю.[2], Дубинин И.О.[3], Спиваковский М.А.[3], Самушия М.А.[4]

[1]Ассистент кафедры, [2]Аспирант, [3]Ординатор
[4]д.м.н., доцент, член-корреспондент РАН, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии

ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации,
Кафедра психиатрии
Москва, Россия

Актуальность. Первые работы, послужившие основой для формирования современной транснозологической концепции кататонии, относятся к выделению моторных аффективных психозов Wernicke C. еще в начале 20 столетия, которые много позже были адаптированы K. Leongard (1968) в систематику кататонических психозов и послужили основанием для рассмотрения кататонии в рамках более легких психопатологических регистров: явления истерокататонии, аффективно-кататонические состояния, кататония в рамках обсессивно-компульсивного расстройства, шизотипического расстройства личности и т.п. [1,2]. Позже было опубликовано исследование Gallup&Maser, положившее начало модели кататонии, как примитивной реакции защиты, провоцированной нарушением нейромодуляции в условиях выраженного аффекта страха у лиц с органической недостаточностью центральной нервной системы (ЦНС) [3]. В своей публикации «Catatonia: The ultimate response to fear?» J. Perkins также придает большое значение наблюдаемой связи между кататонией и аффектом страха. В этой же парадигме развивалось множество других психологических моделей кататонии XX века [4,5]. В современной систематике острых постстрессовых расстройств моторные феномены, ассоциирующиеся с кататоноподобной симптоматикой, описываются в рамках диссоциативного и депрессивного ступора, а также в пределах истероконверсионных расстройств [6,7]. Подобное диагностическое разночтение моторных феноменов в рамках острых стрессовых расстройств может приводить к сложностям, возникающим при выборе тактики лечения. Далее приведено описание клинического случая, иллюстрирующее все сложности дифференциальной диагностики и подбора терапии у пациента со сложным сочетанием конституциональных, органических и психогенных факторов в формировании резистентного гипокинетического синдрома.

Пациент К., 44 лет, с шизоидной акцентуацией и истерическими чертами в преморбиде. В анамнезе — отягощенная наследственность (отец страдал от алкогольной зависимости), черепно-мозговая травма в 12 лет с последующим церебрастеническим синдромом и соматоформными расстройствами. В возрасте 24 лет, на фоне психогений, отмечались истеро-депрессивные реакции с конверсионной симптоматикой (астазия-абазия, псевдофасцикуляции). Манифестация кататонии произошла в 44 года, в условиях боевого стресса, когда на пятой неделе пребывания в зоне боевых действий, после получения сотрясения головного мозга, состояние ухудшилось: стал крайне медлительным, апатичным, перестал общаться с сослуживцами, не связывался с супругой, начал отказываться от приема пищи. Спустя две недели, после повторного сотрясения с потерей сознания и известия о гибели товарищей, произошла острая манифестация ступора, при котором пациент был обнаружен в позе лежа с вытянутыми руками, фиксированным взглядом, с мутизмом и ослабленными реакциями на боль, госпитализирован в многопрофильный госпиталь.

Комплексное обследование (КТ, МРТ, ЭЭГ, ликворология) исключило органическую патологию. Диагноз «кататонический ступор» был верифицирован консилиумом врачей-психиатров и неврологов с помощью шкалы Буша-Фрэнсиса (19 баллов). Терапия бензодиазепинами в режиме монотерапии оказалась неэффективной. Применение курса из 15 сеансов электросудорожной терапии (ЭСТ) в комбинации с атипичным антипсихотиком обеспечило постепенную, но неполную редукцию кататонической симптоматики. В резидуальном периоде сохранялись выраженные когнитивные (MMSE=23 балла) и эмоционально-волевые нарушения по типу психоорганического синдрома, что привело к стойкой социальной дезадаптации.

Описанный клинический случай представляет значительный интерес с точки зрения сложного взаимодействия конституциональных, органических и психогенных факторов в формировании резистентного гипокинетического синдрома. У пациента с преморбидной шизоидной структурой личности и истерическими чертами, наблюдалась характерная эволюция психопатологической симптоматики - от полиморфных невротических проявлений с паракинетической кататонической симптоматикой в ответ на межличностные конфликты до мономорфного гипокинетического состояния под воздействием экстремального боевого стресса.

Выводы. Клиническая значимость данного наблюдения заключается в демонстрации патогенетических механизмов трансформации личностных особенностей в условиях тяжелого боевого стресса, когда изначально присущие пациенту шизоидные черты в сочетании с истерическими компонентами и паракинетическими феноменами создали патологическую почву для развития особой формы резистентной кататонии.

Литература

1. Donalies C. Zur Aufteilung der endogenen Psychosen vor Wernicke, Kleist und Leonhard //Zur Klassifikation endogener Psychosen / eds. Seidel K., Neumärker K.J., Schulze H.A.F. – Vienna: Springer, 1986. – P. 213–225.
2. Шилох Р., Шварц Б., Вайцман А., Радван М. Кататония как необычное проявление посттравматического стрессового расстройства // Psychopathology. — 1995. — Т. 28, № 6. — С. 285–290.
3. Moskowitz A.K. Scared stiff: Catatonia as an evolutionary‐based fear response // Psychological Review. — 2004. — Vol. 111, No. 4. — P. 984–1002.
4. Fink M., Shorter E. Does persisting fear sustain catatonia? // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 2017. — Vol. 136. — P. 441–444.
5. Biles T.R., Anem G., Youssef N.A. Should catatonia be conceptualized as a pathological response to trauma? // Journal of Nervous and Mental Disease. — 2021. — Vol. 209, No. 5. — P. 320–323.
6. Шамрей В.К. и др. Психиатрия войн и катастроф. – СПб.: СпецЛит. – 2015. – С. 214–216.
7. Есипов А.В., Самушия М.А., Иволгин А.Ф. и др. Психические расстройства у военнослужащих на этапе оказания медицинской помощи в многопрофильной военно-медицинской организации //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2025. – Т. 125. – № 6. – С. 37–44.

Клинико-динамические особенности алкогольной зависимости у лиц пожилого возраста с вторичными органическими психическими расстройствами.

Ефремов А.А. [1]***, Крайс Э.С*** [2]***. Кардашян Р.А.*** [3]

[1] *Ассистент кафедры*
[2] *Ординатор*
[1,2] *ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации,*
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E-mail: efremovalexander.med@gmail.com
[3] *Профессор, д.м.н., кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической медицины ФГАОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия*

Актуальность. Органические психические расстройства (ОПР) – это совокупность психических расстройств, имеющих общую этиологию – перенесенные экзогенные воздействия, ведущие к церебральной дисфункции. ОПР могут быть первичными, при которых происходит прямое воздействие на головной мозг (травмы, инсульты, инфекции и др.), и вторичными (ВОПР), при которых повреждение происходит наряду с другими органами или системами организма, например, при системных заболеваниях или токсическом поражении. Алкоголизм, как экзогенный фактор, способствует развитию ВОПР различной степени выраженности. Обращает на себя внимание ускорение этого процесса у лиц пожилого возраста и второй половины среднего возраста. В свою очередь, ВОПР ускоряют формирование алкоголизма и усугубляют его течение, осложняя при этом диагностику, терапию и профилактику сформировавшегося коморбидного расстройства [1-4].

Цель исследования - изучить клинико-динамические особенности алкогольной зависимости (АЗ) у лиц пожилого возраста с вторичными органическими психическими расстройствами (ВОПР).

Материал и методы. В исследование вошли 58 пациентов мужского пола в возрасте от 60 до 74 лет (средний возраст 67,5±7,2 года) с установленным диагнозом «АЗ II стадии, осложненная ВОПР». В зависимости от возраста возникновения алкогольного синдрома отмены (АСО), пациенты были разделены на 2 группы: 1-я – возникновение похмельного синдрома в 50,6±1,2 года (n=21, 36,2%), 2-я – в 66,2±2,5 года (n=37, 63,8%). У лиц 1-й группы симптомы ВОПР после формирования АЗ возникли в 61,8±2,1 года, 2-й – в 71,3±2,8 года. Проводилось сравнение анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных показателей у больных изучаемых групп, а также использовалась «Анамнестическая карта» пациента пожилого возраста с ОПР, осложненными алкоголизмом.

Результаты. Начало систематического злоупотребления алкоголем у пациентов 1-й группы относится к 46,1±1,5 годам, у 2-й – ко второй половине жизни (59,2±1,6 года). Средний возраст формирования АСО у лиц 1 и 2-й групп наблюдался соответственно в 50,6±1,1 и 65,8±0,8 года. У больных 1-й группы похмельный синдром возник в среднем возрасте, а у пациентов 2-й группы – в пожилом. Течение алкоголизма у пациентов 1-й и 2-й групп в 9,5% (n=2) и 54,1% (n=20) случаев имело низкий уровень прогредиентности (11,3±1,8 года); 38,1% (n=8) и 32,4% (n=12) – средний (6,4±1,8 года); в 52,4% (n=11) и 13,5% (n=5) – были высокопрогредиентны (3,4±1,6 года). По статистическим данным у больных 1-й группы преобладало высокопрогредиентное течение АЗ ($p<0,01$),а во 2-ой низкопрогредиентное ($p<0,05$).

Выводы. Несмотря на незначительный объем выборки, мы можем сделать вывод, что, с одной стороны, при более раннем начале систематического злоупотребления алкоголя в 1-ой группе в 50,6±1,2 лет начало возникновения симптомов ВОПР относится к 61,8±2,1 году, а при более позднем начале во 2-ой группе в 66,2±2,5 лет симптомы ВОПР проявлялись в 71,3±2,8 год, с другой стороны, в 1-ой группе преобладало более высокопрогредиеное течение АЗ, чем во 2-ой группе.

Литература

1. Гатин Ф.Ф., Волгина Ф.М. Влияние медико-социальных факторов на формирование органических психических расстройств. Современные проблемы науки и образования. 2014;(6).
2. Менделевич В.Д. Возможности и барьеры на пути эффективной терапии пациентов с «двойным диагнозом». Вопросы наркологии. 2017;(6):79-87.
3. Han BH, Moore AA, Sherman SE, Palamar J. Prevalence and correlates of binge drinking among older adults with multimorbidity. Drug and Alcohol Dependence. 2018;187(1):48-54. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2018.01.038

4. Юрасова Е.Ю., Кирюхина С.В., Подсеваткин В.Г. Особенности клинического течения и проблемы систематизации психопатологических синдромов при органических психических расстройствах. Международный научно-исследовательский журнал. 2019;10-1(88):114-9. DOI: 10.23670/IRJ.2019.88.10.022

Интерлейкин-6 связан с ангедонией при биполярной и униполярной депрессии

Касьянова А.А., Сарыкова А.С., Петрова Н.Н.

Младший научный сотрудник, аспирант; лаборант-исследователь, студент; д.м.н., профессор, главный научный сотрудник, заведующий кафедрой
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет», едицинский институт, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербург, Россия
E–mail: aa.kasyanova@yandex.ru

Введение: Современные исследования депрессии сосредоточены на поиске клинико-биологических подтипов этого расстройства. Анализ маркеров воспаления у пациентов с депрессивным эпизодом (ДЭ) при биполярном аффективном расстройстве (БАР) и рекуррентном депрессивном расстройстве (РДР) способствует пониманию различий в патогенезе и клинических проявлениях этих форм.

Целью данного исследования явилось сравнение уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6) у пациентов с текущим ДЭ при БАР и РДР, а также оценка связи ИЛ-6 с клиническими характеристиками депрессии, включая ангедонию и тревогу**.**

Материал и методы: в кросс-секционном исследовании, проведенном на базе СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», участвовали пациенты с текущим ДЭ при БАР (n=20) и РДР (n=30). Критериями включения являлись наличие у пациента текущего ДЭ, европейское происхождение; возраст от 18 до 45 лет; индекс массы тела от 18 до 30 кг/м²; наличие как минимум одного ДЭ в анамнезе. Участники исследования были обследованы с помощью полуструктурированного диагностического интервью и психометрических инструментов, таких как шкала Монтгомери – Асберг для оценки депрессии (MADRS), шкала оценки ангедонии Снайта – Гамильтона (SHAPS), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS). Уровень ИЛ-6 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа. Для статистической обработки применялись непараметрические методы, корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты: между группами БАР и РДР не выявлено различий по уровню ИЛ-6 (1,2 [0,5–2,5] vs. 0,8 [0,5–1,2]; p-value = 0.4483), а также по полу, возрасту, выраженности депрессии (общий балл MADRS), ангедонии (SHAPS) и тревоги (HADS-A). Пациенты с БАР имели более ранний дебют расстройства (14,5 [13-18,5] vs. 18 [15-22]; p-value = 0.02229) и большее число ДЭ по сравнению с РДР (5,5 [4,25-9,5] vs. 3 [2-5]; p-value = 0.004834). Пациенты с РДР имели большую длительность текущего ДЭ (месяцы) по сравнению с пациентами с БАР (6.5 [4-8] vs. 2 [0.9-5]; p-value = 0.009951). При этом длительность заболевания не различалась между группами (7 [5,5-15,75] vs. 8.5 [4-12.5]; p-value = 0.5989). У пациентов с БАР наблюдались значимые умеренные положительные корреляции уровня ИЛ-6 с выраженностью тревоги, оцененной по HADS ($\rho = 0.613$, $p = 0.00524$), чего не отмечалось у пациентов с РДР. С другой стороны, у пациентов с РДР, в отличие от пациентов с БАР, наблюдались значимые умеренные положительные корреляции уровня ИЛ-6 с выраженностью ангедонии по шкале SHAPS ($\rho = 0.602$, $p = 0.00185$).

В подгрупповых регрессионных моделях уровень ИЛ-6 анализировали во взаимосвязи с ангедонией по SHAPS и тревогой по HADS-A с дополнительной поправкой на возраст и пол. У пациентов с БАР более высокий уровень ИЛ-6 ассоциировался с большим возрастом (β=0.067; p=0.021) и имел тенденцию к положительной связи с выраженностью ангедонии (β=0.13; p=0.062). Влияние тревоги по HADS-A оказалось статистически незначимым (p=0.210). Модель объясняла 61% вариации уровня ИЛ-6 (Adj. R^2=0.50). У пациентов с РДР наблюдалась тенденция к положительной связи ИЛ-6 с ангедонией (β=0.11; p=0.094), тогда как возраст, пол и тревога по HADS-A не оказались значимыми предикторами. Модель объясняла около 30% вариации ИЛ-6 (Adj. R^2=0.15). Таким образом, в обеих нозологических группах отмечалась умеренная положительная ассоциация между ИЛ-6 и выраженностью ангедонии, достигающая уровня тенденции к статистической значимости.

Выводы: у пациентов с текущим ДЭ уровень ИЛ-6 связан не с общей тяжестью депрессии, а с отдельными доменами симптомов. При РДР ИЛ-6 ассоциировался преимущественно с ангедонией, тогда как при БАР — с тревогой. Впоследствии регрессионный анализ уточнил эти результаты, продемонстрировав устойчивую и независимую от диагноза связь ИЛ-6 именно с ангедонией. Такая доменно-специфичная ассоциация указывает на ключевую роль ангедонии в иммуновоспалительных механизмах развития расстройств настроения.

Финансирование: исследование проведено при финансовой поддержке гранта Российского научного фонда № 24-25-00166.

Ожирение и психические расстройства в подростковом возрасте: иммунометаболические механизмы и клинико-диагностические аспекты

Кочерева Е.Д.[1], Иосава И.К.[2]

аспирант кафедры психиатрии[1], начальник отдела научной информации, к м н., доцент[2]
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E-mail: e.kochereva@gmail.com

Актуальность. Проблема ожирения в подростковой популяции продолжает оставаться одним из ключевых вызовов для общественного здоровья. Особую обеспокоенность вызывает его тесная связь с широким спектром психических расстройств, включая тревожно-депрессивные расстройства, синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), расстройства аутистического спектра (РАС) и тяжелую эндогенную патологию [1, 2].

Цель исследования. Синтез современных научных представлений о биопсихосоциальных механизмах коморбидности ожирения и психических расстройств в подростковом возрасте с акцентом на анализе диагностических барьеров и формулировке клинических приоритетов ведения.

Материал и методы. Проведен нарративный обзор рецензируемой литературы (2000–2025 гг.) с фокусом на мета-анализы, крупные когортные исследования и клинические рекомендации. Проанализированы данные по эпидемиологии, ранним факторам риска, нейробиологическим основам и нозологически-специфическим профилям коморбидности.

Результаты.

Эпидемиологические данные свидетельствуют о высоком (суммарно до 30%) риске аффективной патологии у подростков с ожирением, причем вклад психосоциальных факторов, таких как стигматизация, является значительным и линейно-зависимым [2–4]. На биологическом уровне ключевую роль играют взаимосвязанные процессы хронического системного воспаления низкой интенсивности и стойкой гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси, которые выступают интеграторами метаболических и аффективных траекторий развития [5–7]. Дисфункция дофаминергических путей системы вознаграждения замыкает порочный круг по схеме «стресс → эмоциогенное переедание → увеличение массы тела → усиление воспаления».

Среди ранних факторов риска наибольшее значение имеют пренатальный стресс, гипергликемия матери в течение беременности и неблагоприятные семейные пищевые практики, что согласуется с концепцией DOHaD [4].

Анализ нозологически-специфических профилей выявляет различные паттерны. В контексте депрессивно-тревожных расстройств доминирующими механизмами выступают эмоциогенное переедание и сопутствующие иммунометаболические сдвиги [3, 6, 8, 9]. Для СДВГ характерны импульсивность и дефицит дофаминергической модуляции (ОШ ≈1,2), в то время как при РАС риск ожирения повышается за счет пищевой селективности, низкой физической активности и ятрогенных эффектов психофармакотерапии, в особенности – нейролептиков с неблагоприятным метаболическим профилем [10–12].

Серьезной нозологически неспецифичной диагностической проблемой остается феномен «диагностического затемнения», приводящий к недооценке подпороговой психопатологической симптоматики на фоне диагноза «ожирение» [13]. В противовес традиционной дихотомической модели, которая усугубляет эту проблему, все большее внимание уделяется переходу к динамической, стадиальной оценке состояния. Такой подход включает рутинный скрининг аффективной и поведенческой симптоматики в рамках общемедицинского приема, реконструкцию индивидуальной траектории развития с учетом перинатального анамнеза и системный анализ метаболического профиля [14].

Выводы. Таким образом, коморбидность ожирения и психических расстройств у подростков представляет собой сложный клинический феномен, в основе которого лежит взаимодействие психосоциальных, нейроонтогенетических и иммунометаболических факторов. Перспективные направления дальнейших исследований включают углубленное изучение патофизиологических механизмов и разработку интегративных диагностических инструментов и комплексных интервенций. Решение этих задач заложит основу для целостных и персонализированных стратегий помощи данной категории пациентов.

Литература

1. Obesity and overweight [Electronic resource] // World Health Organization. – 2024. – Mode of access: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight (date of access: 01.10.2025).
2. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022 // The Lancet. – 2024. – Vol. 403. – P. 1027–1050.
3. Puhl R. M., Lessard L. M. Weight stigma in youth // Current Obesity Reports. – 2020. – Vol. 9. – P. 402–411.
4. Russell C. G., Russell A. A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research // Obesity Reviews. – 2019. – Vol. 20. – P. 725–749.

5. Stice E., Burger K. S., Yokum S. Reward responsivity and future weight gain: a prospective study of healthy adolescents // Journal of Neuroscience. – 2015. – Vol. 35. – P. 10316–10324.
6. Capuron L., Miller A. H. Immune system to brain signaling: neuropsychopharmacological implications // Pharmacology & Therapeutics. – 2011. – Vol. 130. – P. 226–238.
7. Palmer E. R. [et al.] Youth inflammation trajectories and adult mental and cardiometabolic risk // JAMA Psychiatry. – 2024. – Vol. 81. – P. 1130–1137.
8. Rao W. W. [et al.] Obesity increases the risk of depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis // Journal of Affective Disorders. – 2020. – Vol. 267. – P. 78–85.
9. Lindberg L. [et al.] Anxiety and depression in children and adolescents with obesity: a nationwide study in Sweden // BMC Medicine. – 2020. – Vol. 18. – Article number 30.
10. Cortese S. [et al.] Association between ADHD and obesity: a systematic review and meta-analysis // American Journal of Psychiatry. – 2016. – Vol. 173. – P. 34–43.
11. Sammels O. [et al.] Autism spectrum disorder and obesity in children: a systematic review and meta-analysis // Obesity Facts. – 2022. – Vol. 15. – P. 305–320.
12. Pillinger T. [et al.] Comparative effects of 18 antipsychotics on metabolic function in patients with schizophrenia, predictors of metabolic dysregulation, and association with psychopathology: a systematic review and network meta-analysis // Lancet Psychiatry. – 2020. – Vol. 7. – P. 64–77.
13. Hallyburton A. Diagnostic overshadowing: A concept analysis // International Journal of Mental Health Nursing. – 2022. – Vol. 31. – P. 1360–1372.
14. Clarke S. L. [et al.] The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: an updated systematic review // Frontiers in Psychiatry. – 2025. – Vol. 15. – Article 1473051.

Расстройства шизофренического спектра, регистрируемые у лиц с преждевременной недостаточностью яичников

Кочергина М.С.[1], Вдовина И.В.[2]
Ординатор[1], к.пед.н., доцент, доцент кафедры [2]
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E–mail: mariakochergina.s@gmail.com

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) клинически проявляется аменореей, стойким бесплодием, а также симптомами эстрогенодефицита – сухостью влагалища, диспареунией и вазомоторными симптомами в виде приливов жара и потливости [1]. ПНЯ увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза , а также снижает качество жизни больных [2]. В соответствии с клиническими рекомендациями лечение ПНЯ включает в себя назначение заместительной гормональной терапии (ЗГТ) до возраста физиологической менопаузы с целью профилактики развития вышеуказанных состояний [1, 2]. Накапливается все больше данных в пользу значимого вклада первичных нейроэндокринных нарушений при РШС: дисрегуляции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси с последующим подавлением активности гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси и снижением секреции женских половых гормонов [3]. Доля исследований указывает на эстрогенодефицитные состояния у женщин с РШС, раннее не получавших лечение антипсихотическими препаратами, в том числе на ановулаторные циклы, низкую

генеративную функцию и развитие остеопороза на отдаленных этапах обсуждаемых психических расстройств [4-7]. Таким образом, женщины с ПНЯ и РШС попадают в категорию максимальной уязвимости в связи с высоким риском развитием сопутствующих заболеваний, что демонстрирует необходимость повышения комплаентности и приверженности лечению.

Целью настоящего исследования было изучение структуры нозогенных реакций и качества жизни у пациентов с коморбидными РШС И ПНЯ. В задачи исследования входила оценка клинико-психопатологических, психометрических показателей, а также данных лабораторной диагностики гормонального профиля, определения вклада РШС в клиническую картину ПНЯ. Исследование проводилось на базе ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» МЗ РФ. В исследовательскую группу вошли 13 человек с ПНЯ и РШС. Клинико-психопатологическое обследование проводилось с участием заведующей кафедры и профессорско-преподавательского состава кафедры психиатрии ФГБУ ДПО «ЦГМА» УДП РФ и Юреневой С.В., д.м.н., заведующей научно-консультативным диагностическим отделением амбулаторной онкологической помощи. Психометрическое исследование с применением опросника шизотипических черт личности (SPQ), шкал Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) и тревоги (HARS), шкалы оценки симптомов менопаузы (MRS), опросника качества жизни (WHOQOL-26). Лабораторное исследование проводилось с измерением уровней эстрадиола и ФСГ в сыворотке крови. Статистический анализ при помощи методов непараментрической статистики для малых выборок. В исследование включались пациентки с установленным диагнозом ПНЯ в возрасте от 18 до 45 лет при наличии информированного добровольного согласия, критериями исключения были генетическая и ятрогенная формы ПНЯ, наличие психических расстройств, затруднявших участие в исследовании (умственная отсталость и злоупотребление ПАВ), а также возраст младше 18 и старше 45 лет.

В соответствии с двумерной моделью нозогенных реакций [8] были сформированы клинические подгруппы:

1 подгруппа (n=7) продемонстрировала высокие показатели по субшкалам идей отношения, отсутствия близких друзей, аффективной уплощенности, подозрительности (SPQ); субклинические уровни тревоги и депрессии (HARS, HDRS); легкую степень выраженности менопаузального синдрома (MRS); умеренную удовлетворенность уровнем качества жизни и состоянием здоровья (WHOQOL-26); низкие показатели эстрадиола и повышенный уровень ФСГ (критерий диагноза ПНЯ)

2 подгруппа (n=6) характеризовалась высокими показателями по субшкалам социальной тревоги, магического мышления, необычного восприятия и ощущений, странного поведения, странной речи (SPQ); умеренной выраженностью тревоги и депрессии (HARS, HDRS), умеренной степенью выраженности менопаузального синдрома (MRS), низкой удовлетворенностью качеством жизни и состоянием здоровья (WHOQOL-26), низкими показателями эстрадиола и повышенным уровнем ФСГ (критерий диагноза ПНЯ)

Полученные данные отражают различия в выраженности степени тяжести менопаузального синдрома, оценки качества жизни и состояния здоровья, а также приверженности лечению в зависимости от преобладающего типа нозогенных реакций и внутренней картины болезни. Мишенями для дальнейшей психофармакологической и психообразовательной коррекции выступают как дефицитарные расстройства с нарастающей аффективной уплощенностью и астеническими симптомокомплексами, так и резидуальная продуктивная психопатологическая симптоматика. Ведение таких пациенток требует междисциплинарного взаимодействия акушера-гинеколога и психиатра с целью разработки индивидуального подхода к терапии, направленного как на восполнение дефицита половых гормонов, так и улучшения качества жизни.

Литература

1. International Guideline on Premature Ovarian Insufficiency, 2024 // European Society of Human Reproduction and Embryology URL: www.eshre.eu/guidelines
2. Podfigurna-Stopa A. et al. Premature ovarian insufficiency: the context of long-term effects //Journal of endocrinological investigation. – 2016. – Т. 39. – С. 983-990.
3. Bradley A. J., Dinan T. G. A systematic review of hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in schizophrenia: implications for mortality //Journal of Psychopharmacology. – 2010. – Т. 24. – №. 4_suppl. – С. 91-118.
4. Riecher-Rössler A. et al. Can estradiol modulate schizophrenic symptomatology? //Schizophrenia bulletin. – 1994. – Т. 20. – №. 1. – С. 203-214.
5. Huber T. J. et al. Estradiol levels in psychotic disorders //Psychoneuroendocrinology. – 2001. – Т. 26. – №. 1. – С. 27-35.
6. Markham J. A. Sex steroids and schizophrenia //Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders. – 2012. – Т. 13. – №. 3. – С. 187-207.
7. Bergemann N., Riecher-Rössler A. Estrogen effects in psychiatric disorders. – Springer Science & Business Media, 2005.
8. Смулевич А. Б. Ипохондрия и соматоморфные расстройства //Логос. – 1992. – С. 175.

Стресс-индуцированные расстройства у бесплодных семейных пар в программе вспомогательных репродуктивных технологий

Маева В.О.[1], Вдовина И.В.[2]

Аспирант[1]; к.пед.н., доцент, доцент кафедры[2]
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия;
maeva.veronica@yandex.ru

Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) становятся все более распространенным методом лечения бесплодия. Несмотря на то, что эти процедуры меняют жизнь, они могут быть источником физического и эмоционального стресса для участвующих пар. Многие бесплодные пары сообщают, что бесплодие и связанные с ним диагностические или терапевтические методы лечение с помощью ВРТ оказывает значительное влияние на психоэмоциональное состояние [1,2], что иногда приводит к развитию тревожных и даже депрессивных состояний [3]. При анализе психологического состояния женщин, столкнувшихся с проблемой бесплодия, было обнаружено, что уровень тревожности и депрессии у них сопоставим с показателями пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями. [4]. Более того, из-за высокой эмоциональной нагрузки около 23% пар прекращают лечение преждевременно [5].

Психическое состояние женщин перед процедурой экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) характеризуется значительной частотой психических расстройств аффективного круга, коморбидностью тревоги и депрессии, преобладанием расстройств тревожного спектра, преимущественно психогенного характера. Высокий уровень личностной тревожности и тревожные расстройства являются факторами риска отрицательного результата ЭКО (Петрова, 2011).

Женщины, проходящие процедуру ЭКО в 39,4% испытывали тревогу, а 28,5% имели депрессивные симптомы. Тяжелая депрессия может привести к снижению частоты наступления беременности во время лечения бесплодия с помощью ВРТ. Более того,

депрессия и тревога усиливаются после неудачного ЭКО, при этом около 10-25% женщин подвержены риску клинически значимого дистресса после неудачного лечения [6]. Кроме того, была выявлена высокая коморбидность сексуальных дисфункций и пограничных психических расстройств [7].

Своевременное выявление и коррекция личностных особенностей и психопатологических расстройств пациентов с бесплодием вступающих в программы ЭКО, может способствовать не только повышению качества жизни бесплодных семейных пар, но и результативности лечения. Исследованиями была доказана эффективность психологической поддержки и когнитивно-поведенческих групповых курсов терапии в рамках программ лечения бесплодия. В связи с этим необходимо организовать специализированную психотерапевтическую помощь в центрах, специализирующихся на лечение бесплодия с помощью методов ВРТ.

Литература

1. Ganth D.B, Thiyagarajan S. Nigesh. Role of infertility, emotional intelligence and resilience on marital satisfaction among Indian couples // Int J Appl Psychol. – 2013. – Vol. 3. – №. 3. – P. 31-37. DOI:10.1037/e676392012-199
2. Verhaak C. M. et.al. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research // Hum Reprod Update. – 2007. – Vol. 13. – №. 1. – P.27-36. DOI:10.1093/humupd/dml040
3. Rockliff H. E. et.al. A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. // Hum Reprod Update. – 2014. – Vol. 20. – №. 4. – P.594-613. DOI:10.1093/humupd/dmu010
4. Domar A.D. et.al. The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions // J Psychosom Obstet Gynaecol. – 1993. – Vol. 14. – P. 45-52.
5. Brandes M. et.al. When and why do subfertile couples discontinue their fertility care? // Hum Reprod. – 2009. – Vol. 24. – P. 3127-3135. DOI:10.1093/humrep/dep340
6. Xu H. et al. The effects of anxiety and depression on in vitro fertilization outcomes of infertile Chinese women // Psychol Health Med. – 2017. – Vol. 22. – №. 1. – P. 37-43 DOI: 10.1080/13548506.2016.1218031
7. Стеняева Н.Н. и др. Психопатологические особенности инфертильных женщин с сексуальными дисфункциями, участвующих в программах вспомогательных репродуктивных технологий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2019. – Т. 119. – №. 5. – С. 51-58. DOI: 10.17116/jnevro201911905151.

Динамика симптомов острого стресса при кумуляции боевого опыта: разнонаправленные изменения и стабильные предикторы

Маркин К.В., Сербин А.Н., Мартынов А.В., Кузнецов К.С.

Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: vmeda.work@ya.ru

Актуальность. В условиях современных боевых действий комбатанты нередко сталкиваются с повторяющимися стрессовыми воздействиями, что может приводить к кумулятивным эффектам и изменению характера стрессовых реакций [1]. Своевременное выявление закономерностей динамики симптомов острого стресса при

повторных боевых воздействиях приобретает важное значение для понимания механизмов хронификации стресс-ассоциированных расстройств и может способствовать разработке адресных мер психопрофилактики [2].

Целью исследования являлось изучение динамики симптомов острой стрессовой реакции и выявление стабильных предикторов ее развития при повторных боевых воздействиях у комбатантов.

Материал и методы. В лонгитюдном проспективном исследовании приняли участие 72 комбатанта, которым предлагалось заполнить Стэнфордский опросник острых стрессовых реакций (SASRQ), опросник травматических убеждений (PTCI) и шкалу интенсивности боевого опыта (CES) каждый раз после трёх последовательных боевых воздействий (T1, T2, T3) в течение 72 часов после возвращения с них, этого уточнялись анамнестические данные. В итоговую выборку вошло 68 респондентов. Анализ проводился с использованием языка программирования R с построением смешанных линейных моделей и оценкой влияния временных трендов, внутри- и межсубъектных эффектов влияния субъективной оценки интенсивности боевых действий и травматических убеждений на выраженность острой реакции на стресс. Для обработки пропущенных значений применялась множественная импутация, оценка качества моделей проводилась с помощью информационных критериев (AIC, BIC) и коэффициента детерминации.

Результаты. Анализ данных выявил разнонаправленную динамику симптомов острого стресса при кумуляции боевого опыта. Наблюдалось статистически значимое нарастание диссоциативных симптомов ($\beta=1{,}54$; $p<0{,}001$) при одновременном снижении симптомов гипервозбуждения ($\beta=-1{,}37$; $p<0{,}001$) и репереживаний ($\beta=-0{,}71$; $p<0{,}05$). Большая выраженность травматических убеждений продемонстрировала стабильное прогностическое значение для симптомов гипервозбуждения как на уровне внутрисубъектных ($\beta=0{,}23$; $p<0{,}001$), так и межсубъектных эффектов ($\beta=0{,}23$; $p<0{,}001$). Интенсивность боевого опыта оказалась наиболее тесно связана с выраженностью диссоциативных симптомов в структуре острой реакции на стресс (внутрисубъектный: $\beta=0{,}24$; межсубъектный: $\beta=0{,}17$; $p<0{,}01$). Полная модель показала высокую объяснительную способность, учитывая 69,6% общей дисперсии симптоматики острой реакции на стресс ($R^2=0{,}696$).

Проведенное исследование демонстрирует сложный характер адаптации к повторным боевым воздействиям. Выявленные разнонаправленные изменения симптоматики указывают на необходимость дифференцированного подхода к оценке состояния комбатантов. Стабильная связь травматических убеждений с симптоматикой подтверждает целесообразность ранних когнитивных интервенций, а тесная связь интенсивности боевого опыта с диссоциацией обосновывает необходимость мониторинга данной группы симптомов у комбатантов.

Проведенное исследование ограничивается относительно небольшим объемом выборки, наличием пропущенных значений в T2 и T3, использованием преимущественно самоотчетных методик, а также невозможностью контроля всех потенциально значимых переменных.

Выводы. Перспективным направлением дальнейших исследований является изучение долгосрочных траекторий восстановления и разработка алгоритмов раннего выявления комбатантов группы риска.

Литература

1. Тришкин Д.В., Серговенцев А.А., Шамрей В.К. и др. Стресс-ассоциированные психические расстройства у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. — 2023. — Т. 344. — № 6. — С. 4–14. — DOI: 10.52424/00269050_2023_344_6_4.

2. Шамрей В.К., Марченко А.А., Юсупов В.В. и др. Особенности оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях современных вооружённых конфликтов // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. — 2022. — № 2. — С. 60–71.

Диагностика тревожно-депрессивных расстройств у пациенток с раком молочной железы: сопоставление результатов HADS и клинического интервью в условиях медицинской реабилитации

Минибаев В.Р.[1], Котельникова Д.А.[2], Коляго О.О.[3]

[1]Врач-психиатр
[2]Клинический психолог
[3]к.м.н., руководитель отдела психотерапевтической помощи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России
Москва, Россия
E-mail: olegkolyago@yandex.ru

Введение

Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) являются значимым психосоматическим фактором при онкологических заболеваниях, определяющим качество жизни, комплаентность и эффективность реабилитационных мероприятий. Их возникновение обусловлено не только самим диагнозом, но и особенностями проводимой терапии (химио-, гормоно-, лучевая, хирургическая). Особенностью именно отделения реабилитации является необходимость учитывать не только исходное психическое состояние пациенток, но и динамику адаптации в процессе восстановления после интенсивного онкологического лечения. В клинической практике решение о маршрутизации к психиатру формируется комплексно, с учётом клинического наблюдения, а не только по данным самооценочных шкал.

Цель

Оценить частоту и выраженность тревожно-депрессивной симптоматики по HADS и сопоставить её с клиническими основаниями маршрутизации к психиатру у пациенток в условиях онкореабилитации.

Материалы и методы

В исследование включены 87 пациенток, проходивших медицинскую реабилитацию в период с 15 января по 15 мая 2025 г., у которых валидно заполнены обе подшкалы HADS (A и D). Использовалась русскоязычная валидизированная версия шкалы (Зигмонд, Снаит, адаптация — Андрющенко и соавт.). Пороговые значения: 0–7 баллов — норма; 8–10 — субклинический уровень; ≥11 баллов — клинически выраженные проявления. Подгруппа направленных к психиатру (n=8) анализировалась как пилотная, что ограничивает возможность статистических обобщений. Маршрутизация осуществлялась преимущественно клиническими психологами в рамках мультидисциплинарной команды, единых формализованных критериев не применялось.

Результаты

Общая выборка (n=87):

- HADS-A: 3,7±2,4; норма — 94,3%; субклинический уровень — 3,4%; клинический — 2,3%.
- HADS-D: 3,2±2,4; норма — 96,6%; субклинический уровень — 2,3%; клинический — 1,1%.

Подгруппа направленных к психиатру (n=8, пилотная)

Основания маршрутизации включали признаки эмоциональной дезадаптации (тревожность, сниженный фон настроения, нарушения сна, эмоциональная лабильность) и личностные особенности тревожно-мнительного и лабильного круга, выявленные при клиническом наблюдении, часто при нормальных или субклинических значениях HADS.

Психиатрические диагнозы:

- F43.2 — расстройство адаптации: 6/8 (75%);
- F32.1 — депрессивный эпизод средней тяжести: 1/8 (12,5%);
- F41.2 — смешанное тревожно-депрессивное расстройство: 1/8 (12,5%).

Примечательно, что у одной пациентки с клинически выраженной депрессией по HADS-D (≥11) был диагностирован депрессивный эпизод (F32.1), что подтверждает ценность шкалы для выявления тяжёлых случаев.

Онкологический контекст: Статистически значимой корреляции между стадией опухолевого процесса и уровнями тревоги/депрессии не выявлено. Однако следует учитывать ограниченность выборки, что не позволяет исключить потенциальные ассоциации.

Обсуждение

Полученные данные демонстрируют риск недооценки тревожно-депрессивной симптоматики при использовании только самооценочных шкал. У большинства пациенток, направленных к психиатру, по HADS регистрировались нормативные или субклинические значения, однако по результатам клинического интервью выявлялись расстройства адаптации и другие психиатрические диагнозы. Это указывает на наличие ложно-негативных результатов HADS и подчёркивает необходимость клинико-психиатрического обследования.

В то же время HADS подтвердил свою диагностическую ценность при тяжёлых состояниях (совпадение клинически выраженной депрессии с диагнозом F32.1). Таким образом, шкала может рассматриваться как инструмент первичного выявления выраженных ТДР, но её использование без клинической верификации чревато упущенными случаями.

Выводы

1. В общей выборке клинически выраженные тревога и депрессия встречались редко (2,3% и 1,1%).
2. Подгруппа направленных к психиатру (n=8) носит пилотный характер и демонстрирует преимущественно расстройства адаптации (75%), реже депрессивный эпизод (12,5%) и смешанное тревожно-депрессивное расстройство (12,5%).
3. Основанием для маршрутизации служили клинические признаки дезадаптации и личностные особенности, не всегда отражавшиеся в результатах HADS.
4. Использование только самооценочных шкал сопряжено с риском ложно-негативных результатов.
5. Оптимальной является стратегия комбинированного скрининга (HADS + клиническое интервью) в рамках мультидисциплинарной онкореабилитации.
6. Настоящее исследование имеет пилотный характер и служит заделом для будущих проектов, направленных на разработку стандартизированных маршрутов психиатрического скрининга в онкореабилитации.

Литература

1. A. S. Zigmond, R. P. Snaith. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. 67(6)

2. А. В. Андрющенко, М. Ю. Дробижев, А. В. Добровольский. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике // Журнал неврологии и психиатрии, 2003. №5

3. А. Н. Белова (ред.). Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. М.: Антидор, 2002, 440 с.
4. Смулевич А.Б., Андрющенко А.В., Бескова Д.А. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «Синтез»). Психические расстройства в общей медицине. 2009; 1: 4—11
5. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. Журнал клинической психоонкологии. 2003; 3: 18—23
6. Кукшина, А.А., Котельникова, А.В., Рассулова, М.А., Дайлидович, В.С. (2023). Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций. *Клиническая и специальная психология, 12*(2), 1–24.

Развитие психообразовательных программ для пациентов с соматоформными расстройствами на платформе мобильных приложений

Морозова С.А., Артемьева М.С.

Ассистент
Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы
Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. М.В. Коркиной
Москва, Россия
E–mail: sonja98@mail.ru

Актуальность. Соматоформные расстройства представляют значимую медицинскую и социально-экономическую проблему. Низкий уровень информированности о сущности заболевания препятствует формированию конструктивного отношения к процессу лечения и соблюдения врачебных рекомендаций. Появление мобильных технологий создало благоприятные условия для разработки психообразовательных программ, способствующих улучшению качества жизни пациентов и эффективности терапии.

Для изучения данного вопроса был проведён анализ публикаций с использованием ведущих электронных баз данных в период с 2018 до 2025гг. В качестве ключевых слов для поиска использовались «mobile apps», «somatoform disorders», «psychoeducation». Всего найдено 60 статей, из которых для цитирования использовано 8 источников, представляющих наибольший интерес.

По результатам проведенного обзора выявлено, что развитие психообразовательных программ для пациентов с соматоформными расстройствами на платформе мобильных приложений представляет собой перспективное направление, направленное на повышение доступности и эффективности лечения [1, 2]. Кроме того, психообразование является важной составляющей именно комплексного лечения соматоформных расстройств [1]. Оно помогает пациентам понять природу их состояния, снизить тревожность и улучшить стратегии совладания.

В исследовании Богушевской Ю.В. и др., 2022 [1] с участием 60 пациентов с соматоформными расстройствами было показано, что психообразовательная программа способствует снижению самостигматизации, а также улучшению психоэмоционального состояния. В другом исследовании, включавшем 100 пациентов, выявлено, что психообразование наряду с групповым анализом улучшает динамику патологических телесных ощущений, качество жизни и представление о болезни [2].

Преимущества мобильных приложений для психообразования: приложения могут дополнять традиционную терапию, предоставляя дополнительные ресурсы и

инструменты для закрепления полученных навыков [3]; приложения могут быть адаптированы к индивидуальным потребностям пациента [4]; интерактивные функции (отслеживание настроения, симптомов и прогресса) могут повысить вовлеченность пациентов в процесс лечения [5]; мобильные приложения обеспечивают круглосуточный доступ к материалам и инструментам самопомощи [6].

Несмотря на значительный потенциал, разработка и внедрение мобильных психообразовательных приложений для соматоформных расстройств сталкивается с рядом проблем, связанных с недостаточной доказательной базой эффективности большинства приложений [7] и необходимостью систематической оценки их качества, как со стороны врачей, так и со стороны пользователей [8].

Выводы. Таким образом, создание психообразовательных программ для пациентов с соматоформными расстройствами на базе мобильных приложений является перспективным направлением, однако, ключевой задачей является создание научно обоснованных программ, которые окажут положительное влияние на качество жизни пациентов и снизят тяжесть симптомов.

Литература

1. Богушевская Ю.В., Погосов А.В. Эффективность программы дестигматизации при соматизированных расстройствах. Доктор.Ру. 2022; 21(4): 79–84.
2. Tkhostov, A., Rasskazova, E. and Belokrylov, I. (2022) ‘Comparative effectiveness of group-analysis therapy and psychoeducation in patients with different somatoform disorders’, European Psychiatry, 65(S1), pp. S187–S187.
3. Kuhn E, McGee-Vincent P. Using Mobile Apps in Mental Health Practice. In: Technology and Mental Health. Routledge; 2020. p. 56–74
4. Vass E, Szőke Á, Réthelyi J, Unoka Z, Hermán L, Morvai L, et al. Advancing schizophrenia care: Ongoing Study of a Mobile Application for Personalized Support. Eur Psychiatr [Internet]. 2024 Apr;67(S1):S152–3.
5. Hwang WJ, Jo HH. Development and Effects of Cognitive Behavior-Based Healing Programs Using Mobile Apps. IJERPH [Internet]. 2021 Mar 24;18(7):3334.
6. Jędrzejewska B, Borycka A, Kotulska M, Laskus P, Lichman M, Lubczyńska Z, et al. Efficiency of mobile apps for monitoring and management of mental health - review article. J Educ Health Sport [Internet]. 2023 May 31;35(1):62–80.
7. Selaskowski B, Steffens M, Schulze M, Lingen M, Aslan B, Rosen H, et al. Smartphone-assisted psychoeducation in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A randomized controlled trial. Psychiatry Research [Internet]. 2022 Nov;317:114802.
8. Simões de Almeida R, Sousa T, Marques A, Queirós C. Patients’ perspectives about the design of a mobile application for psychotic disorders. Psychol Community Health [Internet]. 2018 Aug 3;7(1):16–28.

Роль межкультурной адаптации в формировании соматоформных расстройств у студентов

Морозова С.А.
Ассистент
Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы
Кафедра психиатрии и медицинской психологии им. М.В. Коркиной
Москва, Россия
E–mail: sonja98@mail.ru

Актуальность. Процесс межкультурной адаптации оказывает существенное влияние на развитие соматоформных расстройств у студентов, особенно в условиях повышенного стресса, связанного с переездом в новую культурную среду. Адаптация к новым

социальным условиям может представлять значительные трудности для иностранных студентов, вызывая тревогу и потенциально препятствуя успешному процессу интеграции [1]. Исследования показывают, что межкультурная адаптация служит серьезным источником стресса, способствующим развитию соматоформных расстройств посредством повышения уровня стресса, нарушения привычных форм поведения и ослабления социальных связей [2, 3]. Этот факт подтверждает важность учета особенностей культурного контекста при изучении психосоматических явлений у молодых людей.

Для изучения данного вопроса был проведён анализ публикаций с использованием ведущих электронных баз данных в период с 2016 до 2025гг. В качестве ключевых слов для поиска использовались «intercultural adaptation», «somatoform disorder», «mental health», «students». Всего найдено 80 статей, из которых для цитирования использовано 7 источников, представляющих наибольший интерес.

Проведенный обзор научной литературы выявил, что студенты относятся к группе повышенного риска по возникновению стресса, который может проявляться в разных формах: депрессия, тревога, соматические жалобы, такие как головная боль, боли в спине, проблемы со сном и усталость [4]. Среди множества факторов, способствующих усилению стресса у студентов, выделяются: материальные трудности (30%), проблемы в отношениях (27%), наличие семейных обязательств (15%), проблемы со здоровьем (15%), низкая успеваемость (10%) и семейные проблемы (3%) [4].

Особую группу риска представляют иностранные студенты, переживающие межкультурную адаптацию. Им приходится преодолевать дополнительные препятствия, вызванные языковым и культурным барьером, отсутствием достаточного количества социальных контактов и трудностями освоения новой образовательной программы [1, 5]. Подобная ситуация способствует ухудшению общего состояния организма и развитию соматоформных симптомов.

Кроме того, современные исследования также указывают на существенную взаимосвязь между питанием, микробиотой кишечника и осью «кишечник-мозг», что также может влиять на психическое здоровье и вести к развитию различных расстройств, включая соматоформные [6, 7]. Так, неправильное питание, которое может быть характерно для студентов, способно усугублять воспалительные процессы, окислительный стресс и митохондриальную дисфункцию, что, в свою очередь, негативно сказывается на нейропластичности и нейрогенезе [7].

Выводы. Таким образом, межкультурная адаптация выступает ключевым фактором, увеличивающим вероятность формирования соматоформных расстройств у студентов. Разработка профилактических мероприятий, направленных на облегчение процесса интеграции и уменьшение психоэмоциональных перегрузок, позволит снизить риски заболеваемости среди молодежи.

Литература

1. Gebregergis WT, Csukonyi C. Examining how positive intergroup contact and intercultural sensitivity facilitate sociocultural adaptation of international students by reducing intergroup anxiety. Acta Psychologica. 2025 Aug;258:105241.
2. Shaydukova LK. Mechanisms of conversion, somatoform and psychosomatic disorders in adulthood and childhood-adolescence. Kazan Med J. 2024 Oct 2;105(5):771–81.
3. Wicks S. Somatoform and Related Disorders in Children and Young People. In: Child and Adolescent Mental Health. CRC Press; 2021. p. 360–5.
4. Rweyemamu LP, et al. Mental distress and associated factors among undergraduate students: evidence from a cross-sectional study at the University of Dodoma, Tanzania. Discov Ment Health. 2024 Oct 10;4(1).
5. Salo AE, Kajamies A. Teacher candidates' preparedness to address diverse situations that can threaten pupils' well-being. Teaching and Teacher Education. 2024 Apr;140:104470.

6. Prathiviraj R. et al. Alleviation of migraine through gut microbiota-brain axis and dietary interventions: Coupling epigenetic network information with critical literary survey. Trends in Food Science & Technology [Internet]. 2023 Nov;141:104174.
7. Dal N, Bilici S. An Overview of the Potential Role of Nutrition in Mental Disorders in the Light of Advances in Nutripsychiatry. Curr Nutr Rep. 2024 Feb 8;13(2):69–81.

Современные подходы к терапии расстройств аутистического спектра у детей.

Мягкая Д.А.[1], Омельченко М.А.[2]
аспирант[1], д.м.н., доцент кафедры[2]
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E–mail: mrs_soft@mail.ru[1], omelchenko.ma@yandex.ru[2]

Актуальность: Согласно общемировым данным, в последние десятилетия происходит неуклонное увеличение распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) в популяции, которая варьируется в зависимости от региона и составляет в среднем 100 случаев на 10 000 человек (диапазон: от 1,09 на 10 000 до 436,0 на 10 000) [1].

В связи с этим необходимо внедрение новых, научно подтвержденных и эффективных терапевтических методов, обладающих высоким уровнем доказательности и социально-клинической ценности [2, 3]. Современные терапевтические подходы неосложнённых случаев РАС представлены немедикаментозными вмешательствами, среди которых можно выделить ранее интенсивное поведенческое вмешательство, ориентированное на улучшение коммуникации через обучение родителей взаимодействию с ребенком, развитие совместного внимания, игровой деятельности, эмоциональной регуляции и социальной вовлеченности (комплексные программы, такие как LEAP, TEACCH, PACT, JASPER и пр.) В современный арсенал терапии входят когнитивно-поведенческие методы, обучение социальным навыкам, музыкальная терапия, прикладной анализ поведения, что позволяет адаптировать лечение под конкретные фенотипические особенности каждого пациента [4,5]. Усиление внедрения цифровых технологий, таких как виртуальная реальность и системы с элементами биологической обратной связи, расширяет возможности формирования социальных, коммуникативных и когнитивных навыков у детей с РАС [6]. Несмотря на существующие достижения, сохраняется проблема этиопатогенетической неопределенности РАС [7,8], что затрудняет подбор наиболее подходящих, индивидуализированных терапевтических протоколов и требует дальнейших исследований.

Цель: проведение сравнительного анализа современных терапевтических подходов к РАС у детей.

Материалы и методы: обследованы 25 детей дошкольного возраста (3-7 лет), средний возраст 4,8 лет с диагнозом РАС (шифр по МКБ F84.0, F84.1, F84.4, F84.8), госпитализированных в реабилитационный центр. Применялась шкала общего клинического впечатления (CGI), оценка по которой проводилась дважды – при поступлении и при выписке. Средний срок госпитализации составил 30 дней. Применялись методы психологической, эрготерапевтической и логопедической коррекции, согласно требованиям актуальных клинических рекомендаций.

Результаты: при поступлении средний балл по шкале CGI составил 4,2 баллов. При психопатологическом анализе на первый план выходили поведенческие нарушения с выраженными двигательными стереотипиями, когнитивные аномалии с отчетливыми трудностями концентрации внимания, нарушением становления речевой функции,

трудностями социального взаимодействия. На фоне терапии в первые 2-3 недели отмечались достоверные улучшения в отношении поведенческих расстройств и двигательных стереотипий (p<0,05). К концу стационарного лечения у большинства детей (n=19, 76%) выявлено повышение уровня адаптивных навыков и улучшение психического статуса: у большинства детей наблюдалось улучшение когнитивных функций, а именно концентрации внимания, речевых показателей и памяти, фиксировалось уменьшение степени проявлений стереотипных движений, а также улучшение в области коммуникации и поведенческих аспектов. При выписке средний балл по шкале CGI у них составил 3,1 баллов. Однако у части детей (n=6, 24%) отмечалось значительно меньшая эффективность терапевтических мероприятий, у них средний балл по шкале CGI составил 3,8. Это подчеркивает необходимость разработки индивидуализированного подхода к терапии детей с РАС.

Заключение: на основании проведенного исследования можно сделать вывод о положительном эффекте комплексных реабилитационных программ для большинства детей дошкольного возраста с РАС. Однако недостаточная эффективность программы у отдельных участников подчеркивает необходимость дальнейших исследований и разработки персонализированных подходов к терапии. Полученные результаты подтверждают актуальность комплексного мультидисциплинарного реабилитационного подхода и служат надежной основой для дальнейшего совершенствования методов лечения детей с РАС в условиях стационара.

Литература

1. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, Yusuf A, Shih A, Elsabbagh M. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism Res. 2022 May;15(5):778-790.
2. Lord, C., Elsabbagh, M., Baird, G., & Veenstra-Vanderweele, J. (2020). Autism spectrum disorder. The Lancet, 392(10146), 508–520.
3. Шубочкина Е.И., Чекалова С.А., Храмцов П.И. Медико-социальные проблемы обучения и адаптации детей и подростков с расстройствами аутистического спектра// Российский педиатрический журнал. - 2023. -26(5). - 353-359.
4. Hedrick S.C., et al. Neuroplasticity and early intervention in autism spectrum disorder: New perspectives and emerging therapies (2021). Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 124, 104917.
5. Johnson, A., & Smith, B. (2021). Behavioral interventions in preschool children with autism: Current practices and future directions. Journal of Autism and Developmental Disorders, 51(2), 415–430.
6. Johnson C.P., et al. Digital technologies in autism spectrum disorder interventions: Current status and future directions (2021). Autism Research, 14(5), 876-888.
7. Satterstrom, F. K., Kosmicki, J. A., Wang, J., et al. (2020). Large-scale exome sequencing study implicates both developmental and functional changes in the neurobiology of autism. Cell, 180(3), 568-584.e23.
8. Stoccoro A., Conti E., Scaffei E., Calderoni S., Coppede F., Migliore L., Battini R. DNA Methylation Biomarkers for Young Children with Idiopathic Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review. Int J Mol Sci 2023; 24(11): 9138.

Эффективность методов современного психоанализа в лечении обсессивно-компульсивного расстройства (кейс-стади)

Нашкенова А.М.[1], Жарылкасынова М.Е.[2]

Доцент кафедры психиатрии и наркологии им. профессора Г.И.Зальцмана, кандидат медицинских наук[1]; Интерн Школы Общей Медицины[2]

НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова»
Алматы, Казахстан
aigul555@inbox.ru[1]; marlina.zharylkasynova@mail.ru[2]

Актуальность. Обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) снижает качество жизни как самих пациентов [1], так и членов их семей [2]. Динамическая психотерапия (ДП) была разработана для преодоления ограничений традиционного психоанализа и удовлетворения растущего спроса пациентов, ищущих краткосрочных методов [3].

В настоящем исследовании изучены особенности психических конфликтов и эффективность краткосрочной динамической психотерапии (ДП) у конкретного пациента П., 19 лет, страдающего ОКР. Проведена программа ДП из 12 сеансов (3 раза в неделю по 55 минут). Психическое состояние оценивалось с различных перспектив, включая использование клинико-психопатологического метода и шкалы Йеля-Брауна (Y-BOCS) [4] в начале и в конце лечения, а также при последующем наблюдении через год.

Анамнез со слов пациента: Наследственность отягощена алкоголизмом отца, который в состоянии опьянения вел себя агрессивно, «буйствовал». П. испытывал к нему враждебность и страх. Отец был водителем, погиб в автокатастрофе, когда П. было 11 лет. Мать «тревожная, беспечная, работает уборщицей, необразованная». Родился от нежеланной беременности в связи с материальными проблемами в семье. Есть две старшие сестры. Раннее развитие проходило без особенностей, грудное вскармливание продолжалось 3 года. с 6 лет развился дисбактериоз кишечника, вторичная непереносимость лактозы и периодическая диарея. В преморбиде интроверт. Окончил колледж. Не курит, алкоголь не употребляет. **Annamesis morbi:** В 11 лет, после смерти отца, начал постоянно мыть раковину и кран. После монотерапии атипичным антипсихотиком психическое состояние улучшилось. С 17 лет беспокоили навязчивые страхи, идеи и компульсивные действия, к которым отмечалась формальная критика. Боялся прикосновений, часто мыл руки, избегал автобусов, всегда ходил пешком. Раздражался, когда к нему прикасались. Полагал, что если кто-то коснётся его, и один волос упадёт с его тела, то вырастет много других, «стану обезьяной». Боялся входить на кухню, включенной газовой плиты, якобы волосы на теле могут сгореть, и на их месте вырастут густые волосы. Было навязчивое желание многократно поправлять обувь, мыльницу, включать и выключать свет, чистить историю браузера. Настроение было сниженным, тревожным и раздражительным, сон нарушен. Не мог учиться, работать, год не выходил из дома. Проходил лечение в психиатрической клинике антипсихотиками и СИОЗС, без эффекта, госпитализирован повторно, назначена психодинамическая психотерапия.

В ходе первых 3-х сеансов ДП были проанализированы агрессивные и симбиотические чувства к матери. После чего П. сообщил о нормализации стула и перестал отказываться от продуктов, содержащих лактозу. Далее были интерпретированы потеря отца и чувство горя; чувство презрения и превосходства над сестрами, соперничество между ними; инцестуозные чувства к матери. После 8-го сеанса П. отметил улучшение состояния «на 40%». Стал легче справляться с навязчивыми состояниями, уменьшился страх прикосновений, нормализовались сон и настроение. На 11-м сеансе сообщил, что справляется с навязчивыми состояниями «на 90%». После редукции навязчивых состояний и компульсий на первый план выступили паранойяльные черты личности. Был недоволен условиями содержания в больнице, питанием, постелью и обслуживанием. Обращался к администрации и высказывал свои претензии. На 12-м сеансе поведал: «Я обратился к директору клиники, потому что мне было важно не что-то изменить, а просто хотелось высказать всё, что я чувствую». Его поведение было интерпретировано как агрессия к родителям, особенно к отцу, который «не мог обеспечить материального благополучия, душевного спокойствия и душевной теплоты».

П. сообщил, что собирается устроиться на работу, хочет поступить в ВУЗ и стать психиатром. Через две недели после лечения пациент позвонил и сообщил, что устроился на работу. Через 3 месяца он поступил в ВУЗ, а через год сообщил об успешном окончании 1-го курса, удовлетворительных отношениях в семье и с сокурсниками. В начале лечения психическое состояние квалифицировалось как ОКР тяжёлой степени (30 баллов по шкале Йеля-Брауна), в конце терапии клиническая выраженность ОКР отсутствовала (6 баллов), через год была квантифицирована легкая степень выраженности (10 баллов), что не препятствовало обучению в ВУХе и нормальным межличностным отношениям.

Выводы. При лечении ОКР необходимо фокусироваться на глубинных причинах внутриличностных конфликтов с внутренними объектами, интерпретировать бессознательные желания и страхи, связанные с симптомами, и имеющие непосредственное отношение к анамнезу. Применение ДП привело к долгосрочным результатам. Данный метод может быть эффективным в лечении ОКР.

Литература

1. Subramaniam M, Soh P, Vaingankar JA, Picco L, Chong SA. Quality of life in obsessive-compulsive disorder: impact of the disorder and of treatment. CNS Drugs. 2013 May;27(5):367-83. doi: 10.1007/s40263-013-0056-z. PMID: 23580175.
2. Cicek E, Cicek IE, Kayhan F, Uguz F, Kaya N. Quality of life, family burden and associated factors in relatives with obsessive-compulsive disorder. Gen Hosp Psychiatry. 2013 May-Jun;35(3):253-8. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.01.004. Epub 2013 Mar 1. PMID: 23453525.
3. Becker JP, Paixão R, Silva S, Quartilho MJ, Custódio EM. Dynamic Psychotherapy: The Therapeutic Process in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Behav Sci (Basel). 2019 Dec 5;9(12):141. doi: 10.3390/bs9120141. PMID: 31817558; PMCID: PMC6961005.
4. Ю. Г. Фролова. Медицинская психология. 2-е изд., испр. Минск: Высшая школа, 2020// https://psytests.org/diag/ybocs.html

Причины отказа молодых женщин от новорожденных и психотерапевтические стратегии профилактики девиантного материнства

Нашкенова А.М.[1], Жарылкасынова М.Е.[2]

Доцент кафедры психиатрии и наркологии им. профессора Г.И.Зальцмана, кандидат медицинских наук[1]; Интерн Школы Общей Медицины[2]
НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова»
Алматы, Казахстан
aigul555@inbox.ru[1]; marlina.zharylkasynova@mail.ru[2]

Актуальность. Девиантное материнское поведение — это отклоняющееся от общепринятого и социально-одобряемого репродуктивное и родительское поведение женщин. Репродуктивное поведение при этом рассматривается как система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка любой очередности, в браке или вне брака [1]. Девиантное родительское поведение включает отказ от выполнения материнских обязанностей, небрежное отношение к ребенку и другие действия, которые наносят ущерб физическому, интеллектуальному и эмоциональному развитию ребёнка и требует комплексного вмешательства со стороны психологов, социальных работников и общества в целом [2]. В Международной классификации болезней (МКБ) нет прямого диагноза «девиантное материнство»,

однако такое поведение может быть связано с конкретными психическими расстройствами или проблемами, которые классифицируются в МКБ.

Цель исследования. Изучить мотивы отказа женщин от новорожденных младенцев, особенности их личности и эффективность психотерапевтических стратегий, которые были применены во время пребывания женщин в родильном доме.

Материал и методы: В течение 3-лет (с 2011-2014гг.) были проконсультированы 7 матерей в возрасте от 17 до 26 лет (средний возраст – 21 год) в связи с отказом от новорожденных. Для сбора социально-демографических сведений проводилось интервьюирование, для квалификации личностных особенностей и психопатологических реакций/расстройств применялся клинико-психопатологический метод; для улучшения психического состояния и побуждения матерей не отказываться от собственных младенцев применялась рациональная психотерапия.

Результаты. У шести женщин наблюдалось Расстройство адаптации (F43.2); мотивом отказа от детей у большинства женщин (6 человек) послужило субъективное переживание стыда, страха перед родителями и обществом из-за отсутствия законных отношений с партнерами. Все матери имели определенный профиль личности, характеризующийся зависимостью, низкой самооценкой, инфантильностью, отсутствием эмоциональной поддержки, психологической изоляцией и проблемами в общении с партнерами и родителями. Беременности на ранних сроках не были выявлены, все молодые женщины обратились непосредственно в роддом перед родами. Социальная поддержка у всех отсутствовала.

Применялись психотерапевтические стратегии, необходимые для оказания квалифицированной и чуткой помощи беременным женщинам. Психотерапия была направлена на принятие беременности и родов, снижение выраженности тревожно-депрессивных реакций, обусловленных наступлением беременности и нарушением коммуникации (с партнёром/родными), снижение выраженности негативных эмоций стыда, страха, позора в связи с нежелательной внебрачной беременностью. После родов матери предлагалось увидеться с новорожденным и кормить его грудью (пока они находятся в роддоме), для установления эмоциональной связи. С согласия женщин были приглашены партнёры/родители для проведения совместной психотерапии, либо самим женщинам было предложено установить контакт с партнёрами/родителями. Психотерапия проводилась над установлением связей и формированием удовлетворительных отношений между беременной женщиной и её социальным окружением. В ходе консультаций психотерапевта две женщины изменили свое решение и забрали своих новорожденных детей.

Выводы. Отсутствие раннего выявления беременности, слабая социальная поддержка, определённый профиль личности женщины, характеризующийся зависимостью, инфантильностью, низкой самооценкой, нарушением коммуникативных навыков, склонностью к психологической изоляции способствуют развитию девиантного материнства, которое может привести к отказу от новорожденного. Психотерапия во время беременности и после родов может способствовать личностному росту женщины, необходимому для принятия ответственности за свою судьбу, в том числе за судьбу будущего ребёнка.

Литература

1. Пенцова Е.А. Девиации материнской сферы / Е.А. Пенцова // Учёные записки Санкт- Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2008. – №1 (9). – С. 71–74. EDN JXCFVT

2. Илларионова И.В., Носова Е.В. Девиантное материнство: понятие и причины возникновения.//Социально-психологические проблемы современной семьи: психолого-педагогическая поддержка и наставничество./ Сборник материалов XI Всероссийской

научно-практической конференции студентов, аспирантов и молодых ученых с международным участием (Армавир, 10 октября 2023 г.) Чебоксары Издательский дом «Среда» 2023. С.140-142

Точки приложения перинатальной психотерапии

Нашкенова А.М.[1], Жарылкасынова М.Е.[2]

Доцент кафедры психиатрии и наркологии им. профессора Г.И.Зальцмана, кандидат медицинских наук[1]; Студент интерн Школы Общей Медицины[2]
НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова»
Алматы, Казахстан
aigul555@inbox.ru[1]; marlina.zharylkasynova@mail.ru[2]

Актуальность. Перинатальная психотерапия представляет собой систему лечебного (психотерапевтического) воздействия на психику женщины и ребенка в анте- интра- и постнатальном периодах с целью предупреждения отклонений в развитии систем «беременная – плод», а затем «мать – дитя – отец» или раннее их выявление; разработка методов целенаправленных психотерапевтических лечебных воздействий на эти системы.

Цель исследования: Изучить точки приложения перинатальной психотерапии.

По данным литературного обзора научных статей проведен анализ причин обращений женщин к психотерапевту, анализ причин направлений женщин на консультацию психиатра в период работы в родильном доме.

Основные причины были следующие: психологическая помощь родителям при вероятности появления болезни или уродства у детей; психотерапевтическая помощь женщинам с экстрагенитальной патологией, которые хотят иметь ребенка с риском для собственного здоровья и жизни; психотерапевтические программы для матерей-одиночек и разведённым женщинам; психотерапевтические и реабилитационные программы для женщин, перенёсших массивные кровотечения с гистерэктомией; консультирование по вопросам перинатального горя у женщин, перенесших прерывание беременности и перинатальную смерть [1-4]; материнская смертность. Как помочь преодолеть горе младенцу, потерявшему мать, включая детей-сирот, определенных в дома-ребенка; психотерапевтическая помощь младенцам и матерям, отказавшимся от своих новорожденных детей; психологическая поддержка родителей, ожидающих ребенка, подготовка к родам, грудному вскармливанию; исследование психического здоровья матери, направленное на выявление ее тревожности, депрессии и посттравматического стрессового расстройства, разработка мер ранней диагностики [5-7]; психотерапевтическая помощь женщинам и парам при первичном и вторичном бесплодии.

Выводы: Психическое здоровье матери и ребенка тесно переплетено. Известный британский педиатр и психоаналитик Д.В. Винникотт утверждал, что не существует такого понятия, как младенец и подчеркивал, что ребенок всегда находится в диаде с матерью, и именно эта взаимосвязь определяет его развитие и формирование у младенца привязанности, чувства безопасности, эмоционального и когнитивного благополучия. Вместе с тем, проблемы со здоровьем и угроза жизни ребёнка могут повлиять на психическое здоровье матери и семейной пары в целом, на их способность заботиться о себе и своих детях. Решение этих вопросов требует развития перинатальной психотерапии, включая психотерапию новорожденных.

Литература

1. Gölçek, Z. K., & Demir Yildirim, A. (2024). Perinatal Grief Counseling and Its Effect on Grief Levels in Women Who Underwent Pregnancy Termination: A Comparative Experimental Study. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, *0*(0). https://doi.org/10.1177/00302228241285062,
2. Nisa M., Laila S., Muzzamil M., Ghafoor A., Zakir N., Zulfiqar T, Malik A, Malikzai A. Translation, cultural adaptation, and validation of perinatal grief scale in Urdu: Addressing a gap in the research of perinatal loss in Pakistan–Cross-sectional validation study. HEALTH SCIENCE REPORTS. Volume 7, Issue 4, 2024.//https://doi.org/10.1002/hsr2.1999
3. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD000452. DOI: 10.1002/14651858.CD000452.pub3. Accessed 26 October 2025.
4. Roberts, L. R., & Montgomery, S. B. (2015). Mindfulness-based Intervention for Perinatal Grief after Stillbirth in Rural India. *Issues in Mental Health Nursing*, *36*(3), 222–230. https://doi.org/10.3109/01612840.2014.962676
5. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. Mind- body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD007559. DOI: 10.1002/14651858.CD007559.pub2. Accessed 26 October 2025.
6. Sado M, Ota E, Stickley A, Mori R. Hypnosis during pregnancy, childbirth, and the postnatal period for preventing postnatal depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 6. Art. No.: CD009062. DOI: 10.1002/14651858.CD009062.pub2. Accessed 26 October 2025.
7. Jones KA, Freijah I, Brennan SE, McKenzie JE, Bright TM, Fiolet R, Kamitsis I, Reid C, Davis E, Andrews S, Muzik M, Segal L, Herrman H, Chamberlain C. Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post- traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023, Issue 5. Art. No.: CD014874. DOI: 10.1002/14651858.CD014874.pub2. Accessed 26 October 2025.

Психосоциальные и клинические аспекты дезадаптивной мечтательности (кейс-стади)

Нашкенова А.М.[1], Жамбасова Ш.Р.[2]

Доцент кафедры психиатрии и наркологии им. профессора Г.И.Зальцмана, кандидат медицинских наук[1]; Интерн Школы Общей Медицины[2]
НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова»[1]
Врач-психиатр ГКП на ПХВ наркологическая служба Центра психического здоровья[2]
Алматы, Казахстан
aigul555@inbox.ru[1]; balshyryn_rinatova@mail.ru[2]

Актуальность. Дезадаптивная мечтательность (ДМ) – это компульсивная форма мечтательности, которая вызывает дистресс и функциональные нарушения у десятков тысяч людей [1]; проявляется в виде чрезмерного использования навязчивых иммерсивных грез, характеризующихся чрезвычайно поглощающими фантазийными переживаниями, которые становятся предпочтительным фокусом сознания в ущерб жизни в реальном мире [2]. Могут присутствовать активные диссоциативные процессы, такие как деперсонализация и дереализация, включая те, которые также характерны для диссоциативного расстройства идентичности. Типична коморбидность с синдромом дефицита внимания, обсессивно-компульсивным расстройством, посттравматическим

стрессовым расстройством и другими. Часто ассоциируется с глубоким переживанием стыда [2]. Вместе с тем, навязчивые грезы являются защитным механизмом психики, при котором человек убегает от реального мира, компенсируя свои переживания в мире своих мечтаний; фантазии выполняют регулирующую роль в периоды стресса и могут быть одной из форм саморегуляции [3].

Цель: Выявить психосоциальные факторы у пациентов с дезадаптивной мечтательностью, изучить взаимосвязь между преморбидными особенностями личности и содержанием навязчивых грез.

Материал и методы: У 6 пациентов (возраст от 16 до 28 лет, ср. возраст – 21,8 лет) изучены наследственные и психосоциальные факторы, особенности личности, психотравмирующие факторы, возраст начала ДМ, длительность и тематика ДМ. Применялись анамнестический и клинико-психопатологический методы.

Результаты: У всех пациентов отмечались ранние психотравмы, такие как развод родителей в детском возрасте (4 человека), конфликты между родителями (6 чел.), алкоголизм отца (4 чел.), воспитание по типу эмоционального отвержения (6 чел.), буллинг в школе (4 чел.), трудности в построении межличностных отношений (6). Тревожно-мнительные и сензитивные особенности выявлены у 3-х пациентов, нарциссичные особенности – 2-х пациентов, шизоидные – у 1-го пациента. Длительность навязчивых грёз составляла от 3-х часов до 2-х недель (описан случай, когда женщина увольнялась с работы, закрывалась дома, практически не ела и непрерывно мечтала). Тематика дезадаптаивных мечтаний: идеализированное я; профессиональный успех; романтические отношения; грандиозные фантазии о суперспособностях, власти, блеске, красоте; садистические фантазии.

Пациенты с тревожно-мнительными и сензитивными чертами (3 чел.) были склонны к созданию фантазий об идеализированном я, профессиональном успехе и романтических отношениях; нарциссические пациенты (2 чел.) чаще склонны к грандиозным фантазиям, шизоидный пациент (1 чел.) – к садистическим фантазиям.

При ДМ выявлены следующие защитные механизмы: компенсация (того, чего нет в настоящем, компенсирует себе в мечтах), изоляция (уход в себя и в свои переживания от реальности посредством грез), диссоциация (отделение от себя и своих переживаний, от боли), регрессия (проваливание в детский опыт, грезы).

Выводы: Данное исследование демонстрирует, что тематика навязчивых грёз зависит от преморбидных особенностей личности, которые формируются в результате ранних социальных отношений и перенесенных психических травм. Таким образом, для эффективного лечения дезадаптивной мечтательности можно рекомендовать личностно-ориентированную реконструктивную психотерапию**.**

Литература

1. Herscu O, Somer E, Federman A, Soffer-Dudek N. Mindfulness meditation and self-monitoring reduced maladaptive daydreaming symptoms: A randomized controlled trial of a brief self-guided web-based program. J Consult Clin Psychol. 2023 May;91(5):285-300. doi: 10.1037/ccp0000790. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36634023.
2. Chefetz, R. A., Soffer-Dudek, N., & Somer, E. (2023). When daydreaming becomes maladaptive: phenomenological and psychoanalytic perspectives. *Psychoanalytic Psychotherapy, 37*(4), 319–338. https://doi.org/10.1080/02668734.2023.2246058
3. Finch EF, Hooley JM. Functional fantasies: the regulatory role of grandiose fantasizing in pathological narcissism.//Frontiers in psychiatry, 2023, 14 | added to CENTRAL: 30 November 2023 | 2023 Issue 11. //https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1274545

Психосоциальные факторы в генезе дисморфофобии

Нашкенова А.М.[1], Байдильда М.Р.[2], Жамбасова Ш.Р.[3]

Доцент кафедры психиатрии и наркологии им. профессора Г.И.Зальцмана, кандидат медицинских наук[1,2]; врач-гинеколог-репродуктолог[2]; врач-психиатр ГКП на ПХВ наркологическая служба Центра психического здоровья[3]
НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова»
Алматы, Казахстан
aigul555@inbox.ru[1]; honey_madoka@mail.ru[2]; balshyryn_rinatova@mail.ru[3]

Актуальность. Клиническое понятие дисморфофобии было введено итальянским психиатром Энрико Морселли (1852—1929) около века назад [1]. Квалифицируя дисморфофобию как «страх быть измененным», Морселли феноменологически относил ее к «специфическим формам нозофобии» с наличием навязчивой идеи о телесной деформации, а нозологически - к так называемой рудиментарной паранойе (Paranoia rudimentaria). Морселли не считал дисморфофобию редким расстройством и описал 78 случаев. Он подчеркнул невозможность выявить семейный анамнез психических заболеваний (за исключением неврастении в некоторых случаях) у большинства пациентов [1]. Поскольку на сегодняшний день психопатологическая картина дисморфофобии описана достаточно тщательно, а медикаментозное лечение исчерпывается правильным подбором медикаментозной терапии в сочетании с когнитивной терапией [2], мы решили предпринять попытку изучить психосоциальные факторы риска, которые могут внести определенный вклад в понимание психической динамики, скрывающуюся за клинической картиной дисморфофобии.

Цель исследования: изучение психосоциальных факторов при дисморфофобических расстройствах в структуре расстройств пищевого поведения по сравнению с контрольной группой с целью понять психическую динамику, скрывающуюся за дисморфофобией и найти точки приложения в психотерапевтической работе.

Материал и методы: С помощью анеамнестического и клинико-психопатологического методов исследованы 16 пациенток с дисморфофобическим синдромом и 16 здоровых пациенток. Средний возраст составлял (23+/-6 лет). Все пациентки основной группы и лица контрольной группы – женщины.

Результаты: При анализе психосоциальных факторов у лиц с дисморфофобией в сравнении с контрольной группой выявлены выраженные различия. Достоверно чаще у женщин с дисморфофобией в семье были негативные матери (75%), низкая идентификация с матерью (12,5%), негативные отцы (62,5%), алкоголизм у отца (62,5%), разлад между родителями (75%), они испытывали чувство одиночества в доме (85%), одиночество и оторванность от группы сверстников (75%), агрессию к родителю/родителям (100%), страх в доме к родителям (75%), запертость «как в клетке» (87,5%), нехватку или отсутствие телесного контакта в детстве (87,5%), потерю образа тела (50%), отсутствие женской идентичности (75%), страх жизни (75%), отвержение со стороны родителей (100%), страх отвержения (100%), предпочтение фантазии, а не реальности (87,5%), повышенную ответственность (87,%). Вместе с тем, дисморфофобические пациентки играли материнскую роль, будучи ребенком (62,5%), роль мученицы (100%) и роль бунтаря (62,5%), были нежеланными детьми (37,5%), у них отмечались проблемы с весом/кожей в детстве/в подростковом возрасте (62,5%), они испытывали насмешки или критику в детстве по поводу веса и внешности (50%), постоянные эмоции страха в семье (50%), постоянное чувство вины в семье (75%); подавленные эмоции в любви (100%), подавленные эмоции злости, агрессии (75%). Мысли о суициде (62,5%) и попытки суицида (25%) отмечались исключительно у пациенток с дисморфофобией.

Выводы: Выявлена значительная роль психосоциальных факторов у пациентов с дисморфофобическим синдромом в сравнении с контрольной группой, что даёт основание отнести дисморфофобию к психогенным расстройствам. Выделенные психосоциальные факторы в генезе дисморфофобий могут стать точками приложения при проведении психотерапевтического лечения.

Литература

1. Giovanni A. Fava. Morselli's Legacy: Dysmorphophobia./ Psychother Psychosom 1992:58:1 17-118 //https://karger.com/pps/article-pdf/58/3-4/117/3474089/000288619.pdf
2. Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1. Art. No.: CD005332. DOI: 10.1002/14651858.CD005332.pub2. Accessed 30 October 2025.

Применение окулографического исследования (айтрекинга) для дифференциации униполярных и биполярных депрессий

Ноздрачев Д.И. [1]
Научный сотрудник Отделения расстройств аффективного спектра
E-mail: dm.nozdrachev@yandex.ru
Крюков В.В. [1]
к.м.н., рук. Отделения расстройств аффективного спектра
Сапронов Ф.А. [2]
Стажёр-исследователь, Научно-учебная лаборатория пользователя цифровых интерфейсов
Краснов В.Н. [1]
д.м.н., проф., рук. Отдела клинических нейронаук в психиатрии
[1] *МНИИП – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Россия*
[2] *ФГАОУ НИУ ВШЭ, Москва, Россия*

Актуальность. Проблема дифференциальной диагностики униполярных (рекуррентных) и биполярных депрессий приобретает особую актуальность ввиду доказанного роста бремени болезни, суицидального риска и формирования быстроциклического паттерна течения биполярного расстройства в связи с неадекватной терапией [1]. До сих пор диагностическое разделение двух расстройств строится на применении клинико-психопатологического метода, а выявление феномена «скрытой биполярности» связано лишь с повышением вероятности диагноза биполярного расстройства и не может служить основанием точной диагностики [2]. Развитие психофизиологических методов диагностики позволяет расширить спектр диагностических приёмов, повысить точность дифференциации аффективных расстройств и объективизировать процесс диагностики. Перспективным видится применение окулографического исследования (айтрекинга) – современного неинвазивного средства оценки особенностей эмоциональных реакций и когнитивных процессов посредством фиксации движений глаз [3, 4].

Цель настоящего исследования – выявление дифференциально-диагностических окулографических маркеров для различения рекуррентных (РД) и биполярных (БД) депрессий и построение модели для эффективной дифференциации этих состояний.

Материал и методы исследования: в данное одномоментное кросс-секционное психофизиологическое исследование включались участники 18-60 лет с РД и БД непсихотического регистра. В исследование набрано 98 участников – 47 с РД и 51 с БД. Всем участникам проводилось диагностическое интервью M.I.N.I., а также

психометрическое исследование (MADRS, HARS, YMRS, HCL-32). Айтрекинг проводился по методике free-viewing task и включал демонстрацию участникам 80 пар изображений – нейтральных и эмоционально окрашенных (злость, отвращение, страх, радость, грусть). Статистическая обработка проведена с применением программы JASP 0.19.2. Протокол исследования одобрен ЛЭК при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» (протокол №45/10 от 23.09.2024 г.).

Результаты: Группы значимо не отличались по основным социально-демографическим, клиническим и психометрическим характеристикам. После предварительного дисперсионного анализа с U-тестом Манна-Уитни были отобраны окулографические параметры, значимо различающиеся в группах РД и БД, была выстроена логистическая регрессионная модель. В модели использовано 9 окулографических параметров, отражающих внимание к злым, выражающим отвращение, грустным и нейтральным стимулам. ROC-диаграмма приведена на рис.

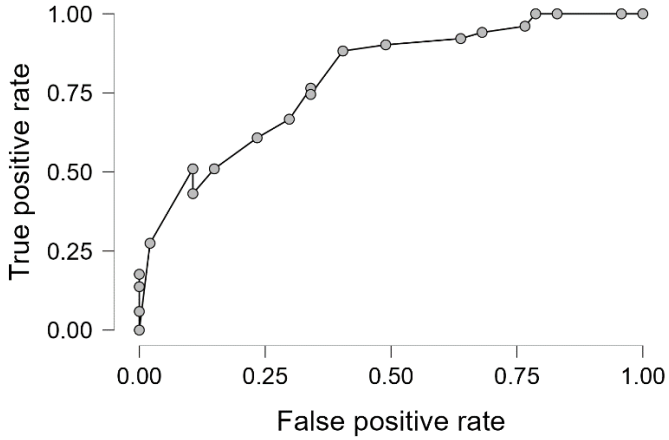

Рис. ROC-кривая для модели логистической регрессии.

Показатели качества полученной модели: AUC=0,795; чувствительность 74,5%, специфичность 66,0%, общая точность 70,4% (удовлетворительное качество модели).

Выводы: Окулографическое исследование реакций на эмоциональные стимулы может служить достаточно точным психофизиологическим средством объективизированной дифференциации РД и БД, и при дальнейшем развитии с повышением точности может быть успешно интегрировано в клиническую практику.

Литература

1. Mosolov S.N. Validation of the Russian version of the hypomania checklist (HCL-33) for the detection of bipolar disorder in patients with a current diagnosis of recurrent depression / S.N. Mosolov, P.A. Yaltonskaya, O.V. Senko, J. Angst // J. Affect. Disord. Rep. – 2021. – Vol. 4. – P. 100086.
2. Симуткин, Г. Г. Вероятностная диагностика биполярного аффективного расстройства: возможности и ограничения / Г. Г. Симуткин // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2024. – Т. 58, № 4-1. – С. 45-60.
3. Shamai-Leshem D. Attention Biases in Previously Depressed Individuals: A Meta-Analysis and Implications for Depression Recurrence / D. Shamai-Leshem, M. Linetzky, Y. Bar-Haim // Cogn. Ther. Res. – 2022. – Vol. 46. – P. 1033–1048.
4. Sun R. Free-viewing gaze patterns reveal a mood-congruency bias in MDD during an affective fMRI/eye-tracking task / R. Sun, J. Fietz, M. Erhart, D. Poehlchen, L. Henco, T.M. Brückl, BeCOME study team, M. Czisch, P.G. Saemann, V.I. Spoormaker // Eur. Arc. Psychiatry Clin. Neurosci. – 2024. – Vol. 274, No. 3. – P. 559–571.

Применение методов машинного обучения для дифференциальной диагностики биполярного аффективного и шизоаффективного расстройств на основе динамических характеристик когнитивно-смысловой структуры самосознания

Русяев В.Ю.[1], Усатенко Е.В.[1], Бобров А.Е.[1,2]

[1] ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва
[2] ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва
E-mail: slava.rusyaev@yandex.ru

Актуальность. Биполярное аффективное расстройство (БАР) и шизоаффективное расстройство (ШАР) характеризуются полиморфной и нередко перекрывающейся симптоматикой, что осложняет их дифференциальную диагностику и приводит к ошибкам в выборе терапевтической тактики. Одним из подходов, направленных на решение данной проблемы, является изучение различий в когнитивно-смысловой организации самосознания — структуры смысловых связей с паттернами мышления. Психосемантический анализ, реализованный через репертуарный матричный тест (РМТ), позволяет количественно оценить структурную организацию смысловых связей [1]. Применение алгоритмов машинного обучения (МО), таких как XGBoost, на основе структурных когнитивно-смысловых параметров открывает возможность построения интерпретируемых моделей для дифференциальной диагностики.

Цель исследования

Разработка и тестирование модели МО на основе когнитивно-смысловых характеристик самосознания для дифференциальной диагностики БАР и ШАР.

Материалы и методы

В исследование включено 120 пациентов (65 — БАР, 55 — ШАР), обследованных в МНИИП – филиале ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Для каждого испытуемого рассчитывались показатели когнитивной аморфности, когнитивной сложности, модулярности и числа корреляционных плеяд по данным РМТ [2, 3]. Модель обучалась по алгоритму XGBoost с 15-кратной стратифицированной кросс-валидацией, оптимизацией гиперпараметров по AUC-ROC и интерпретацией вклада параметров с помощью SHAP-анализа. Для оценки устойчивости модели проведено повторное тестирование 56 пациентов через 3 недели с последующим совокупным динамическим анализом результатов модели при двукратном тестировании.

Результаты

На этапе кросс-валидации модель показала: AUC-ROC = 0,781, AUC-PR = 0,776, F1 = 0,74, точность = 77 %, чувствительность = 73 %, специфичность = 82 %, Каппа = 0,54. На тестовой выборке показатели улучшились: AUC-ROC = 0,896, точность = 84 %, F1 = 0,82, чувствительность = 82 %, специфичность = 86 %, Каппа = 0,68. Повторное обследование через 3 недели позволило оценить воспроизводимость: полное совпадение с клиническим диагнозом — 68 %, частичное — 23 %, несовпадение — 9 %. При этом у пациентов с ШАР полное совпадение диагнозов отмечалось в 80% случаев, тогда как при БАР в 63%, что отражает большую когнитивно-смысловую гибкость при БАР и ригидность смысловой структуры при ШАР ($Хи^2$ = 7,96; p = 0,0048). Совокупный анализ первичных и повторных данных, при котором установленный моделью диагноз БАР при первом и/или втором тестировании отождествлялся с клиническим диагнозом БАР, позволил повысить точность классификации до 87,5 %, чувствительность — до 90,2 %, специфичность — до 80 %, F1 = 0,91, Каппа = 0,69.

Обсуждение

Результаты данного исследования показали, что когнитивно-смысловые параметры самосознания могут быть использованы для разграничения БАР и ШАР. При этом

динамическая оценка выявила важную закономерность: у пациентов с БАР наблюдалась интегрированная вариабельность структуры когнитивно-смыслового пространства, тогда как у пациентов с ШАР структура смыслового поля оставалась стабильно аморфной и низкодифференцированной. Это может свидетельствовать о различиях в способности к переструктуризации самосознания со временем у пациентов обследуемых групп.

Такой результат подчёркивает необходимость динамической оценки психосемантического профиля пациента, где учитывается временная изменчивость когнитивно-смысловой организации. Именно анализ изменений структуры связей смысловых параметров во времени позволяет выявить скрытые закономерности и устойчивые паттерны, характерные для исследованных нозографических категорий.

Выводы. Таким образом, динамический психосемантический подход в сочетании с методами МО является перспективным инструментом, дополняющим клинико-психопатологический метод при дифференциальной диагностике БАР и ШАР.

Литература

1. Шмелев А. Г. Введение в экспериментальную психосемантику: теоретико-методологические основания и психодиагностические возможности // Москва: Издательство Московского университета; 1983 157 с.
2. Русяев В.Ю., Усатенко Е.В., Бобров А.Е. Когнитивно-смысловая организация сознания у пациентов с биполярным аффективным и шизоаффективным расстройством // Российский психиатрический журнал. 2024 №4 С. 77–84.
3. Русяев В.Ю., Усатенко Е.В., Бобров А.Е. Когнитивно-смысловое пространство у больных шизоаффективным и биполярным аффективным расстройством: опыт применения сетевого анализа // Социальная и клиническая психиатрия. 2025 Т. 35, № 2 С. 22–30.

Распространенность синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) среди детей и подростков в России: систематический обзор и мета-анализ

Маркин К.В.[1], Сорокин М.Ю.[2], Сергеев Р.Р.[1], Романов А.П.

[1]Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего образования «Военно-медицинская академия имени С.М.Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
Кафедра психиатрии
[2] Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: vmeda.work@ya.ru

Актуальность. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является одним из наиболее распространенных нарушений нейроразвития в детском возрасте. В России диагностические подходы и валидность синдрома остаются предметом дискуссий в профессиональном сообществе, а систематические данные о его распространенности ограничены и противоречивы. Настоящее исследование было направлено на количественную оценку и анализ данных распространенности СДВГ среди детей и подростков в России.

Систематический обзор с мета-анализом проведен в соответствии с зарегистрированным протоколом (PROSPERO: CRD42024614941) на основании рекомендаций руководства PRISMA и чек-листа MOOSE. Систематический поиск проводился в базах данных PubMed/MEDLINE, eLibrary, КиберЛенинка, Google Scholar, а также с 2000 года по декабрь 2024 года. В обзор включались оригинальные наблюдательные исследования, содержащие данные о распространенности СДВГ у детей и подростков (до 18 лет) в России. Исключались работы с зарубежными выборками, без первичных эпидемиологических данных и с неподходящим дизайном. Все этапы (отбор, экстракция данных) выполнялись независимо четырьмя исследователями. Разногласия разрешались консенсусом. Извлекались данные о характеристиках исследования, исследуемой популяции, методах диагностики и показателях распространенности. Методологическое качество включенных исследований оценивалось с помощью контрольного списка JBI для исследований распространенности. Объединенная оценка распространенности с 95% доверительным интервалом (ДИ) была рассчитана с использованием модели случайных эффектов и метода двойной арксинус-трансформации. Гетерогенность оценивалась с помощью I^2 статистики. Для изучения источников гетерогенности был проведен анализ подгрупп, мета-регрессия и анализ чувствительности (исключение по одному исследованию, различные методы оценки дисперсии). Публикационная смещенность оценивалась с помощью тестов и графиков Эггера, Баужа. Анализ проводился в программной среде R.

После оценки качества подошедших по критериям включения 38 исследований в окончательный анализ было включено 23 исследования, оценивающих распространенность в общей популяции с общим размером выборки 37230 человек, четыре исследования (n=1612) групп повышенного риска (воспитанники интернатов; обучающиеся в коррекционных классах; обратившиеся в поликлиники) и три исследования (n=637), проведенных в специализированных центрах изучения СДВГ, где подтверждался или снимался ранее установленный диагноз СДВГ.

Объединенная оценка распространенности СДВГ в общей популяции составила 12,8% (95% ДИ: 10,4% – 15,8%), при наличии чрезвычайно высокой гетерогенности между исследованиями (I^2 = 96,4%). Результаты оставались устойчивыми при проведении анализа чувствительности (диапазон оценок: 12,77% - 13,29%). Тест Эггера был статистически значимым (p = 0,026), что указывает на потенциальное наличие публикационной смещенности, связанной с отсутствием небольших исследований с низкими оценками.

Последующий анализ чувствительности (анализ подгрупп и мета-регрессия) позволил частично объяснить различия в оценках распространенности. Так, более низкий уровень распространенности был обнаружен в исследованиях высокого методологического качества (12,27%) по сравнению с низкокачественными (15,99%), а также в крупных исследованиях (8,89%) по сравнению с небольшими (16,45%). Мета-регрессия показала тенденцию к снижению распространенности в более новых публикациях (наклон = -0,0404, p = 0,096), но ее значения не достигали статистической значимости. Различия по возрасту исследуемой популяции (5-12/12-18 лет) и размеру города (менее/более 500 тысяч населения) были минимальны. Дополнительно по данным исследований в общей популяции оценивалось среднее соотношение мальчиков и девочек с СДВГ: на основе результатов 15 исследований оно составило 2,73:1 (медиана: 3:1, диапазон: 0,72:1 – 5,3:1).

В группах повышенного риска распространенность составила 24,9% (95% ДИ: 18,8% – 32,2%), что ожидаемо более чем в два раза превышает оценку для общей популяции, при умеренной гетерогенности (I^2 = 83.6%). При этом, в специализированных центрах по изучению СДВГ диагноз подтверждался только в 45,2% (95% ДИ: 27,3% – 64,3%) у детей, направленных с предварительно установленным диагнозом СДВГ. Высокая

гетерогенность (I^2 = 94.1%) предполагает, что критерии направления и диагностические протоколы существенно различаются между регионами и учреждениями.

Выводы.

Настоящий мета-анализ представляет первую всестороннюю оценку распространенности СДВГ в России. Полученная объединенная оценка в 12,8% должна интерпретироваться с учетом высокой гетерогенности, которая в значительной степени объясняется методологическими характеристиками исследований. Более точные оценки, вероятно, находятся в диапазоне, полученном в крупных и высококачественных исследованиях (около 9-12%). Полученные данные подчеркивают необходимость стандартизации методологии и использования строгих диагностических критериев в будущих исследованиях СДВГ в России.

Выявление предикторов эффективности электросудорожной терапии при исследовании феноменов в структуре кататонических расстройств

Соколова В.О.

Ординатор
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и медицинской психологии ИНН
Москва, Россия
E-mail: fidelkastro27@gmail.com

Актуальность. Распространенность кататонических расстройств в структуре различных нозологий составляет до 17,1%. Наиболее частой причиной развития кататонии на сегодняшний день являются расстройства настроения: в диапазоне от 13% до 43% случаев кататония наблюдается при БАР, при РДР в 20% случаев, при шизофрении от 9,8 до 30%, на долю соматической и неврологической патологии приходится 25% [1, 2] Кататония представляет собой сложный психопатологический симптомокомплекс двигательных, поведенческих, речевых и вегетативных нарушений, которые коррелируют с тяжестью течения основного заболевания. Диагностика кататонии не представляет трудностей и основывается на клинических и психометрических данных. Однако терапия данных расстройств представляет сложности, связанные с недостаточно изученным патогенетическим механизмом формирования симптоматики, ограниченным арсеналом выбора лекарственных препаратов, невозможностью прогнозирования терапевтического результата, полиморфизмом проявлений.

Таким образом, ведение пациентов с кататоническими расстройствами является актуальной проблемой для современной психиатрии, требующей пристального внимания и углубленного изучения. В современной психиатрической практике «золотым стандартом» терапии кататонических расстройств является применение электросудорожной терапии вкупе с бензодиазепиновыми препаратами. Однако для более эффективного лечения кататонии в ряде случаев требуется отмена антипсихотиков, тогда как осуществить это не всегда возможно. Несмотря на данные мировой литературы о том, что эффективность ЭСТ в сочетании с бензодиазепиновыми препаратами составляет от 85% до 95%, однозначно заявлять об одинаково выраженном положительном эффекте данной терапии при всем многообразии видов кататонических расстройств нельзя. Такая гипотеза может помочь сузить и конкретизировать показания для данного вида лечения с наименьшими рисками и наибольшей эффективностью [1].

Цель исследования. Выявление предикторов эффективности электросудорожной терапии при исследовании феноменов в структуре кататонических расстройств.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе психиатрической клинической больницы имени Алексеева. Были выделены две группы пациентов с преобладанием в структуре заболевания кататонического синдрома. Первую группу составили пациенты с кататоническими расстройствами, получающими ЭСТ, а вторую, пациенты, получающие только психофармакотерапию.

Подгруппу кататонического синдрома составили пациенты, имеющие по шкале BFCRS не менее 15 баллов (8 пациентов с кататонией легкой степени тяжести >25 баллов, и 5 пациентов с кататонией средней степени тяжести >35 баллов, n=13).

Для оценки выраженности кататонических симптомов оценивались показатели по шкале BFCRS до и после проведенной терапии ЭСТ в сочетании с медикаментозным лечением.

Результаты. Средний балл в подгруппе пациентов с кататоническим синдромом до начала лечения ЭСТ составил 22,2±6. По окончанию лечения ЭСТ средний балл составил 4,3±2,4. Таким образом, редукция кататонической симптоматики составила 81% по шкале BFCRS. По шкале PANSS коэффициент редукции составил более 30%. Наибольший процент редукции кататонической симптоматики ассоциирован с преобладанием в структуре расстройства бредового синдрома (n=5) – 81%, или синдрома, включающего только кататонические проявления (n=4) - 83%. Наименьший ответ продемонстрировали пациенты, имеющие кататонические включения в структуре галлюцинаторно-бредового синдрома (n=3) – 76%.

Не было выявлено корреляции между выраженностью кататонических симптомов и продолжительностью заболевания. ЭСТ оказалась одинаково эффективна в отношении впервые возникшей и периодической кататонии.

По структуре кататонического синдрома было выделено две формы: гипокинетическая (46%) и мультикинетическая (54%).

В структуре гипокинетической формы основные феномены представлены ступором/субступором, мутизмом, неподвижностью взора, каталепсией, речевыми и двигательными стереотипиями, манеризмом, негативизмом и отказом от пищи.

В структуре мультикинетической формы основные феномены представлены ажитацией, импульсивностью, немотивированной агрессией, нестабильностью мышечного тонуса, чередованием субступора, мутизма, моторного и речедвигательного возбуждения. Редукция всех вышеуказанных феноменов была определена как статистически достоверная (p=0,01).

Выводы. Таким образом, данное исследование выявило, что ЭСТ продемонстрировала наибольшую эффективность в отношении кататоно-бредового синдрома с преобладанием гипокинетического варианта кататонии. Быстрее всего подвергаются редукции поведенческие феномены кататонии, такие как отказ от воды и пищи и негативизм. Двигательные феномены исчезают позднее всех остальных.

Литература

1. Мухтар Ф., Регенольд В., Лисанби Ш. Последние достижения электросудорожной терапии в клинической практике и научных исследованиях. Fac Rev. 2023.
2. Иванов С.В., Смулевич А.Б., Борисова П.О., Пискарёв М.В. Терапия кататонии в клиническом пространстве шизофрении и расстройств шизофренического спектра. ПСИХИАТРИЯ. 2022.

Синдром Дориана Грея как подтип дисморфического расстройства в эстетической хирургии

Тверитина А.Е.[1], Воронова Е.И.[2], Романов Д.В.[3]

[1]Аспирант кафедры психиатрии и психосоматики института клинической медицины
[2]Доцент кафедры психиатрии и психосоматики института клинической медицины
[3]Д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии и психосоматики института клинической медицины
Институт клинической медицины им Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва
E-mail: doc.tveritina@gmail.com

Актуальность. Дисморфическое расстройство (ДР) или дисморфофобия/мания характеризуется постоянной озабоченностью одним или более дефектами внешности, незаметными или минимально заметными для окружающих. В психиатрической литературе отмечается клиническая гетерогенность ДР в зависимости от психопатологической структуры синдрома: тревожно-фобический [1], обсессивно-компульсивный [2], сверхценный [3], бредовой [4], а также выделяются кожная [5] и мышечная формы дисморфизма [6]. Учитывая современную «анти-эйдж» тенденцию со стремлением сохранить внешнюю молодость, обозначаемую при ее значительной выраженности «синдром Дориана Грея» [7], которую можно также трактовать как сверхценную «ипохондрию молодости», представляется актуальным выделение и анализ ДР с преобладанием соответствующей тенденции непосредственно в эстетической хирургии.

Цель исследования – типологическая дифференциация дисморфического расстройства в клинике эстетической хирургии с выделением подтипа с преобладанием сверхценной идеи сохранения молодости (синдром Дориана Грея).

Материал и методы. Выборка настоящего исследования, проведенного на базе одной из столичных эстетических клиник, включает 28 больных (из них 26 женщин, средний возраст – 31,5±7,3 год), соответствующих критериям ДР и прибегающих к пластической хирургии. Клиническое интервью, проводившееся врачом-психиатром, дополнялось психометрическим обследованием: шкалы оценки выраженности дисморфизма (DCQ, BDDS), депрессии (PHQ-9) и тревоги (GAD-7).

Результаты. При психопатологическом обследовании установлено, что ДР среди пациентов на приеме пластического хирурга представлено двумя типами, в зависимости от доминирующего в структуре идеаторных расстройств мотива. Последний направлен либо на борьбу с мнимым дефектом/дефектами с целью избавления от недостатков внешности («реактивный» тип ДР, n=21), либо на предотвращение возможного возникновения таких недостатков в будущем, прежде всего, в связи с явлениями естественного старения («превентивный тип», n=7) – синдром Дориана Грея.

При реактивном типе дисморфические идеи в десяти наблюдениях имеют сверхценный характер, а в трех случаях достигают уровня бредовых расстройств с выраженными сенситивными идеями отношения и соответствующим бредовым поведением (маскировка дефектов, самоизоляция и пр.). Мнимые дефекты затрагивают в основном область лица (горбинка носа, разрез глаз, форма губ и пр.), а оперативные эстетические вмешательства представлены ринопластикой, блефаропластикой, фейслифтингом и платизмопластикой, часто операции проводятся симультанно.

При превентивном типе во всех наблюдениях речь идет о сверхценных образованиях, не достигающих бредового регистра. Мнимые дефекты, фактически не соответствующие возрасту обследуемых, включают признаки «преждевременного старения»: морщины и «заломы», «мешки под глазами», «опущение лица», которые могут быть видны «при

определенном освещении» либо «лишь под определенным углом» и пр. Оперативные эстетические вмешательства в отличие от реактивного типа здесь представлены липофилингом, резекцией комков Биша, эндоскопическим лифтингом. Указанные наблюдения превентивного типа соотносятся с единичными приводимыми в литературе описаниями «синдрома Дориана Грея», как редкого варианта ДР, характеризующегося доминированием в сознании идеи сохранение красоты и молодости с активностью в отношении мнимых ранних признаков старения.

Выделенные типы статистически значимо не отличались по таким психометрическим параметрам как пол, возраст, семейный, образовательный и профессиональный статус, а также по выраженности тревоги и депрессии по шкалам PHQ-9 и GAD-7 соответственно. Однако пациенты с синдромом Дориана Грея имеют статистически значимо более низкие баллы по шкалам дисморфизма – DCQ (Md [25; 75]=15 [5,1; 17,8] vs 8 [5,5; 8,5], p=0,032) и BDDS (Md [25;75]=9 [2.3; 13.3] vs 3 [0,5; 4,5], p=0,03). Статистически значимые различия между двумя группами наблюдаются также в интервью на расстройства личности SCID-II: при синдроме Дориана Грея выше доля гистрионного расстройства личности (71% vs 19%, p=0,02), а также значимо выше величина среднего суммарного балла для гистрионного расстройства личности (Md [25; 75] = 5,0 [4,5; 5,5] vs 2,0 [1,0; 4,0], p=0,014).

Выводы. Таким образом, ДР в клинике эстетической хирургии в проанализированной казуистике представлено преимущественно сверхценными синдромами с полярной направленностью идеаторных расстройств, сфокусированных либо на коррекции мнимых дефектов, либо на их «профилактике». В случае последних выраженность ДР по психометрическим шкалам значимо ниже, что может указывать на меньшую тяжесть расстройства, при этом отмечается накопление гистрионных черт личности, что может выступать фактором предиспозиции. Обнаруженные типологические различия необходимо учитывать при взаимодействии с пациентами, обращающимися за оказанием соответствующих косметических услуг.

Литература

1. Dallemagne J. Degeneres et desequilibres. Bruxelles; 1894.
2. Kraepelin, E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch fuer Studierende und Arzte. Achte, vollstaendig umgearbeitete / E. Kraepelin Klinische Psychiatrie.– Leipzig: Barth Verl., 1915. – Auflage. IV Band. III Teil. – S. 1397–2340.
3. Медведев ВЭ. Дисморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):49-55. / Medvedev VE. Dysmorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2016;8(1):49-55. In Russian.
4. Коркина М.В. Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте. – М.: Медицина, 1984. – С. 12. / Korkina M.V. Dysmorphomania in adolescence and youth. – Moscow: Medicine, 1984. – P. 12. In Russian.
5. Матюшенко ЕН. Дисморфофобия в дерматологической практике. Психические расстройства в общей медицине. 2011; (3-4):11-7 / Matyushenko EN. Dysmorphophobia in dermatological practice. Psikhicheskie rasstroistva v obshchei meditsine. 2011;(3-4):11-7. In Russian.
6. Pope, C. G., Pope, H. G., Menard, W., Fay, C., Olivardia, R. & Phillips, K. A. (2005). Clinical features of muscle dysmorphia among males with body dysmorphic disorder. Body image, 2, 395–400. 10.1016/j.bodyim.2005.09.001
7. Brosig B, Kupfer J, Niemeier V, Gieler U. The «Dorian Gray Syndrome»: psychodynamic need for hair growth restorers and other «fountains of youth.» Int J Clin Pharmacol Ther. 2001 Jul;39(7):279-83. PMID 11471770

Взаимосвязь тревожно-депрессивных расстройств и внутренней картины болезни у пациентов с легочной гипертензией: роль конституционально-личностных факторов

Тертышник А.М.[1], Пелевин М.А.[2]

[1]Соискатель степени кандидата медицинских наук
[2]Клинический ординатор
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E–mail: TertyshnikAM@zdrav.mos.ru

Актуальность. Легочная гипертензия (ЛГ) — группа заболеваний, проявляющихся прогрессирующим повышением артериального давления в малом (легочном) круге кровообращения, характеризующаяся высокой летальностью и значительным влиянием на психоэмоциональную сферу пациентов. Снижение качества жизни, обусловленное совокупностью факторов (осознание тяжести диагноза, физические ограничения и необходимость длительной терапии), выступает основным предиктором развития хронического стресса у пациентов [1, 2]. При этом индивидуальные личностные особенности во многом определяют характер эмоциональных реакций и уровень психологической адаптации. Современные данные показывают, что у 30-55% пациентов с ЛГ выявляются тревожно-депрессивные расстройства (ТДР), что значительно превышает показатели при большинстве других хронических заболеваниях [7, 9]. Ввиду чего в последние годы все большее внимание уделяется взаимосвязи конституциональных факторов, аффективных нарушений и внутренней картины болезни (ВКБ) как звеньев, влияющих на клинический прогноз при ЛГ [3].

Цели работы. Целью работы является анализ взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств, конституционально-личностных факторов и внутренней картины болезни у пациентов с легочной гипертензией, а также определение их роли в формировании психологической дезадаптации и ухудшении клинического прогноза.

Конституционально-личностные особенности. Современные исследования выделяют тревожно-психастенические и астеноневротические типы личности как наиболее распространенные среди пациентов с ЛГ [4]. Первый характеризуется выраженной тревожностью, низкой стрессоустойчивостью, склонностью к самоконтролю и обсессивным переживаниям, второй — повышенной утомляемостью, сниженной толерантностью к нагрузкам, как физическим, так и эмоциональным [5]. Тем самым личностные особенности формируют дезадаптивную структуру эмоциональных реакций, предрасполагающую к развитию тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с легочной гипертензией.

Тревожно-депрессивные расстройства при ЛГ и других соматических заболеваниях. Распространенность ТДР при ЛГ варьирует в зависимости от популяции и методов диагностики. По данным метаанализа Mai и соавт. (2022), депрессия выявляется у 28 % пациентов, тревога — у 37 % [7]. В японском регистре JAPHR (Mitsuyama Y. et al., 2025) тревожные симптомы отмечались у 26 % больных, депрессия — у 24 % [8]. В китайском исследовании Zhang J. et al. (2022) депрессивные симптомы обнаружены у 70 % пациентов, тревожные — у 17,6 % [6]. Такой разброс показателей отражает методологические и культурально обусловленные отличия в оценке эмоционального состояния пациентов и подтверждает сложность прямого сопоставления результатов, полученных из разных выборок. В большинстве обзоров диапазон 30–55% рассматривается как усредненный для различных когорт. Для сравнения: при

ишемической болезни сердца депрессия выявляется примерно у четверти пациентов, при ХОБЛ — в 22 %, при сахарном диабете — около 20 % [9]. Таким образом, ЛГ характеризуется одной из наиболее выраженных аффективных коморбидностей среди хронических заболеваний общемедицинского профиля. Высокая распространнность ТДР закономерно подводит к вопросу о факторах, влияющих на их вариабельность. Среди них ключевыми являются гендерные, возрастные и конституционально-личностные особенности, определяющие индивидуальные паттерны реагирования на хронический стресс [10].

Внутренняя картина болезни как медиатор психосоматических взаимосвязей. Внутренняя картина болезни (ВКБ) представляет собой систему субъективных представлений пациента о своем состоянии, включающую когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты [11]. При ЛГ она часто формируется по тревожно-депрессивному типу с преобладанием ипохондрических и неврастенических элементов [12]. Конституциональные особенности и тревожно-депрессивная симптоматика способствуют искажению восприятия болезни: повышается тревожность, усиливается чувство беспомощности, пациент пессимистично рассматривает эффективность и необходимость принимаемой терапии. Это приводит к формированию дезадаптивной ВКБ, которая становится посредником, через который личностные и эмоциональные факторы негативно воздействуют на комплаенс, качество жизни и прогноз проводимой терапии [13].

Психосоматическое взаимодействие. На фоне конституционально-личностных особенностей (тревожно-психастенического, астеноневротического типов) формируется повышенная восприимчивость к стрессу, способствующая развитию ТДР. Взаимодействие этих факторов приводит к возникновению дезадаптивной ВКБ, усиливающей эмоциональные реакции на болезнь. Возникает взаимоподкрепляющий механизм: личностная конституция → тревожно-депрессивное состояние → катастрофизация болезни → искаженная ВКБ → усиление тревоги и депрессии. Такой круг не только закрепляет патологическое реагирование, но и проявляется в снижении приверженности лечению и ограничении физической активности, напрямую влияя на соматический статус пациента. Это объясняет худшие показатели функциональных тестов и обуславливает необходимость мультидисциплинарного подхода с включением в команду психиатра и клинического психолога [14].

Выводы. Ключевым элементом психосоматических взаимосвязей при легочной гипертензии выступает динамическая триада: «личность → аффект → восприятие болезни». Конституционально-личностные особенности создают преморбидную почву для манифестации тревожно-депрессивных расстройств, формирующих дезадаптивную внутреннюю картину болезни, определяя неэффективные поведенческие стратегии пациента, что в конечном итоге негативно сказывается на приверженности к лечению и его результатах. В связи с этим, особенную актуальность приобретает ранняя идентификация нарушений в каждом из компонентов, возможная лишь в условиях мультидисциплинарного взаимодействия врачей-кардиологов, пульмонологов, психиатров и медицинских психологов.

Литература

1. Самушия М.А., Рожкова Ю.И. Психические расстройства при легочной гипертензии. Психиатрия. 2019;(81):69–81.
2. Самушия М.А., Рожкова Ю.И., Лобанова В.М., Данковцева Е.Н., Затейщиков Д.А. Психосоматическиерасстройства при легочной гипертензии: влияние на приверженность к лечению. Психиатрия. 2019;17(3):6–16.
3. Małczak M., Pakuła-Wojciechowska A., Grzegorczyk J. The psychosocial functioning of patients with pulmonary arterial hypertension: a narrative review // J. Clin. Med. – 2023. – Vol. 12, No. 1. – Art. 317.

4. Андреева Е.В. Психологическая адаптация у женщин с легочной гипертензией // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. – 2012. – № 6 (265). – С. 159–164.
5. Баталов Р.Э., Артемьев М.Ю., Заваденко Н.Н. Психосоматические расстройства при заболеваниях легких и сердца // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2021. – № 4. – С. 47–53.
6. Zhang J., Yin Y., Wen Y., Shi F., Wang J. Anxiety and Depression in Patients with Pulmonary Arterial Hypertension in Northwest China: A Cross-Sectional Study // Front. Psychiatry. – 2022. – Vol. 13. – Art. 758120.
7. Mai C., Chouvarine P., Kovacs G. et al. Prevalence and impact of depression and anxiety in pulmonary hypertension: a meta-analysis // Front. Psychiatry. – 2022. – Vol. 13. – Art. 927210.
8. Mitsuyama Y., Goda A., Takeuchi K. et al. Prevalence and determinants of depression and anxiety in patients with pulmonary hypertension: insights from the JAPHR registry // Circ. Rep. – 2025. – Vol. 7, No. 4. – P. 285–292.
9. Hare D.L., Toukhsati S.R., Johannessen A., Shah A. Depression and cardiovascular disease: a clinical review // Eur. Heart J. – 2014. – Vol. 35, No. 21. – P. 1365–1372.
10. Olsson K.M., Kiely D.G., Peacock A.J. et al. Functional impact of depression and anxiety in pulmonary hypertension // Eur. Respir. J. – 2021. – Vol. 57, No. 4. – Art. 2002689.
11. Климова Н.Е., Трунова Т.В. Внутренняя картина болезни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – № 2. – С. 55–61.
12. Клинкова А.С., Петрова Т.М., Семенова Н.В. Психоэмоциональный статус больных хронической тромбоэмболической легочной гипертензией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 8. – С. 80–87.
13. Takita Y., Hirashiki A., Ikeda S. et al. Depression and psychological distress in patients with pulmonary hypertension // BMJ Open Respir. Res. – 2021. – Vol. 8, No. 1. – Art. e000876.
14. Grimminger J., Rosenkranz S., Vonk Noordegraaf A. et al. Current and future treatment strategies in pulmonary arterial hypertension: clinical and pathophysiological perspectives // Lancet Respir. Med. – 2021. – Vol. 9, No. 8. – P. 747–764.

Сравнительный анализ соматических и метаболических показателей у пациентов с ожирением и расстройствами шизофренического спектра

Хабибуллина Л.Р. [1]***, Самушия М.А.*** [2]

[1]аспирант
[2] член-корреспондент РАН, д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E–mail: leyloka.5545@mail.ru

Актуальность темы: По данным ВОЗ в 2017 году около 2 млрд человек страдали ожирением или избыточной массой тела, из которых более 650 млн имели ожирение. В 2022 г. избыточную массу тела имели уже 2,5 миллиарда (или 36 %) взрослых людей, из них 890 миллионов человек страдали ожирением. Наблюдается тенденция к увеличению распространенности данного заболевания. Так, например, в 1990 году только 25% взрослого населения страдали ожирением. Ожирение ассоциировано с увеличением

риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа, метаболического синдрома, онкологических заболеваний, которые являются наиболее частой причиной преждевременной смертности (World Health Organization, 2017, World Obesity Federation, 2022). Больные с расстройствами шизофренического спектра в 2–5 раз чаще страдают ожирением, чем население в целом (Sankaranarayanan A, 2021; Kouidrat Y, 2014). Это связано с приемом антипсихотических препаратов второго поколения (имеющие высокий кардиометаболический риск), гиподинамией, вредными привычками (употребление ПАВ, табакокурение), нарушениями пищевого поведения пациентов с шизофренией (Vancampfort D., 2013; Sankaranarayanan A., 2021).

Цели и задачи. Провести сравнительный анализ метаболических и соматических показателей у пациентов с ожирением страдающих РШС и у пациентов с ожирением без РШС.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии, где были исследованы 75 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет с клинически подтвержденным диагнозом (рубрика Е66.0 по МКБ-10) ожирение 1–3 степени из которых 48 пациентов страдают РШС, 27 без РШС. Дальнейшая обработка соматических, метаболических и антропометрических (рост, вес, ИМТ) данных при помощи статистического анализа.

Результаты исследования и обсуждение. Средний возраст пациентов с ожирением и РШС составил 45.0 [36.0; 52] лет, пациенты без РШС 49.0 [33.0;58.0] лет (p=0.039*). Средний ИМТ пациентов с ожирением и РШС составил 42.6 [37.3; 49.6] кг, пациенты без РШС 37.4 [31.9; 42.2] кг (p<0.001). При сравнении метаболических показателей крови между группой пациентов с ожирением и РШС, и пациентов с ожирением без РШС получились следующие результаты:

Показатели	Ожирение с РШС	Ожирение без РШС	p (критерий Манна–Уитни)
Триглицериды	1.94 [1.49; 2.58]	1.47 [1.03; 2.10]	0.028*
Общий холестерин	5.30 [4.64 ; 5.96]	4. 82 [4.10; 5.39]	0.034*
ЛПВП	1.06 [0.93; 1.21]	1.36 [1.07; 1.69]	0.002*
ЛПНП	3.40 [2.85; 4.18]	2.87 [2.32; 3.49]	0.001*
Глюкоза	5.19 [4.99; 5.80]	5.12 [4.64; 5.59]	0.417

Примечание: * — статистические значимые различия с контрольной группой (p < 0.05)

Распространенность метаболического синдрома в группе пациентов с ожирением и РШС составила 80%, в то время как пациенты с ожирением без РШС имели всего 33% (p< 0.001*).

Распространенность соматических заболеваний в группах:

Заболевание	Ожирение с РШС	Ожирение без РШС	p (критерий Манна–Уитни)
Гипертоническая болезнь	81%	74%	0.542
Сахарный диабет 2 типа	29%	25%	0.958
Сердечно-сосудистые заболевания	63%	52%	0.793
Неалкогольная жировая болезнь печени	71%	33%	0.031*
Аутоиммунные заболевания	27%	11%	0.15
Бронхиальная астма	13%	7%	0.729
Синдром обструктивного апноэ сна	31%	11%	0.082

Выводы. Группа пациентов с ожирением и РШС имеет более молодой возраст (p=0.039) и достоверно более высокие показатели ИМТ (p <0.001). Данная группа также имеет статистически значимо более неблагоприятный липидный профиль (более низкие уровни ЛПВП (p=0.002), более высокие уровни ЛПНП (p=0.001), общего холестерина (p=0.034) и триглицеридов (p=0.028)), высокую тенденцию к формированию неалкогольной жировой болезни печени (p=0.031) и метаболического синдрома (p <0.001), чем пациенты с ожирением без РШС, что может быть связано с более высокими показателями ИМТ больных РШС. Требуется дальнейшее изучение паттернов пищевого поведения приводящих к ожирению в группе больных РШС, а также планируется изучение нейробиологических, нейроиммунологических показателей, которые потенциально могут влиять на пищевое поведение.

Литература

1. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell AJ, Correll CU, De Herdt A, Probst M, De Hert M. A meta-analysis of cardio-metabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. World Psychiatry. 2013 Oct;12(3):240-50. doi: 10.1002/wps.20069. PMID: 24096790; PMCID: PMC3799255.
2. Kouidrat Y, Amad A, Lalau JD, Loas G. Eating disorders in schizophrenia: implications for research and management. Schizophr Res Treatment. 2014:791573. doi: 10.1155/2014/791573. Epub 2014 Nov 18. PMID: 25485152; PMCID: PMC4251071.
3. Sankaranarayanan A, Johnson K, Mammen SJ, Wilding HE, Vasani D, Murali V, Mitchison D, Castle DJ, Hay P. Disordered Eating among People with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Review. Nutrients. 2021 Oct 27;13(11):3820. doi: 10.3390/nu13113820. PMID: 34836076; PMCID: PMC8618287.
4. GBD 2021 Risk Factor Collaborators. “Global Burden of 88 Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease study 2021”. Lancet. 2024; 403:2162-2203.

Распространенность болезни Паркинсона среди пациентов с расстройствами шизофренического спектра, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах г. Москвы

Хоммятов М.Р.[1], Самушия М.А.[2], Вдовина И.В.[3]
[1] научный сотрудник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований
[2] член-корреспондент РАН, д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
[3] к.п.н., доцент, доцент кафедры психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
E–mail: khommarat38@gmail.com

Актуальность: болезнь Паркинсона (БП) представляет собой второе по распространенности нейродегенеративное заболевание после болезни Альцгеймера. В среднем в популяции распространенность БП составляет 0,3%, при этом среди лиц старше 60 лет данный показатель достигает 1 – 2% [1]. В структуру БП входят не только моторные симптомы, но и целый спектр психических расстройств, включающий в себя депрессию, тревогу, апатию, нарушения сна, расстройства импульсивного контроля, снижение когнитивных функций и психотические расстройства. В большинстве случаев клиническая картина психотических нарушений при БП схожа с психозами при прочих

органических поражениях ЦНС, однако, в ряде случаев возможно формирование шизофреноподобных психозов со слуховыми галлюцинациями, психическими автоматизмами и персекуторным бредом [2], что создает пространство для дифференциальной диагностики БП и расстройств шизофренического спектра (РШС). Среди всех аспектов коморбидности данных расстройств особую роль отводят изучению рисков развития БП при наличии РШС. На сегодняшний день немногочисленные исследования по данному вопросу предоставляют разрозненные данные, однако, все исследователи сходятся на том, что наличие РШС увеличивает риск развития БП, при этом в литературе представлен широкий разброс отношения шансов (ОШ) для БП при РШС – от 1,05-1,1 (по результатам генетических исследований) до 3-47 (для эпидемиологических исследований) [3-5]. Небольшое количество данных по данной тематике, а также их противоречивый характер, создают потребность в более детальном исследовании распространенности БП среди пациентов, наблюдающихся с РШС.

Цель исследования: оценить распространенность БП среди пациентов, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах (ПНД) с диагнозами рубрики F2.

Материал и методы: дизайн исследования – одноцентровое ретроспективное когортное исследование. Проведен анализ баз данных четырех ПНД г. Москвы с выделением групп пациентов, наблюдающихся с диагнозами РШС (F2 по МКБ-10). Среди данных групп проведен прицельный поиск пациентов с подтвержденным диагнозом болезни Паркинсона (G20). Диагноз считался верифицированным при наличии заключения врача-невролога (паркинсонолога), случаи лекарственного паркинсонизма или спорные клинические случаи в исследование не включались. Проанализирована база данных, содержащая 9124 пациента.

Результаты: среди 9124 пациентов было выявлено 11 пациентов с подтвержденным диагнозом БП. Из данных пациентов 9 человек имели диагноз параноидная шизофрения (F20), и по 1 человеку с диагнозами шизоаффективное расстройство (F25) и хроническое бредовое расстройство (F22). Итоговая распространенность БП составила 0,1% (ДИ 95% 0-0,2%), при этом по всем параметрам отсутствует статистически значимая разница среди отдельных ПНД.

Обсуждение: в соответствии с имеющимися в литературе сведениями, в группе РШС ожидается бóльшая распространенность пациентов с БП. Среди всех исследований наиболее достоверными представляются данные Smith DJ. et al. (2013) [5], продемонстрировавшие, что риск развития БП в когорте РШС в 4 раза больше, чем в здоровой популяции - распространённость БП в исследуемой группе составила 0,8% (95% ДИ 0,6-0,9%), а в группе контроля – 0,2% (ДИ 0,18-0,2%). Если учитывать эти данные, то ожидаемое количество пациентов в исследуемой нами группе должно было составить 54 – 82 человека. Если же использовать общепопуляционные данные (в том числе из исследования Smith DJ. et al.), то ожидаемое количество пациентов составит 19 – 27 человек. Как итог, формируются следующие результаты: в исследуемой когорте пациентов распространенность БП оказалась в 8 раз меньше, чем в группе РШС аналогичного исследования, и в 2-3 раза меньше, чем в здоровой популяции. Полученные нами данные говорят о недостаточной диагностике БП среди контингента ПНД. Подобная гиподиагностика представляет собой серьезную проблему ввиду иных подходов к коррекции экстрапирамидных симптомов в случае выявления БП: на сегодняшний день основными препаратами для лечения лекарственного паркинсонизма являются холинолитические средства (такие, как бипериден и тригексифенидил) и амантадин, в то время как терапия идиопатического паркинсонизма основывается преимущественно на препаратах леводопы [6].

Выводы: Выявленная гиподиагностика БП формирует необходимость реформирования подхода к ведению пациентов с РШС и экстрапирамидными симптомами, включающую работу на разных уровнях здравоохранения, начиная с расширения знаний врачей-психиатров ПНД и специалистов первичного звена об особенностях дифференциальной

диагностики БП и лекарственного паркинсонизма и заканчивая организацией маршрутизации данных пациентов к специалистам по экстрапирамидной патологии с последующим тесным сотрудничеством врачей-психиатров и неврологов для подбора оптимальной и безопасной терапии.

Литература

1. Tysnes O.B., Storstein A. Epidemiology of Parkinson's disease. J Neural Transm (Vienna). 2017 Aug;124(8):901-905. DOI: 10.1007/s00702-017-1686-y
2. Waddington J.L. Psychosis in Parkinson's disease and parkinsonism in antipsychotic-naive schizophrenia spectrum psychosis: clinical, nosological and pathobiological challenges. Acta Pharmacologica Sinica (2020) 41:464–470. DOI: 10.1038/s41401-020-0373-y.
3. Kim K.; Kim S.; Myung W.; Shim I.; Lee H.; Kim B.; Cho S.K.; Yoon J.; Kim D.K.; Won H-H. Shared Genetic Background between Parkinson's Disease and Schizophrenia: A Two-Sample Mendelian Randomization Study. Brain Sciences 2021; 11(8):1042. DOI:10.3390/brainsci11081042
4. Gabilondo A., Alonso-Moran E., Nuño-Solinis R., Orueta J.F., Iruin A. Comorbidities with chronic physical conditions and gender profiles of illness in schizophrenia. Results from PREST, a new health dataset. J Psychosom Res 2017;93:102–109. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2016.12.011
5. Smith D.J., Langan J., McLean G., Guthrie B., Mercer S.W. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. BMJ Open 2013;3(4):e002808. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002808.
6. Левин О.С., Шиндряева Н.Н., Аникина М.А. Лекарственный паркинсонизм. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012;112(8):76‑81.

Клинико-катамнестическое исследование значимости симптомов детского возраста для дифференциации траекторий течения психических расстройств

Чинарев В.А.[1], Козлов М.А.[2], Доманова Е.В.[3], Чижова Т.Н.[4]
[1]Заведующий отделением первого психотического эпизода,
ассистент кафедры психиатрии
[2]Главный врач, главный внештатный специалист психиатр
Министерства здравоохранения Челябинской области
[3]Заместитель главного врача по медицинской части
[4]Заместитель главного врача по медицинской части по работе с детьми, к.м.н.
[1-4] ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», Челябинск, Россия
[1]ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Челябинск, Россия
E–mail: va.chinarev@bk.ru

Актуальность. В современной психиатрии сохраняется достаточно высокий уровень диагностической нестабильности при расстройствах, дебютирующих в детском и подростковом возрасте. Неспецифичность и полиморфизм психопатологических проявлений на ранних этапах заболевания создают значительные трудности для прогнозирования их дальнейшего течения, что в свою очередь ограничивает возможности своевременного назначения адекватной терапии и организации профилактических мероприятий [1]. Проблема усугубляется отсутствием валидных

биологических маркеров, в связи с чем клиническая оценка симптоматики сохраняет свою первостепенную значимость в качестве прогностического инструмента [2,3].

Цель исследования: установить прогностическую значимость клинических симптомов психических расстройств в детском возрасте для дифференциации траекторий их течения на основе комплексного клинико-катамнестического анализа.

Материал и методы. В рамках настоящего исследования был применен ретроспективный клинико-катамнестический метод для анализа долгосрочных траекторий течения психических расстройств. Исследование основано на анализе медицинских данных на базе «Областной специализированной психоневрологической больницы № 1» г. Челябинска, содержащей истории болезни пациентов, обращавшихся в детскую психиатрическую службу с последующим наблюдением во взрослом возрасте. Критериями включения являлись: первое обращение к детскому психиатру в возрасте до 17 лет включительно, наличие данных о клиническом состоянии при первом обращении и документально подтвержденный катамнез во взрослом возрасте (18-25 лет). Критерии исключения включали отсутствие полных данных о детском периоде наблюдения или утрату катамнестических сведений, интеллектуальный дефект (IQ менее 79). Общая выборка составила 108 наблюдений. Клиническая оценка базировалась на качественном анализе психопатологической симптоматики, описанной в медицинской документации. Статистическая обработка данных выполнялась с применением программного обеспечения SPSS версии 26.0, используя методы описательной статистики и непараметрические критерии для сравнений, при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Проведенное исследование выявило статистически значимые корреляционные различия между дебютной симптоматикой и исходами психических расстройств. Анализ данных 108 пациентов показал преобладание аффективных (76,8%) и поведенческих нарушений (68,5%) в детском возрасте, при этом психотическая симптоматика регистрировалась в 12,0% случаев. Катамнез продолжительностью 5-12 лет продемонстрировал формирование трех диагностических траекторий: сохранение непсихотического уровня (52,8%), трансформация в расстройства личности (31,5%) и развитие эндогенных психозов (15,7%).

Установлены значимые предикторы неблагоприятных исходов: психотические эпизоды в дебюте ассоциировались с расстройствами шизофренического спектра ($\chi^2 = 18,34$; $p < 0,001$), а сочетание аффективной лабильности с поведенческими нарушениями – с формированием эмоционально-неустойчивого расстройства личности ($\chi^2 = 12,76$; $p = 0,002$). Диагностическая стабильность варьировала: для смешанных расстройств поведения и эмоций (F92-93) составила 72,4%, тогда как расстройства адаптации (F43.2) показали трансформацию в 68,3% случаев. Ранний дебют (до 12 лет) коррелировал с низким уровнем социального функционирования ($r = -0,42$; $p = 0,01$).

Выводы. Доказана прогностическая значимость структуры начальной психопатологической симптоматики для дифференциации нозологических траекторий развития психической патологии. Установлены значимые различия в диагностической стабильности основных нозологических категорий, манифестирующих в детском возрасте, с выявлением групп высокого риска. Определена необходимость разработки дифференцированных алгоритмов динамического наблюдения и ранней терапевтической тактики на основе выявленных предикторов исхода.

Литература

1. Rutter M. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life / M. Rutter, J. Kim-Cohen, B. Maughan // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2006. – Vol. 47. – № 3/4. – P. 276-295.

2. Lahey B.B. A hierarchical causal taxonomy of psychopathology across the life span / B.B. Lahey, I.H. Krueger, R.F. Krueger // Psychological Bulletin. – 2017. – Vol. 143. – № 2. – P. 142-186.

3. Masten A.S. Resilience in development: Progress and transformation / A.S. Masten, D. Cicchetti // Developmental Psychopathology: Risk, Resilience, and Intervention / ed. by D. Cicchetti. – 3rd ed. – Hoboken : John Wiley & Sons, 2016. – Vol. 4. – P. 271-333.

Религиозно-архаический бредовой комплекс при параноидной шизофрении в современной социокультурной реальности

Шахдинарян А.А.
Студент
ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра психиатрии с наркологией
Воронеж, Россия
E–mail: armensahdinaran@gmail.com

Актуальность.
Актуальность настоящего исследования обусловлена тремя ключевыми факторами:
1. Социокультурные трансформации.
На фоне цифровизации наблюдается парадоксальный рост интереса к эзотерике - аудитория выросла на 30% за 2023-2025 гг [10]. Это создает новую семиотическую среду для формирования психопатологической симптоматики.
2. Клиническая динамика.
Религиозно-архаический бредовой комплекс (РАБК) сохраняет высокую распространенность (более 30%), однако традиционные фабулы активно трансформируются через интеграцию с цифровыми реалиями. Формируются гибридные формы («кибер-одержимость», «цифровое колдовство»), требующие методологического осмысления.
3. Диагностико-терапевтические вызовы.
Техно-модифицированный бред демонстрирует повышенную терапевтическую резистентность и сложности дифференциальной диагностики. Отсутствуют стандартизированные критерии верификации и протоколы терапии данных состояний.
Проведенное исследование восполняет методологический вакуум в изучении трансформации психопатологической симптоматики в условиях цифровой культуры.

Материал и методы.
Методология исследования включала ретроспективный анализ 40 случаев параноидной шизофрении, проведенный на базе ВОКПНД, за последние 10 лет . Основным методом выступил клинико-психопатологический анализ бредовых фабул, а также контент-анализ архивных историй болезни, а для верификации различий – методы статистической обработки данных.

Результаты.
Проведенное исследование на выборке пациентов 2015-2025 годов показывает, что РАБК составляет не менее 30% всех бредовых расстройств при данной нозологии, что превышает показатели конца 1990-х годов [1].
В отличие от предыдущих периодов, современная клиническая картина РАБК характеризуется значительной трансформацией содержательного компонента. Наблюдается формирование «кибер-архаического» типа фабул, сочетающего традиционные архаические представления с цифровыми реалиями (бред одержимости цифровыми сущностями, воздействия через социальные сети, колдовства с использованием гаджетов).

Проведенный контент-анализ выявил доминирование тематики оккультизма и магии (33% случаев РАБК) над традиционными религиозными сюжетами (25% случаев РАБК), что отражает общую тенденцию роста интереса к эзотерике в современном обществе.

Установлено, что интернет и массовая культура стали основным источником бредового материала для пациентов с параноидной шизофренией.

Исследование демонстрирует трансформацию бредовых фабул РАБК через интеграцию элементов цифровой культуры с нетрадиционными духовными практиками и классическими религиозными концепциями. Наблюдается гибридизация традиционных религиозных концепций и оккультных практик с темами цифровой реальности (кибер-одержимость, цифровое воздействие, магическое воздействие через гаджеты и поисковые системы),которые составляют 42% от всех фабул с РАБК

Выводы.

Процесс концептуальной эволюции РАБК коррелирует с общекультурным ростом интереса к эзотерике и религии. Интернет и массовая культура выступают ресурсом для модификации существующих бредовых конструктов у пациентов с параноидной шизофренией, обеспечивая адаптацию бредовых фабул к современному социокультурному контексту.

Литература

1. Пашковский В.Э. «О клиническом значении религиозно-архаического бредового комплекса»
Психиатрия и психофармакотерапия. 2010.
2. Логутенко, Р. М., & Зотов, П. Б. (2012). Клинические особенности религиозно-архаического бредового комплекса при параноидной шизофрении. Тюменский медицинский журнал
3. Юматова, П. Е. (2019). Депрессивные бредовые идеи в структуре эндогенных бредовых депрессий [Автореферат диссертации кандидата медицинских наук]. Москва.
4. Тиганов, А. С. (Ред.). (2022). Руководство по психиатрии (Т. 1-2).
5. Ясперс, К. (1996). Общая психопатология (Пер. с нем.)
6. Жариков, Н. М., Тюльпин, Ю. Г. (2013). Психиатрия: учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа.
7. Гурович, И.Я. (Ред.). (2010). Психиатрия: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа.
8. Schneider, K. (1959). Clinical Psychopathology (M. W. Hamilton, Trans.). Grune & Stratton.
9. Каплан, Г. И., Сэдок, Б. Дж. (2002). Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии (Т. 1-2) (Пер. с англ.). Медицина.
10. RBC: «Россияне стали чаще обращаться к эзотерике» // РБК. 2024. URL: https://www.rbc.ru/society/24/03/2025/67e0ca239a7947d963a655aa?ysclid=mhvxrkqpq4656448769

Проблемы дифференциальной диагностики и реабилитации интоксикационных психозов, вызванных употреблением синтетических катинонов

Потемкина Полина Вадимовна
Аспирант
*Под руководством **Шубина Александра Владимировича***
Кандидат медицинских наук, доцент
ГАОУ ВО ЛО «Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина»
Кафедра психофизиологии и клинической психологии
Санкт-Петербург, Россия

E-mail: pol.potemkina@yandex.ru
shuben00@mail.ru

Актуальность. В последние десятилетия на территории Российской Федерации отмечается рост распространения синтетических катинонов (СК), которые, по данным Управления ООН, с 2018 по 2022 год занимали 80-90% продаж, главным образом, благодаря русскоязычному «даркнет-рынку» [4, 20]. Они обладают наибольшим «психотическим потенциалом», что подтверждает рост интоксикационных расстройств среди потребителей наркотиков [4].

Клиническая картина интоксикационных психозов, вызванных употреблением СК, характеризуется полиморфизмом симптомов, вследствие чего пациентам устанавливается диагноз F20 «Шизофрения» (по МКБ-10), хотя доподлинно неизвестно, развиваются у них нарушения по шизофреническому типу или они являются шизофреноподобными. Эта проблема и обуславливает сложности при дифференциальной диагностике интоксикационных психозов, вызванных употреблением СК. Критерии диагностики, хотя и существуют на сегодняшний день, но составлены с учётом отдельных клинических случаев, а не статистических данных. И хотя эти расстройства схожи по симптоматике, они значительно отличаются по этиологии, патофизиологии и клиническому течению [4, 25, 33].

Литературный обзор. Исследования показывают, что клинические проявления, вызванные приёмом СК, выражаются в виде интоксикационных психических расстройств (54-100%) и разделяются на несколько типов:

- Деллириозный (1,3-55,1%), преимущественно бредовый (3,3-20,4%);
- Шизофреноподобный (до 55%), преимущественно галлюцинаторный (1,7-9,7%);
- Депрессивно-ипохондрический с суицидальными тенденциями (0,7%) [18, 19, 21, 32, 33].

Наиболее выраженной психопатологической симптоматикой становится кататоническая, симптомы деперсонализации и дереализации, аффективные нарушения, галлюциноз, нарушения мышления. Ведущим становится аффект страха в сочетании с идеями преследования, враждебности со стороны окружающих. Внешне он проявляется отрывочными высказывании об угрозе, исходящей от сотрудников полиции [Усов].

Различные исследователи описывают психический статус лиц, потребляющих синтетические катиноны, следующим образом.

Длительность интоксикационных психотических расстройств у потребителей синтетических катинонов в среднем составляет 3-5 суток. При этом отмечается, что иногда длительность психотических расстройств затягивалась на 2-3 месяца, в таких случаях, по мнению ряда авторов, в дальнейшем происходила «шизофренизация процесса» [16, 17, 40].

Исследования показывают, что 80% психотических нарушений купируются в течение недели, еще 8% — в течение двух недель, а у 12% пациентов симптомы сохраняются несколько месяцев, что может усложнять психопатологическую структуру и требовать пересмотра диагноза [16, 17].

В постабстинентный период у потребителей наблюдаются гипоманиакальные состояния и бредовые идеи, которые могут сохраняться до месяца после прекращения употребления [29].

В то же время большинство психотических расстройств (94,4%) заканчиваются полным выздоровлением без остаточных явлений, хронизация наблюдается у 3,7% пациентов, а рецидивы — у 1,9% [31, 35, 36, 40].

У некоторых пациентов, принимавших СК, в период ремиссии могут развиваться HPPD (длительное расстройство восприятия, вызванное употреблением галлюциногенов). Изначально данные расстройства ассоциировались только с приемом галлюциногенов, но на настоящее время имеются публикации, в которых отмечено

возникновение этих расстройств у потребителей психостимуляторов (в том числе СК). Данная группа расстройств представлена в рубрике DSM, и описана в нескольких исследования. Эти расстройства проявляются в виде повторного переживания нарушений восприятия (зрительные («помехи как от телевизора», вспышки света) и слуховые галлюцинации (писк или шум в ушах)), а также симптомами деперсонализации и дереализации, и могут сохраняться до нескольких лет после прекращения употребления. При этом, пациент находится в сознании и у него присутствует понимание того, что эти расстройства связаны с принимаемым ранее психоактивных веществ [18, 19, 39].

Шизофрения является наследуемым заболеванием, предрасположенность к которому может не проявляться, но употребление психостимуляторов может стать провокатором болезни. Средний риск трансформации психотического расстройства, вызванного психостимуляторами, в шизофрению составляет 22-32%. Факторы, указывающие на такую трансформацию, включают отсутствие критики к своему состоянию, шизотипические черты личности и наличие психотических расстройств в анамнезе родственников [8, 14].

Согласно МКБ-10, длительность галлюцинаторно-бредовой симптоматики ИПР должна быть менее 6 месяцев. В том случае, если она длится более 6 месяцев, то предпочтителен диагноз из категорий «расстройства шизофренического спектра» и бредовых расстройств [37].

Психостимуляторы в основном влияют на позитивную симптоматику, добавляют новые явления в психику, вызывая галлюцинации (зрительные и тактильные) и бред, в то время как негативные симптомы (напр., аффективная уплощенность, дезорганизация мышления) проявляются реже. При этом сохраняется критическое отношение к своему состоянию, поскольку бредовые нарушения вызваны употреблением, а не внутренними причинами.

Дифференцировка эндогенных и экзогенных психозов затруднена, так как до 60% пациентов с шизофренией злоупотребляют наркотиками, что делает «чистые» эндогенные расстройства редкими. Важно учитывать, на каком этапе проявляется симптоматика, так как психопатологические нарушения, вызванные синтетическими катинонами, могут сохраняться даже после прекращения их действия. Для психозов от ПАВ не характерна четкая последовательность смены синдромов, как при эндогенных расстройствах. Одним из важных критериев для дифференциальной диагностики предлагается использовать длительность и стойкость психотической симптоматики.

Опираясь случай, описанный Северцевым В.В. [33], можно сделать предположение, что следующие критерии также могут иметь большое значение при дифференцировании диагнозов:

1. Важным диагностическим критерием для дифференцирования этих расстройств будет то, что при интоксикационном психозе на фоне употребления отсутствуют негативные симптомы, присущие шизофрении;
2. Семейный анамнез отягощен по зависимости от ПАВ, но не психиатрическими расстройствами;
3. Социально активный и хорошо адаптированный вопреки выраженной зависимости пациент;
4. Отсутствие каких-либо симптомов первичного психического заболевания до психоза;
5. Затяжной психоз после длительного периода употребления;
6. Тяжелая продуктивная симптоматика при отсутствии негативной.

Современное комплексное лечение наркозависимых лиц невозможно представить без понимания особенностей их психического статуса на фоне употребления СК. Стандарты лечения и реабилитации в наркологии создавались с учетом последствий от приема, так называемых «классических наркотиков» (в первую очередь – опиоидов), без

учета особенностей воздействия на организм человека синтетических соединений, в том числе катинонов. По современным данным доля пациентов с зависимостью от психостимуляторов, преждевременно прервавших лечение и реабилитацию порой превышает 50 % от всех первоначально обратившихся за помощью.

Многие авторы приходят к единому мнению о том, что различие между психозом, вызванным употреблением психоактивных веществ (ППВВ), и первичными психотическими расстройствами, такими как шизофрения, заключается в том, что, хотя оба состояния имеют схожие симптомы, они значительно отличаются по этиологии, патофизиологии и клиническому течению.

Но при этом в большой доле исследований акцент делается на лечении фармакотерапией, где подбираются наиболее успешные сочетания антипсихотиков и других лекарственных средств для купирования симптомов. Однако в литературе почти не упоминается о возможности лечения интоксикационных психозов (ИПР) без применения медикаментов, что может быть важным аспектом в клинической практике, хотя эффективность медицинской помощи пациентам наркологического профиля во многих странах определяется по показателю вовлеченности их в реабилитационные программы.

Для повышения эффективности реабилитационных мероприятий необходимо подробное изучение особенностей этапа становления ремиссии у пациентов с зависимостью от синтетических катинонов. Это подчеркивает необходимость разработки и внедрения немедикаментозных подходов, которые могут быть эффективными в управлении симптомами и улучшении качества жизни пациентов.

Таким образом, важно не только учитывать клинические проявления, но и проводить комплексную оценку состояния пациента, чтобы избежать ошибок в диагностике и обеспечить наиболее эффективное лечение. Это также подчеркивает необходимость дальнейших исследований в области психиатрии и наркологии, направленных на изучение долгосрочных последствий употребления психоактивных веществ и разработку новых подходов к их лечению.

Вместе с тем, в большинстве исследований акцент делается на применении методов фармакотерапии для купирования симптомов. Однако в литературе почти не упоминается о возможности работы с интоксикационными психозами с увеличением доли немедикаментозной терапии (реабилитационные программы и психотерапия), хотя эффективность медицинской помощи пациентам наркологического профиля во многих странах определяется по показателю вовлеченности их в программы реабилитации.

Изменение наркоситуации в стране, и, как следствие, спектра психических и аддиктивных расстройств, приводит к необходимости изучения психопатологических нарушений, вызванных употреблением СК. Важно не только учитывать клинические проявления, но и проводить комплексную оценку состояния пациента, чтобы избежать ошибок в диагностике и обеспечить наиболее эффективное восстановление. Это также подчеркивает необходимость дальнейших исследований в области психиатрии и наркологии, направленных на изучение долгосрочных последствий употребления психоактивных веществ.

Литература

1. Antonowicz, J.L. Paranoid psychosis induced by consumption of methylenedioxypyrovalerone: two cases / J.L. Antonowicz, A.K. Metzger, S.L. Ramanujam // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2011. – Vol. 33(6). – P. 640.e5-6.
2. Brunt, T. Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone / T. Brunt, A. Poortman, R. Niesink [et al.] // J. of Psychopharmacol. – 2011. – Vol. 25 (11). – P.1543-7. doi: 10.1177/02698811103788370.
3. Connell, P.H. Amphetamine psychosis. / P.H. Connell // Maudsley Monograph №5. – London: Chapman and Hall Ltd for the Institute of Psychiatry, 1958. – 133 p.

4. Eline B. Rognli. Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder / Eline B. Rognli, Ina H. Heiberg, Bjarne K. Jacobsen, Anne Høye and Jørgen G. Bramness // American Journal of Psychiatry Volume. – 2023 – Pages 397-457.

5. EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / EMCDDA. - Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019: Trends and Developments. - 2019. - Ресурс: электронный. - URL: http://www.emcdda.europa.eu/system/

6. International Standards for the treatment for the treatment of Drug use disorders: revised edition taking into account field-testing / Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drug and Crime (UNODC-WHO). – 2020. 171 – 95 P. – Ресурс: электронный.

7. Kehr, J. Mephedrone? Compared with MDMA (ecstasy) and amphetamine? Rapidly increases both dopamine and 5-HT levels in nucleus accumbens of awake rats / J. Kehr, F. Ichinose, S. Yoshitake [et al.] // Br. J. Pharmacol. – 2011. – Vol. 164(8). – P. 1949-58. doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01499.x.

8. Martinotti, G. Substance-related exogenous psychosis: a postmodern syndrome / G. Martinotti, L. De Risio, C. Vannini [et al.] // CNS Spectrums. – 2020. – Vol. – P. 1-8. doi: 10.1017/S1092852920001479.

9. Orsolini, L. Review The “Endless Trip” among the NPS users: psychopathology and psychopharmacology in the Hallucinogen-Persisting perception disorder. A systematic review / L. Orsolini, D. Papanti, D. De Bernardis [et al.] // Front. psychiatry. – 2017. – Vol. 8. – P. 240.

10. Orsolini, L. The bridge between classical and “synthetic”/chemical psychoses: towards a clinical, psychopathological, and therapeutic perspective / L. Orsolini, S. Chiappini, D. Papanti [et al.] // Front. Psychiatry. – 2019. – Vol.10. – P. 851. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00851.

11. Antonowicz, J.L. Paranoid psychosis induced by consumption of methylenedioxypyrovalerone: two cases / J.L. Antonowicz, A.K. Metzger, S.L. Ramanujam // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2011. – Vol. 33(6). – P. 640.e5-6.

12. Brunt, T. Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone / T. Brunt, A. Poortman, R. Niesink [et al.] // J. of Psychopharmacol. – 2011. – Vol. 25 (11). – P.1543-7. doi: 10.1177/02698811103788370.

13. Connell, P.H. Amphetamine psychosis. / P.H. Connell // Maudsley Monograph №5. – London: Chapman and Hall Ltd for the Institute of Psychiatry, 1958. – 133 p.

14. Eline B. Rognli. Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder / Eline B. Rognli, Ina H. Heiberg, Bjarne K. Jacobsen, Anne Høye and Jørgen G. Bramness // American Journal of Psychiatry Volume. – 2023 – Pages 397-457.

15. EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / EMCDDA. - Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019: Trends and Developments. - 2019. - Ресурс: электронный. - URL: http://www.emcdda.europa.eu/system/

16. International Standards for the treatment for the treatment of Drug use disorders: revised edition taking into account field-testing / Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drug and Crime (UNODC-WHO). – 2020. 171 – 95 P. – Ресурс: электронный.

17. Kehr, J. Mephedrone? Compared with MDMA (ecstasy) and amphetamine? Rapidly increases both dopamine and 5-HT levels in nucleus accumbens of awake rats / J. Kehr, F. Ichinose, S. Yoshitake [et al.] // Br. J. Pharmacol. – 2011. – Vol. 164(8). – P. 1949-58. doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01499.x.

18. Martinotti, G. Substance-related exogenous psychosis: a postmodern syndrome / G. Martinotti, L. De Risio, C. Vannini [et al.] // CNS Spectrums. – 2020. – Vol. – P. 1-8. doi: 10.1017/S1092852920001479.

19. Orsolini, L. Review The “Endless Trip” among the NPS users: psychopathology and psychopharmacology in the Hallucinogen-Persisting perception disorder. A systematic review / L. Orsolini, D. Papanti, D. De Bernardis [et al.] // Front. psychiatry. – 2017. – Vol. 8. – P. 240.

20. Orsolini, L. The bridge between classical and “synthetic”/chemical psychoses: towards a clinical, psychopathological, and therapeutic perspective / L. Orsolini, S. Chiappini, D. Papanti [et al.] // Front. Psychiatry. – 2019. – Vol.10. – P. 851. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00851.

21. Antonowicz, J.L. Paranoid psychosis induced by consumption of methylenedioxypyrovalerone: two cases / J.L. Antonowicz, A.K. Metzger, S.L. Ramanujam // Gen. Hosp. Psychiatry. – 2011. – Vol. 33(6). – P. 640.e5-6.

22. Brunt, T. Instability of the ecstasy market and a new kid on the block: mephedrone / T. Brunt, A. Poortman, R. Niesink [et al.] // J. of Psychopharmacol. – 2011. – Vol. 25 (11). – P.1543-7. doi: 10.1177/02698811103788370.

23. Connell, P.H. Amphetamine psychosis. / P.H. Connell // Maudsley Monograph №5. – London: Chapman and Hall Ltd for the Institute of Psychiatry, 1958. – 133 p.

24. Eline B. Rognli. Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder / Eline B. Rognli, Ina H. Heiberg, Bjarne K. Jacobsen, Anne Høye and Jørgen G. Bramness // American Journal of Psychiatry Volume. – 2023 – Pages 397-457.

25. EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction / EMCDDA. - Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2019: Trends and Developments. - 2019. - Ресурс: электронный. - URL: http://www.emcdda.europa.eu/system/

26. International Standards for the treatment for the treatment of Drug use disorders: revised edition taking into account field-testing / Geneva: World Health Organization and United Nations Office on Drug and Crime (UNODC-WHO). – 2020. 171 – 95 P. – Ресурс: электронный.

27. Kehr, J. Mephedrone? Compared with MDMA (ecstasy) and amphetamine? Rapidly increases both dopamine and 5-HT levels in nucleus accumbens of awake rats / J. Kehr, F. Ichinose, S. Yoshitake [et al.] // Br. J. Pharmacol. – 2011. – Vol. 164(8). – P. 1949-58. doi: 10.1111/j.1476-5381.2011.01499.x.

28. Martinotti, G. Substance-related exogenous psychosis: a postmodern syndrome / G. Martinotti, L. De Risio, C. Vannini [et al.] // CNS Spectrums. – 2020. – Vol. – P. 1-8. doi: 10.1017/S1092852920001479.

29. Orsolini, L. Review The “Endless Trip” among the NPS users: psychopathology and psychopharmacology in the Hallucinogen-Persisting perception disorder. A systematic review / L. Orsolini, D. Papanti, D. De Bernardis [et al.] // Front. psychiatry. – 2017. – Vol. 8. – P. 240.

30. Orsolini, L. The bridge between classical and “synthetic”/chemical psychoses: towards a clinical, psychopathological, and therapeutic perspective / L. Orsolini, S. Chiappini, D. Papanti [et al.] // Front. Psychiatry. – 2019. – Vol.10. – P. 851. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00851.

31. Пятаева, И.В. Дифференциальная диагностика эндогенных и интоксикационных (солевых) психозов / И.В. Пятаева, В.А. Куташев, Т.Ю. Хабарова // Центральный научный вестник. – 2016. – Т.1, № 16. – С. 30-32.

32. Ракитин, С.А. Типология психотических расстройств, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ / С.А. Ракитин, Г.М. Усов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2020. – Т.52, № 2. – С. 31-36.

33. Северцев, В.В. Психозы, связанные с употреблением синтетических катинонов: клинико-динамические особенности, подходы к лечению. / В.В. Северцев, М.А. Винникова // Всерос. конгресс с междунар. участием «Психоневрология: Век XIX - Век XXI», посвященный 115-летию ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России и 165-летию со дня рождения В.М. Бехтерева, 12-13 мая 2022 г. – СПб., 2022. – С. 194-196.

34. Стоякин, И. В. «Солевые» психозы – навстречу шизофрении / И. В. Стоякин, И.В. Дубатова, К.А. Карнаух // Психиатрия – медицина и искусство: материалы регион. научн. конф., 14 декабря 2019 года. – Ростов-на-Дону, 2019. – С. 140-143.

35. Усов Г.М., Ракитин С.А. Психопатологическая структура психозов, развившихся на фоне употребления современных синтетических психоактивных веществ // Неврологический вестник. - 2020. - Т. LII. - №2. - С. 40-45. doi: 10.17816/nb34041

36. Усов, Г.М. Клинико-социальная характеристика лиц, перенесших психоз в связи с употреблением синтетических психоактивных веществ / Г.М. Усов, Е.А. Науменко, К.А. Гасенко [и др.] // XVI Съезд психиатров России. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы»: Тезисы, 23-26 сентября 2015 г. / Ответственный ред. Незнанов Н.Г. – Казань. – 2015. – С. 432-433.

37. Федотов, И.А. Расстройства, связанные с приемом психоактивных веществ, и аддиктивное поведение: общие вопросы / И.А. Федотов, А.В. Сахаров // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2022. – Т. 24, №2. – С. 4-14.

38. Хорошилов, Г.П. Интоксикационные психозы, связанные с употреблением современных психоактивных веществ / Г.П. Хорошилов, А.В. Худяков // Практическая медицина. - 2015. - №5 (90). - С.7-10.

39. Шайдеггер, Ю.М. Терапевтические подходы к коррекции синдрома длительного расстройства восприятия вследствие употребления психоактивных веществ с психоделическим эффектом (HPPD) / Ю.М. Шайдеггер, Н.Н. Усманова, Т.В. Клименко // Вопросы наркологии. – 2022. – № 1 (208). – С. 25-28.

40. Юков, О.С. Шизофрения, спровоцированная приемом новых психоактивных веществ / О.С. Юков // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. Юбилейная науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященная 35-летию НИИ психического здоровья и 125-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии СибГМУ. – Томск, 2016. – С. 195-196.

Клинический случай диссоциативного шизофренического психоза с пуэрилизмом, развившегося под воздействием боевого стресса

Козачук А.Ю.[1],Самушия М.А.[2]

[1]Аспирант, [2] д.м.н., доцент, член-корреспондент РАН,
проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации,
Кафедра психиатрии
Москва, Россия
E-mail: alexkozachuk@yandex.ru

Психогенные расстройства с давних времен являются одними из сложнейших проблем в психиатрии. Диссоциативное расстройство, традиционно относимое к области истерии, в современной классификации [1,2] рассматривается как сложный психопатологический феномен, требующий интеграции неврологического и психиатрического подходов.

Военное время, характеризующееся экстремальными психологическими нагрузками, является ключевым фактором риска развития широкого спектра психической патологии как у комбатантов, так и у гражданского населения [3].

Настоящее клиническое наблюдение освещает сложный случай диссоциативного психоза с картиной амнезии, псевдодеменции и пуэрилизма, развившегося у военнослужащего под влиянием боевого стресса, и анализ патогенетической модели, в которой психогенный шок, органическая уязвимость и личностная незрелость выступили в качестве ключевых триггерных механизмов.

В рассматриваемом случае отсутствовали признаки органического поражения ЦНС, что подтверждается нейровизуализацией, однако наблюдалось выраженное расщепление личности и когнитивный регресс. Данное сочетание типично для психогенных психозов [4]. При этом формированию патологической реакции на травму способствовали не только общие преморбидные личностные особенности (инфантилизм, эгоцентризм, низкая стрессоустойчивость), но и клинически очерченный симптомокомплекс, указывающий на конституционально-диссоциативную предиспозицию. Отсутствие эффекта от традиционной антипсихотической терапии подтверждает психогенный характер расстройства и необходимость комплексного психотерапевтического подхода [5].

Данный случай представляет собой пример длительно текущего диссоциативного психоза с шизофреноподобной структурой, в основе которого лежит не эндогенный процесс, а функциональное нарушение интеграции психической деятельности.

Для обсуждения нозологической принадлежности диссоциативного психоза с пуэрилизмом, представленного в клиническом случае, необходимо остановиться на природе сформировавшихся у пациента негативных изменений (выраженные когнитивные и астенические расстройства: истощаемость, утомляемость, появление черт зависимости).

По мнению Введенского и Краснушкина [4], активно занимавшихся проблемами психогенно-провоцированных психотических эпизодов с острым регрессом психики еще во времена Великой Отечественной войны, речь идет о «выраженных изменениях личности, имеющих структуру органического дефекта». Однако, необходимо допустить возможность альтернативного подхода — интерпретации дефицитарных изменений, формирующихся в исходе психоза, в качестве проявления шизофренического дефекта, в случае утраты связи с первичным психогенным воздействием [4-6].

Представленный клинический случай демонстрирует сложное взаимодействие конституциональной предрасположенности, органического компонента и острой психогении в формировании резистентного психического расстройства. Подчеркивается необходимость разработки дифференцированных программ лечения, направленных не только на купирование симптома, но и на проработку травматического опыта и реинтеграцию личности.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Международная классификация болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ, 2019/2021. – Режим доступа: https://icd.who.int/browse11/l-m/ru.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. – 5th ed. – Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013. – 947 p.
3. Захарова, Н.М., Цветкова, М.Г. (2020). Психические и поведенческие нарушения у мирного населения региона, подвергшегося локальным военным действиям. Психология и право, 10(4), 185–197. https://doi.org/10.17759/psylaw.2020100413
4. Смулевич А.Б., Жилин В.О., Лобанова В.М. Истерия и эндогенно-процессуальная патология: комментарий к обзору литературы С.М. Попова «История формирования концепций и современные представления об истерии при эндогенных психических расстройствах» (Психиатрия. 2019;17(4):90–101). Психиатрия. 2020;18(2):46–50. https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-2-46-50
5. Chavan, B.S. and Kulhara, P. (1988), A clinical study of reactive psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 78: 712-715. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1988.tb06409.x
6. Fossum, A., Astrup, C. and Holmboe, R. (1959), A FOLLOW-UP STUDY OF ACUTE FUNCTIONAL PSYCHOSES. Acta Psychiatrica Scandinavica, 34: 273-276. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1959.tb07808.x

Тезисы докладов
V Юбилейной Всероссийской конференции молодых ученых
памяти профессора П.В. Морозова
«Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику»
с международным участием

Составители: **Вдовина** Ирина Владимировна,

Хоммятов Марат Рифатович

ISBN 978-5-907826-30-4

9 785907 826304 >

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д. 19, стр. 1А
тел + 7 (499) 140-20-78

Подписано в печать 24.11.2025
Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ОТТИСК»
101000, Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1