



ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России  
Рязанское региональное отделение "РОП"

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Выпуск 11



**Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Современные проблемы и психическое здоровье", посвященной 70-летию внебольничной психиатрической службы Рязанской области (3 – 4 июня 2022 года)**

**Рязань, 2022**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский  
университет имени академика И.П.Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Рязанское региональное отделение  
Общественной организации  
«Российское общество психиатров»**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ  
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Выпуск 11**

**Материалы Всероссийской научно-практической конференции "Со-  
временные проблемы и психическое здоровье",  
посвященной 70-летию внебольничной  
психиатрической службы Рязанской области  
(3 – 4 июня 2022 года)**

**Сборник научных трудов**

**Рязань, 2022**

УДК 616.89 (071)  
ББК 56.14  
А437

**Рецензент: д.м.н., проф. Д. И. Шустов**  
**Составители: И.А. Федотов, А.П. Филимонов**

437 Актуальные вопросы психического здоровья: материалы Всероссийской научно-практической конференции "Современные проблемы и психическое здоровье", посвященной 70-летию внебольничной психиатрической службы Рязанской области (3 – 4 июня 2022 года)/ сост. Федотов И.А., Филимонов А.П.; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань: ОТСиОП, 2022. Выпуск 11. - 156 с.

В сборнике научных трудов, представлены работы, по различным аспектам психического здоровья. В ряде статей освещены вопросы организации тех или иных видов помощи при психических расстройствах. Часть работ касаются вопросов фармако- и психотерапии.

Сборник представляет интерес для психиатров, наркологов, психотерапевтов и клинических психологов, а также для научных работников и практикующих врачей других специальностей.

*Авторская позиция и стилистические особенности публикаций полностью сохранены*

© РязГМУ, 2022  
© РРО «РОП», 2022

## Рецензия на сборник

Спонсорами сборника в этом году стали Рязанский госмедуниверситет и Рязанское отделение РОП, что и обусловило научно-практический его характер. Ведущие научные психиатрические учреждения России представлены в статьях авторов из Москвы (НЦ психического здоровья, МНПЦ наркологии УЗ г. Москвы), Санкт-Петербурга (ВМА, институт Бехтерева), других городов России (Чувашский госмедуниверситет) и зарубежья (Ташкентский психиатрический медицинский институт).

Открывает сборник статья, посвященная С.В.Игнатьеву – одному из бывших главных врачей РОКПНД, статья примечательная, поскольку написана с несвойственной для такого рода статей открытостью и своеобразным авторским видением достижений и провалов «главного» (В.Комаров). Работы по организации психиатрической службы, чем и запомнился к.м.н. С.В.Игнатьев, представлены как всегда глубокими и актуальными статьями, касающимися вопросов психиатрической грамотности подростков (проф. Голенков и соавт.), ВПЭ-21 (Кирсанова и соавт.- интересно, изменится ли структура ВПЭ-заболеваемости в 2022 г.?) и переводу пациентов из «МРО в ПНИ» (доцент Ландышев).

Хочу отметить серию статей, посвященных болезням зависимости, выполненным под руководством д.м.н. Т. В. Агибаловой (МНПЦ), которые отражают ее широкие научные интересы и современные научные тренды (проспективное мышление, например).

Другая тематическая «подборка» касается последствий COVID-19 и его влияния на психическую деятельность. Читатель найдет хорошие литературные обзоры, в том числе и самых новых данных зарубежных исследований.

Статьи, посвященные агрессии в контексте детско-родительских взаимоотношений (наши коллеги из Башкирии) и аутоагрессии – изучающие «новый фактор риска» - «тесное общение» с будущим самоубийцей, как всегда профессиональны и интересны.

Практические врачи запомнятся читателям подробными статьями (с перечислением анализов!), где они проводят сложную дифференциальную диагностику случаев шизофрении, ПРЛ, ПТСР.

Отметим и статьи психологов (про «трубу» и соматизацию нарциссически-организованных женщин !), которых было непривычно мало в этом сборнике.

Хотелось бы поблагодарить всех авторов без исключения за их преданность своему делу и личностную вовлеченность в обмен так необходимой всем интереснейшей профессиональной информацией.

Зав. кафедрой психиатрии РязГМУ,  
Д.м.н., проф. Шустов Д.И.

## Сергей Викторович Игнатьев: планы и достижения

*Комаров В.В.*

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им.  
Н. Н. Баженова»

*Когда, когда сметешь ты, вьюга,  
С лица земли мой легкий след?*

*Е. Боратынский*



Период 1997 – 2013 года, когда Рязанским областным психоневрологическим диспансером руководил С. В. Игнатьев был очень интересным в истории рязанской психиатрии и, естественным образом, тенденции развития внебольничной психиатрии и результаты этого развития обуславливались личностью главного врача.

Сергей Викторович Игнатьев родился 29 ноября 1956 года. Начало его деятельности не было связано с психиатрией. После

окончания Рязанского медицинского института им. акд. И. П. Павлова в 1980 г. он поступил в клиническую ординатуру по неврологии. В дальнейшем он работал врачом – неврологом, заведующим неврологическим отделением, но затем неврологию оставил.

Несмотря на то, что с 1991 года он работал врачом – психиатром, врачом – экспертом амбулаторной судебно – психиатрической экспертной комиссии, настоящим психиатром ни по подготовке, ни «по духу» он не был (хоть и был врачом – психиатром высшей квалификационной категории). Собственно, он и сам этого не скрывал и не стеснялся. От него можно было услышать: «А я что психиатр? Я – сантехник!». Сергей Викторович психиатрической клиники, и даже чего-то близкого к клинике, в своих работах и не касался. В случаях, когда ему были необходимы познания по специальности он не стеснялся обращаться к более сведущим коллегам.

Сергей Викторович очень легко делегировал свои полномочия по решению тактических вопросов оказания психиатрической помощи подчиненным и не слишком контролировал как эти полномочия осуществляются. За собой же он оставлял решение стратегических задач и «общение с начальством» для решения вопросов на вышележащих уровнях.

И действительно, и по образу мыслей, и по интересам Сергей Викторович, конечно же, был организатором здравоохранения. С молодости, с периода комсомольской работы, его интересовал процесс организовывания чего-то из ничего, волновала идея «социального проекта». Работая ассистентом кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения факультета усовершенствования врачей в медицинском институте, заместителем главного врача по медицинской части межколхозного санатория «Сосновый бор», заведующим организационно – методическим отделом и заместителем главного врача психоневрологического диспансера по экономическим вопросам и, конечно, руководя с сентября 1997 г. областным психоневрологическим диспансером он видел себя в реализации социальных проектов.

С. В. Игнатъев автор и соавтор 47 научных статей и методических рекомендаций, посвящённых медицинским, социально -

психологическим аспектам формирования психического здоровья и проблемам организации региональной службы психического здоровья. Его диссертация кандидата медицинских наук на тему: «Медико-социальная психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с нарушениями речи» (2000г.) то же была посвящена по преимуществу организационным вопросам получения психиатрической помощи детьми с нарушениями развития.

Заслуги в этом ремесле действительно были оценены. Сергей Викторович и врач организатор здравоохранения высшей квалификационной категории, и «Отличник здравоохранения» и Заслуженный врач Российской Федерации.

Важной чертой Сергея Викторовича была потребность внести какой-то порядок в хаотичность происходящего вокруг. От глобального до каждодневного. От составленных им многостраничных списков нормативно правовых актов, регулирующих оказание психиатрической помощи до разграфленного листка бумаги на столе, куда бисерным почерком были вписаны запланированные на неделю дела.

В решении встающих перед ним вопросов Игнатьев исповедовал дедуктивный метод. «Вопросы надо решать от общего к частному» - было одним из его излюбленных выражений.

Иной раз то, что говорил Сергей Викторович, казалось туманным и не совсем ясным, но (как ни странно) в письменной речи от этой туманности не оставалось и следа.

При подготовке любого приказа, аналитического обзора, письма особое внимание им уделялось структурированности и внятности текста. Любимым знаком препинания у него была красная строка. Разбивая текст на абзацы и меняя их местами у Сергея Викторовича из самого невразумительного текста получалось сделать логичный и понятный.

И, наверное, во всех сотрудниках, работавших с С. В. Игнатьевым, твердо въелось это «от общего к частному» и «логика применения красных строк», делящих тексты на абзацы.

И в остальном можно видеть то же самое стремление внести порядок в исторически сложившуюся неупорядоченность.

Больших усилий требовало приведение к требованиям изменяющейся нормативной базы выдачи различных заключений



об отсутствии психиатрических противопоказаний к выполнению отдельных видов деятельности. Долгое время сохранялась инерция прошлых лет, когда врачебное заключение врача психиатра подменялось отметкой об отсутствии информации о наличии психического расстройства (отсутствии «психиатрического учета»). Еще в 1996 году главный врач обращался в правоохранительные органы, прокуратуру, к руководству здравоохранением о недопустимости подмены заключений об отсутствии противопоказаний отметками о том, что гражданин не состоит «на учете у психиатра».

В течение 1997 – 1998 года велась длительная переписка с правоохранительными органами о характере предоставляемых им сведений о психическом здоровье граждан. Диспансер требовал соблюдения требования, действовавших на тот период времени Основзаконодательства РФ об охране здоровья граждан, в соответствии с которыми в запросах требовалось указать в качестве оснований для запроса факта того, что в отношении гражданина проводится расследование. Органы внутренних дел, ссылаясь на закон «О милиции» настаивали на формулировке – «в связи со служебной необходимостью». По итогам проводимой работы удалось отстоять формулировку «Основ» и уменьшить возможность для незаконного сбора информации о психическом состоянии граждан.

Также в ходе этой переписки диспансером предлагалось отказаться в запросах от термина «учет у психиатра», т. к. законодательство в области здравоохранения не содержит подобного понятия, и оно не имеет конкретного содержания. Предлагалось изменить его на термин: «информация о наличии и диагнозе психического расстройства», который наиболее точно отражает характер предоставляемых сведений. Работа принесла частичный результат, но полностью отказаться от термина «учет у психиатра» не удалось, потому что он, несмотря на свою неоднозначность, продолжает широко применяться в ряде законов и подзаконных актов.

Проводилась работа по соблюдению требований законодательства при помещении граждан в стационарные учреждения социального обслуживания для лиц, страдающих психическими

расстройствами. В 2006 году велась переписка с администрацией Центральных районных больниц по правильности заполнения медицинской документации, соблюдению прав граждан при поступлении в психоневрологические интернаты. Результатом этой деятельности стало издание совместного приказа региональных минздрава и минсоцзащиты, который установил понятные и в целом всех устраивающие правила по участию врачей психиатров в процедуре помещения в психоневрологический интернат.

В конце девяностых годов в Уголовный кодекс РФ был введен такой вид принудительных мер медицинского характера как амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра по месту жительства. В 2000 году, под непосредственным руководством Сергея Викторовича, был подготовлен приказ областного управления здравоохранения об организации работы по освидетельствованию пациентов, находящихся на АПНЛ. Были сформированы кустовые комиссии врачей и определен порядок их работы. Организация работы по АПНЛ, ее продуманность и логичность, были высоко оценены на совещании врачей психиатров в Твери в сентябре 2004 года и стала модельной для некоторых российских регионов.

Также, большие организационные усилия Сергей Викторович приложил к упорядочиванию организации работы по обследованию граждан для определения их способности по психическому состоянию к выполнению обязанностей воинской службы. В 2000г. был подготовлен совместный приказ Управления здравоохранения и Военного комиссариата Рязанской области, которым были определены потоки направления обследуемых, возможности вынесения решения на каждом из этапов, необходимый для проведения обследования объем предоставляемой информации, минимальные объемы проводимых дополнительных исследований. Были подготовлены требования к заполнению Листа медицинского освидетельствования в военкомате, форма направления на обследование в медицинскую организацию, примерная форма характеристики на обследуемого, таблица соответствия статей Расписания болезней и классификационных единиц МКБ -10. Благодаря этому, удалось, пусть и не в полной мере, добиться качественного улучшения направления на обследова-

ние, улучшения качества и сокращение срока его проведения. В 2005 году удалось добиться того, чтобы Военный комиссариат Рязанской области компенсировал медицинским организациям затраты на участие врачей психиатров в работе военно – врачебных комиссий районных военных комиссариатов. (Правда не во всех районах этим механизмом администрация медицинских организаций воспользовалась).

Внутри самого диспансера были сформированы подразделения со своими специфическими задачами, разработаны положения об этих подразделениях, подробные должностные инструкции работников, структурированы районы психиатрических участков. Более того, С. В. Игнатьев планировал сформировать перечень типовых ситуаций, возникающих при оказании психиатрической помощи и на каждый такой случай прописать регламент (даже с расчетом трудозатрат). Но сделать этого не удалось в силу самой специфики психиатрической помощи и непредсказуемости возникающих ситуаций.

Диспансер проходил путь через все «волны», которые качали отечественную психиатрию и отечественное здравоохранение. В самом начале периода его руководства – это была волна увлечения медико – социальной реабилитацией. Идеологией реабилитации пациентов, страдающих тяжелыми психическими расстройствами благодаря выдающейся пассионарной энергии проф. И. Я. Гуровича были охвачены психиатрические службы по всей стране, но в некоторых регионах эта тема была особенно актуальной. В том числе и Рязанской области, которая благодаря энтузиазму главного психиатра А. П. Кольцова вошла в число регионов, включенных в совместный российско – канадский проект «Общественная реабилитация в психиатрии». Специалисты диспансера обучались в Московском НИИ психиатрии по актуальным вопросам реабилитации. В 2000 году было создано отделение медико – социальной реабилитации больных. Появились специалисты по социальной работе и социальные работники. Бригадная форма оказания помощи в полном объеме была организована в стационаре Центра патологии речи детей и подростков. Диспансер посещал проф. А. Ньюфельд из Университета Калгари, положительно оценивший проводимую работу. Была органи-

зованна психотерапевтическая группа «клубного» типа (клуб «Феникс») и проводились психообразовательные мероприятия.

Интереснейшей была проведенная в Музее истории молодежного движения выставка художественного творчества пациентов «Исцеляющее искусство», имевшая значительный общественный резонанс. Изначально, эта выставка планировалась совместной с психиатрической больницей немецкого города Мюнстера – города-побратима Рязани. К сожалению, особенности германской бюрократии не позволили представить творчество немецких пациентов. Но, тем не менее, были представлены фотографии, посвященные творчеству пациентов из этой психиатрической больницы, а открывал выставку сам мэр г. Мюнстера. Члены клуба «Феникс» принимали участие в выставке, проводившейся в московском «Музее аутсайдеров». К сожалению, с годами энтузиазм померк, но, тем не менее, деятельность в этом направлении продолжается и сохраняется многое из сделанного в тот период.

Бурным был период с 2005 и последующих годов, когда федеральный бюджет взял на себя обязанности по обеспечению инвалидов натуральными льготами (в том числе по обеспечению права на дополнительное льготное обеспечение и на льготное санаторно – курортное лечение) в соответствии с ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ».

Следствием этих процессов было введение в практику работы диспансерного отделения психофармакологических препаратов нового поколения. Если до 2005 года они применялись достаточно редко, то после введения в 2005 году дополнительного лекарственного обеспечения инвалидов за счет средств федерального бюджета их применение стало массовым. Так, в первый же год действия программы ДЛО за счет федерального бюджета было выписано рецептов на 1 млн. 300 тыс. рублей. (При ценах 2005 года). В 2010 году было использовано более 2 млн. рублей федеральных средств. Шел и рост средств, выделяемых на льготное лекарственное обеспечение из регионального бюджета. Произошел, своего рода, фармакологический переворот в повседневной практике оказания психофармакологической помощи в амбулаторных условиях. В дальнейшем, перевод лекарственного

обеспечения на средства регионального бюджета и возможность монетизации натуральных льгот существенно сократили лекарственные возможности, но лечение все равно качественно отличается от того, что было для данного «переворота».

Долгой была и борьба, возглавляемой С. В. Игнатьевым внебольничной психиатрической службы за обеспечение права пациентов, страдающих психическими расстройствами на получение санаторно – курортного лечения, в том числе и на льготных условиях, что предусматривалось законодательством. В результате длительных усилий в 2005 – 2006 году удалось, пусть и не полном объеме, преодолеть категорическое неприятие Фондом социального страхования возможности реализации этого права.

Интересным был период реализации первых Приоритетных национальных проектов, в соответствии с которыми появилась возможность за счет федерального финансирования осуществить то, на что ранее не имелось необходимых средств.

Так из средств ПНП «Здоровье» диспансеру были выделены средства на проведение обучения специалистов. Благодаря этому удалось провести интереснейшие выездные циклы тематического усовершенствования по смежным вопросам психиатрии – наркологии (проведен каф. психиатрии – наркологии РМАПО), психотерапии психических расстройств (Московский НИИ психиатрии), актуальным вопросам геронтопсихиатрии (НЦПЗ РАМН).

По ФЦП «Модернизация учреждений здравоохранения» была выделена огромная сумма в 57 млн. рублей на проведение капитального ремонта здания Центр патологии речи детей и подростков. При проведении капитального ремонта в 2011 году неизменными остались лишь фундамент здания и его наружные стены. Фактически после ремонта это уже другое здание с совершенно иным уровнем комфорта. Здание было включено в список объектов, подлежащих капитальному ремонту, потому что в диспансере имелся заранее, за несколько лет до этого, разработанный по инициативе С. В. Игнатьева строительный проект. Еще более миллиона рублей данной целевой программы были использованы на оснащение Центра оборудованием.

С 2012 года удалось войти в РЦП «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Рязанской области на 2007 – 2011 г.» и использовать значительные средства на приобретение медицинского оборудования, подготовку специалистов и обеспечение пациентов современными лекарственными препаратами. В той или иной степени, использование средств региональных целевых программ осуществляется и в настоящее время. За первые годы программно – целевого финансирования на эти цели выделялось ежегодно более трех с половиной миллионов рублей.

Некоторые изменения в структуре организации системы здравоохранения в России вызвали серьезные вопросы. Так принятый в 2005 году ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в РФ» отнес организацию специализированных видов помощи в т. ч. и психиатрической помощи к компетенции органов государственной власти, при том как психиатрические стационары и кабинеты центральных районных больниц относились к муниципальной системе здравоохранения, что делало возможность их существования проблемной. Планировалась, то передача психиатрических отделений и кабинетов в районах области в структуру психоневрологического диспансера, то организация неких межрайонных центров оказания специализированных видов медицинской помощи (наркологическая, дерматологическая и фтизиатрическая помощь оказались в той же ситуации). Переписка, планирование и обсуждение возникающих проблем продолжались до принятия ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», когда эти вопросы отпали сами по себе.

Шла конечно и текущая работа. Развивалась психотерапия. В 2000 – 20003 году активно развивалось системное семейное консультирование. Значительно увеличилось число работающих в диспансере медицинских психологов. В 2007 году начал работу кабинет врача – сексолога.

В 1998 году на по инициативе С. В. Игнатьева на базу психоневрологического диспансера была переведена кафедра психиатрии и психотерапии факультета последипломного образования Рязанского государственного медицинского университета им. И. П. Павлова и в 2000 году диспансер получил статус клиническо-

го. Это благотворно сказалось и на возможностях работы диспансера, и на возможностях работы кафедры.

Введение Положения о порядке оплаты работников здравоохранения Рязанской области предполагало дифференциацию оплаты труда работников в зависимости от присвоенной квалификационной категории. И если в отношении врачей и работников со средним медицинским образованием такой порядок существовал давно, то в отношении медицинских психологов был применен впервые. Однако, механизма аттестации таких специалистов на аттестационные категории не имелось. Пришлось его создавать с нуля. И Рязанская область – один из немногих регионов, где такой порядок создан, что также требовало достаточных организационных усилий. А в 2011 году такая же ситуация сложилась и с аттестацией логопедов (В том году министерство образования Рязанской области прекратило проводить аттестацию работников педагогического профиля, работающих в учреждениях здравоохранения), и также была успешно разрешена.

Наличие в структуре психоневрологического диспансера детского речевого стационара), который, с одной стороны, имел структуру и штат детского психиатрического отделения, а с другой стороны, структуру и штат близкие к логопедическому детскому саду, показывали, что такие «гибридные» структуры могут существовать в принципе.

А значит возможна организация и других подобных структур, которые не совсем соответствуют сложившимся формам работы медицинских организаций.

Одной из таких форм было создание некоей «внедиспансерной» системы оказания помощи пациентам с психическими расстройствами непсихотического уровня, другой формой – создание системы оказания помощи детям с нарушениями психического развития и нарушениями школьной адаптации.

Идея создания в системе государственных учреждений некоей структуры оказывающей помощь при т. н. «пограничных психических расстройствах» и делая эту помощь минимально стигматизированной все эти годы «носится в воздухе», и уже с конца 1990 х годов в диспансере предпринимались попытки эту идею каким-то образом реализовать.

В те годы на федеральном уровне было принято решение об организации в медицинских организациях отделений и кабинетов медицинской профилактики, которые вели бы работу, непосредственно не связанную с оказанием медицинской помощи (санитарно – просветительская работа, диспансеризация здоровых, школы здоровья и пр.).

В 1997 году было организовано отделение психопрофилактики и в психоневрологическом диспансере. И на него как раз и была частично возложена реализации идей по созданию некоей широкой системы, как это называл Сергей Викторович, «формирования психического здоровья». В одной из статей он обозначил это как «переход от преимущественно лечения на комплексную био-психо-социальную помощь с акцентом на социально-адаптационный, и личностно – психологический компонент». То есть помимо «больных» работа должна вестись и со «здоровыми».

Отделением велась образовательная работа с широкими массами школьников на базе детских клубов и общеобразовательных школ, а в летнее время и детских оздоровительных лагерей. В последнем случае преимущественно велась работа с детьми, проживающими в школах – интернатах. Проводились психопрофилактические беседы, вечера вопросов и ответов, психологическое консультирование и обучение элементам релаксационных техник. Задачами этой работы была профилактика школьной дезадаптации, невротических и психосоматических расстройств у детей.

В рамках этой работы на базе сначала одной, а затем четырех городских школ проводилось исследование уровня тревожности у школьников и влияния на него релаксационного тренинга. Проект носил название: «Отработка механизмов внедрения комплексной медико-психолого-педагогической профилактики дезадаптивных форм поведения детей и подростков в условиях общеобразовательной школы».

Очень активной была деятельность в попытке повлиять на представления общества о психических расстройствах и психиатрической помощи в средствах массовой информации. В концепции С. В. Игнатьева «О формирования психического здоровья»



было важна открытость службы, позитивный имидж, выход из традиционной психиатрической закрытости. За первые 5 лет работы С. В. Игнатьева в качестве главного врача число выступлений в средствах массовой информации было больше чем за 45 предшествующих лет работы диспансера. И в дальнейшем эта тенденция сохранялась. Так по отчетам за 2000-2004 год сотрудники диспансера участвовали в 42 теле- и радиопередачах, опубликовали более 30 газетных и журнальных статей. Разрабатывались и распространялись различные буклеты, методические рекомендации, памятки для пациентов, их родственников, врачей соматической сети,

Для того чтобы сделать помощь более доступной и менее стигматизированной реализовались идеи по развитию внедиспансерных форм работы. Одной из таких форм было оказание помощи детям на базе образовательных учреждений. По согласованию с рядом школ в каждом из районов города были организованы реабилитационные кабинеты в которых с определенной периодичностью детей и их родителей консультировали детский психиатр и логопед. Проводились консультации родителей по вопросам психического здоровья, осуществлялась ранняя диагностика и коррекция психоэмоциональных расстройств, школьной дезадаптации. За год осматривалось детскими психиатрами и логопедами до 1500 детей.

Развивалось оказание помощи на базе медицинских организаций оказывающих непсихиатрическую помощь. Одним из направлений была организация на базе Городской поликлиники №2 городского центра «Антистресс», который будучи подразделением поликлиники должен был оказывать психотерапевтическую помощь не только прикрепленному к поликлинике населению, но всему населению города Рязани. На этапе становления Центра диспансером осуществлялась организационное и методическое руководство им.

В создании этой идеи С.В. Игнатьев конечно же не был одинок. Во многом, наполнение конкретным содержанием общих идей проекта это наполнение их идеями Людмилы Александровны Кузьминой, которая руководила с 1996 года суицидологической службой области. Именно эта служба, в основе которой ле-

жала служба: Телефон экстренной медико – психологической помощи «Телефон доверия», должна была стать осью для формирования «службы психического здоровья». «Телефон доверия» был переведен на базу психоневрологического диспансера в 1999 году и этот период его существования был лучшим в его истории. На 2002 год действовало два круглосуточных канала. Были попытки наладить работу кабинета медико – психологической помощи, как второго этапа помощи пациентам с кризисными ситуациями и организации постоянного психологического консультирования пациентов, поступающих в Городскую больницу скорой медицинской помощи после совершения суицидальных попыток. Однако, невысокий уровень осознаваемой потребности в такой помощи, недоброжелательное отношение администрации БСМП не позволили реализовать намеченные планы.

Одним из несколько фантастичных проектов было создание «Центра психического здоровья», как организационной структуры для оказания психологической, логопедической, психотерапевтической и психиатрической помощи вне стен диспансера. За основу такого Центра должна была быть положена структура психотерапевтического центра, предусмотренная номенклатурой видов медицинских организаций, но существенно измененная и дополненная, в том числе дополненная структурами, предусматриваемыми Приказом МЗ России о помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. В дальнейшем планировалось создание его выделенных подразделений в наиболее крупных райцентрах, для обеспечения психотерапевтической, психопрофилактической и суицидологической помощи по межрайонному принципу. В структуру это же Центра планировалась передача психотерапевтических кабинетов, работающих в городских поликлиниках. Реализация проекта могла бы обеспечить доступность и малую стигматизированность помощи людям, находящимся в кризисных ситуациях, страдающим невротическими и психосоматическими расстройствами.

Для разработки методологических основ организации работы такого центра привлекались сотрудники различных кафедр медицинского университета (С. С. Петров, Н.В Яковлева, М. М. Лапкин).

Дальнейшей перспективой было выделение из структуры этого Центра подразделений, занимающихся оказанием помощи детям, страдающим психическими расстройствами непсихотического уровня и создание детского Центра психического здоровья как отдельной структуры.

Сейчас, в ходе реформирования психиатрической помощи в г. Москве, руководство столичного здравоохранения ищет подходы к путям реализации этого проекта. А у С. В. Игнатьева и в 2000 году все было придумано.

Но. Для реализации проекта уже изначально нужно было введение 11 дополнительных ставок психотерапевтов и такого же числа должностей медицинских психологов, а также множество других должностей. Нужно было помещение вне основной территории психоневрологического диспансера площадью 2 тыс. кв. метров. (Площадь была рассчитана из Типовых проектов психотерапевтического центра, разработанных рабочей группой Минздрава под руководством проф. Б. Д. Казаковцева). Но его предоставить никто не хотел, а возможно, и не мог. Рассматривалась принципиальная возможность капитального строительства такого здания на пустующей на то время территории рядом с психоневрологическим диспансером, но даже до проектирования здания дело не дошло. Теоретически в тот период реализация такого проекта была возможна, но для этого нужна была пассионарность генерала Бонапарта, которой, к сожалению, у Сергея Викторовича ее не было. Разработать отличную и теоретически реализуемую замечательную идею и реализовать ее пробивая стены властных кабинетов не одно и то же.

Однако, Сергей Викторович пытался хотя бы частично реализовать свои идеи через включение в любую реализующуюся в области программу, которая хотя бы косвенно касалась служб психического здоровья. Предложения вносились и в программы профилактики безнадзорности несовершеннолетних, и в программу борьбы с инфекционными заболеваниями, и в программу предупреждения инвалидности и любую другую программу, если от руководителя медицинской организации запрашивали какие-нибудь предложения.

Что касается идеи создания системы оказания помощи детям с нарушениями психического развития и нарушениями школьной адаптации, то базой для реализации проекта С. В. Игнатьевым виделась существующая система оказания психиатрической помощи детям, страдающим речевыми расстройствами. С 1973 года в структуре диспансера функционировал в качестве отделения Детский речевой стационар. В 1999 году Сергей Викторович организовал на его базе Центр патологии речи детей и подростков, организационно объединив этот стационар и амбулаторный логопедический прием в диспансере. Предпринимались попытки создания третьего звена помощи при речевых расстройствах в виде дневного стационара. Первые обращения по поводу перевода в режим дневного стационара 20 коек ЦПРДиП относятся к 2001 года. Однако, планировка здания и невозможность его перепланировки (связанная с тем что здание является памятником архитектуры) не позволяли тогда это сделать в силу санитарных норм и правил.

С. В. Игнатьев считал, что это историческое здание при любых обстоятельствах не позволит расширять данный вид помощи и считал, что предпочтительнее был бы перевод центра в бывшее здание лечебных мастерских психиатрической больницы, где больше общая площадь, возможна перепланировка, строительство дополнительного этажа или пристройки. В теории же было, при создании такого Центра, постепенное расширение его функций и превращение в Центр лечебной педагогики, который помимо речевой патологии мог бы заниматься и иными нарушениями психического развития детей, а также в некоторой степени расстройствами школьной адаптации и девиантным поведением детей. К сожалению, реализация данного проекта требовала огромных по меркам Рязанской области затрат и огромных усилий по продвижению проекта. На 2004 год лишь первые шаги на реализацию проекта требовали более 6 миллионов рублей, которые несмотря на все обращения так и не были выделены.

Обсуждалась с областным управлением социальной защиты населения и возможность организации специальной структуры, которая могла бы осуществлять реабилитацию детей инвалидов, а также инвалидов с детства в стационарных, полустационарных и

амбулаторных условиях как альтернативе учреждений интернатского типа.

Но даже приступая к планированию и реализации таких проектов была очевидна необходимость преодоления межведомственных барьеров.

В 2005 году даже предлагался проект Закона Рязанской области «О формировании психического здоровья населения Рязанской области» в котором предлагалось создать систему комплексного подхода к профилактике, лечению и реабилитации лиц с психическими расстройствами и предболезненными состояниями. За пример была взята система профилактики безнадзорности и противоправных действий несовершеннолетних.

Предполагалась разумная и исполнимая система взаимодействия органов государственной власти, местного самоуправления, здравоохранения, образования, социальной защиты, правоохранительных органов, средств массовой информации, а также общественных организаций. Предлагалось создание постоянно действующей комиссии (по типу антинаркотической), которая координировала бы деятельность всех сторон, участвующих в работе, принятие целевых программ, направленных на решение наиболее актуальных проблем, организацию информационного обеспечения. Планировалось за счет данного закона решить вопрос об установлении источников финансирования обязательного страхования работников учреждений оказывающих психиатрическую помощь, а также источников финансирования психотерапевтической, логопедической и психологической помощи в медицинских организациях, оказывающих первичную медико – санитарную помощь населению. И самое главное выделить бюджетные деньги на реализацию существующих планов, путем формирования областной целевой программы. К сожалению проект был «сырым» и не дошел до обсуждения в областной думе.

В 2007 году у Управления здравоохранения Рязанской области созрела идея о том, чтобы поддержать создание Центра психического здоровья. За пример была взята организация такого центра на базе Московской ГКПБ №12 им. Каннабиха. Но в Рязани было решено его создавать не на базе психиатрического учреждения, и не как самостоятельную организацию (как собствен-

но планировал С. В. Игнатъев), а на базе уже существующего учреждения – Центра медицинской профилактики. На базу Центр была переведена служба «Телефон доверия» и несколько врачебных должностей для организации консультативного приема. Но, ни правовой статус этого учреждения, ни имеющиеся у него организационные ресурсы не позволили организовать работу Центра в должном виде, и в 2010 году службы были возвращены в психоневрологический диспансер, но с серьезными кадровыми потерями.

Первые итоги работы были подведены на масштабной межрегиональной конференции «Медицинские и социальные основы формирования психического здоровья», посвященной 50-летию работы психоневрологического диспансера, состоявшейся 7 – 8 июня 2002 года. К конференции был издан (впервые за долгое время) сборник научных работ, буклет о работе диспансера, специальный номер газеты «Рязанский медицинский вестник». Работа конференции и юбилей широко освещались в местных средствах массовой информации. Были подведены и тоги работы и намечены планы. Какие-то из них были реализованы, а какие-то нет. Сейчас, по прошествии многих лет, становится понятно, что, по-видимому, это юбилей и был вершиной деятельности С. В. Игнатъева

В планах проявлялось столь характерное для Сергея Викторовича сочетание размаха и стремления к упорядоченности с некоторым схематизмом. С одной стороны, идея о создании некоей всеобщей и мультидисциплинарной системы, с другой стороны, как он писал в одной из статей: «выделение типовых контингентов потребителей помощи с формированием сходных моделей ее оказания». При этом размах концепции иной раз выходил за пределы реализуемого. Так в некоторых статьях к компетенции «Центра психического здоровья» Сергей Викторович относил и участие в лечении психосоматозов, и выявление детской одаренности, и предупреждение ранней алкоголизации, и профилактика безнадзорности. И чем дальше, тем в большей степени окружающие воспринимали глобализацию планов главного врача как не основанное на изменяющейся реальности фантазерство. Сосредо-

точение взгляда на далеко стоящих целях, порой не давало взглянуть «себе под ноги».

Уже к концу первого десятилетия текущего столетия медицина стала все туже втискиваться в прокрустово ложе номенклатур видов учреждений, а затем и порядков оказания медицинской помощи при различных заболеваниях. Как и Сергей Викторович Государство стремилось внести упорядоченность в хаотичность унаследованную от прошлого периода развития страны. Но тот порядок, что вносило Государство, часто в виде непродуманных и грубых схем, не совпадал с его порядком. И места для реализации таких интересных проектов просто не стало, что во многом и определило спад активности С. В. Игнатьева, некоторое разочарование в своей деятельности, к чему присоединились и прогрессирующие проблемы со здоровьем.

В декабре 2013 года Министерством здравоохранения Рязанской области трудовой договор с С. В. Игнатьевым на замещение должности главного врача областного психоневрологического диспансера продолжен не был. И с этого же времени начался процесс ликвидации как юридического лица и самого диспансера. В апреле 2015 года диспансер был упразднен путем присоединения к ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Баженова».

Сергей Викторович Игнатьев скончался после тяжелой болезни 6 июля 2016 года, совсем немного не дожив до своего шестидесятилетия.

Итак. По большому счету. Были определены недостижимые цели. Были поставлены невыполнимые задачи. И на пути к ним было сделано много действительно ценного, важного и во многом определяющего состояние внебольничной психиатрии в Рязанской области. Насколько сохраниться это наследие – покажет время.

## Временная перспектива осужденных-рецидивистов как показатель психологического здоровья

*Алигаева Н.Н.*

Калужский государственный университет им. К.Э. Циолковского

Повышенная общественная опасность осужденных-рецидивистов в сочетании с глубоко укоренившимися антиобщественными взглядами и установками приводят к необходимости использовать различные методы воспитательного и психологического характера для оказания воздействия на их исправление и дальнейшую благоприятную ресоциализацию. «Изменить» осужденного-рецидивиста достаточно трудно, т.к. индивидуальные свойства формировались годами под воздействием различных факторов, но именно их учет позволяет осуществить грамотные воспитательные воздействия.

Психическое здоровье является одним из основных показателей благоприятной/неблагоприятной адаптации человека к изменившимся условиям среды.

Основными критериями психического здоровья Всемирная организация здравоохранения выделяет осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я», критичность к себе и к своей деятельности, соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, способность планировать собственную жизнедеятельность способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных обстоятельств [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Согласно И.В. Дубровиной основу психического здоровья составляет полноценное развитие высших психических функций, психических процессов и механизмов, а основу психологического здоровья – развитие личностной индивидуальности и психологические особенности человека [1].

Психологические особенности осужденных-рецидивистов характеризуются в основном свойственными личности преступника признаками. Однако частое и тесное взаимодействие с тю-



ремным миром оказывает сильное воздействие на деформацию нравственного и правового сознания, формирование антиобщественных установок. При описании их черт личности часто используют такие словосочетания: эгоизм, алчность, жадность, жестокость, озлобленность, не критичность к собственным действиям, бедность или искаженность ценностных ориентаций, интеллектуальная и волевая пассивность, большая зависимость от внешних ситуаций, отсутствие личных перспективных планов, легкомысленность, чрезмерная подверженность негативным влияниям и т.д. [3].

П.Н. Кобез выделяет также следующие психологические особенности, характерные для осужденных-рецидивистов: индивидуализм, пренебрежение к обществу, отрицательное отношение к труду, паразитический образ жизни. Эмоциональные состояния являются бурными, яркими, легко сменяющимися друг друга. Они формируются под воздействием всего образа жизни человека и оставляют отпечаток на характере его деятельности. Поведению свойственна импульсивность, что приводит к правонарушениям [2].

В последние годы актуальности набирают исследования, посвященные изучению временной перспективы осужденных, особенности которой применимы в воспитательных и психологических мероприятиях, что способствует полноценной и всесторонней проработке проблем человека, их причин возникновения и дальнейших действий по их устранению. Отбывание наказания в исправительных учреждениях сопровождается ломкой привычного образа жизни, отрывом от близких людей, длительностью тяжелого обреченного существования, скудным бытовым условиям, повсеместному контролю, давлению со стороны сотрудников, жестокому обращению. Осознание времени своей жизни позволяет оценивать и планировать собственную деятельность, адаптироваться к условиям социальной изоляции.

И.А. Ральникова и В.Г. Залевский выделяют следующие «феномены», характерные для временной перспективы осужденных:

- «сужение трансспективного обзора жизненного пути»: существенное уменьшение количества событий в субъективной картине жизни осужденных;
- «негативное прошлое»: потеря смысловой наполненности и личностной значимости прошлого, его недостаточная упорядоченность, слабоструктурированность, неподконтрольность;
- «событийная опустошенность настоящего»: потеря ощущения личностной значимости происходящего, нарушение психологической связи с действительностью, недостаточность эмоциональной вовлеченности в события настоящего;
- «нарушение временной целостности»: свое прошлое, настоящее и будущее осужденные чаще всего представляют в виде отдельных, не связанных друг с другом конгломератов;
- «аморфность будущего»: отсутствие четких представлений о логических связях между происходящими и будущими событиями [4].

Лишение свободы выступает как один из значимых и переломных моментов в жизни человека. У осужденных-рецидивистов, которые имеют неоднократный опыт отбывания наказания в исправительных учреждениях, в качестве копинг-стратегий или под воздействием изменившихся условий жизни, в частности пространственных ограничений, происходит деформация представлений о прошлом, настоящем и будущем. Однако именно данные особенности временной перспективы могут являться опорными при проведении мероприятий воспитательного и психологического характера, способствующих оптимизации эмоционального состояния и адаптации к новым условиям жизни.

#### Список литературы:

1. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования. 2009. №3(20). С. 17-21.
2. Кобец П.Н. Исследование личности рецидивиста – как одна из важнейших задач, связанных с разработкой мер по преду-

- преждению рецидива преступлений // Символ науки: международный научный журнал. 2015. №6. С. 229-231.
3. Колодезный А.А. Особенности личности рецидивиста и профессионального преступника // Социально-экономические проблемы развития южного макрорегиона. 2015. С. 59-62.
  4. Психическое здоровье // Википедия. [2022]. URL: <https://ru.wikipedia.org/?curid=19169&oldid=122236540> (дата обращения: 27.05.2022).
  5. Ральникова И.А., Залевский В.Г. Деформация временных представлений лиц, осужденных к лишению свободы // Известия Алтайского государственного университета. 2015. №3-1(87). С. 70-74.

### **Трудности дифференциальной диагностики психических расстройств у пациентов с употреблением каннабиноидов**

***Баранов А.В.***

ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер»

Вопросы дифференциальной диагностики психических расстройств на фоне употребления каннабиноидов широко дискутируется в литературе, т.к. таких пациентов становится все больше, а точная дифференциация между дебютом первичного психического расстройства и индуцированным состоянием не всегда представляется однозначной [4]. Классические подходы деления психических расстройств на эндогенные и экзогенные трудно применимы к современным синтетическим высокопотентным веществам, которые дают высокую степень «шизофренизации» клиники индуцированных состояний, а новые, в том числе и из МКБ-11, опираются зачастую на формальные критерии, что не дает клиницисту необходимой точности и глубины понимания. В статье приводится мнение об основных трудностях в этом вопросе от практикующего врача-нарколога, проиллюстрированное клиническим случаем.

Каннабиноиды - группа терпенофенольных соединений, производных 2-замещённого 5-амилрезорцина. В природе встречаются в растениях семейства коноплевых, являются действующими веществами гашиша и марихуаны. Растительные каннабиноиды являются C-21 соединениями, имеющими родственную структуру. Психотропный эффект марихуаны достигается благодаря действию дельта – 9 - тетрагидроканнабинола, способного избирательно связываться с определёнными структурами отделов головного мозга, называемыми каннабиноидными рецепторами. Растительные каннабиноиды также называют фитоканнабиноидами [3].

В настоящее время каннабиноидами принято называть также синтетические вещества, имеющие родственную растительным каннабиноидам структуру и обладающие аналогичным фармакологическим действием — такие вещества называются классическими каннабиноидами. Также к каннабиноидам относят синтетические вещества, имеющие отличную от растительных структуру (аминоалкилиндолы, эйкозаноиды, 1,5-диарилпиразолы, хинолины, арилсульфонамиды и др.), но обладающие теми же фармакологическими свойствами — такие вещества называют неклассическими каннабиноидами [2].

Существуют также вещества, которые вырабатываются в организме человека и являются эндогенными лигандами-агонистами каннабиноидных рецепторов, к ним относятся анандамид и родственные ему соединения — производные полиненасыщенных жирных кислот. Данные соединения необходимы для нормального функционирования головного мозга и отвечают за ряд жизненно важных функций. В связи с тем, что данные соединения имеют эндогенное происхождение, их назвали эндогенными каннабиноидами, или эндоканнабиноидами.

Каннабиноиды (марихуана, гашиш, конопля и др.), наряду с алкоголем, являются наиболее употребляемыми, их употребление распространено особенно между людьми с психотипическими расстройствами. Доказано, что регулярное употребление марихуаны повышает риск возникновения первичного психотического эпизода, хотя вопрос влияния употребления алкоголя и наркотиков на шизофрению остаётся обсуждаемым. Существует

мнение, что употребление ПАВ связано с менее благоприятным течением шизофрении, большей тяжестью нейрокогнитивных симптомов (интеллектуальное снижение и нарушение познавательной функции). По результатам других исследований утверждается, что больные шизофренией, которые употребляют каннабиноиды, имеют менее тяжёлое течение заболевания [1].

При тяжёлой степени интоксикации, длительном злоупотреблении препаратами конопли или повышенной чувствительности к этим препаратам может развиваться психотическое расстройство, для которого характерна шизофреноподобная симптоматика. Для этих состояний характерны сложные вербальные, зрительные и тактильные галлюцинации и псевдогаллюцинации, бред отношения, воздействия, ущерба, явления психического автоматизма.

На практике не всегда бывает просто дифференцировать эндогенное психотическое расстройство (в частности, дебют шизофрении) на фоне употребления психоактивных веществ от собственно шизофреноподобных психотических расстройств, связанных с употреблением ПАВ.

Рассмотрим трудности диагностики на конкретном клиническом случае из практики.

Пациент Б., 25 лет, поступил на стационарное лечение в отделение неотложной наркологической помощи ГБУ РО ОКНД по СМП с диагнозом: Интоксикационный психоз.

Из анамнеза: наследственность психопатологически, по алкоголизму и наркоманиям не отягощена. Родился в срок от нормально протекавшей беременности и физиологических родов вторым по счёту ребёнком. Рос и развивался нормально, без отставания от сверстников. В детстве перенёс ветрянку, гайморит, в лёгкой форме болел простудными заболеваниями. Черепно-мозговых травм, судорожных припадков не было. Детские дошкольные учреждения посещал. Обучение в школе начал с семи лет, учился хорошо, только на «4 и 5». В старших классах активно увлекался физикой и математикой. После окончания 11 классов школы поступил в МГТУ им. Н.Э.Баумана по специальности «Ядерные реакторы и установки». Во время обучения довольно часто чувствовал тоску, апатию, был эмоционально подавлен. В

2019 году не сдал курсовой проект, из-за чего был вынужден уйти в академический отпуск. Позже был восстановлен и окончил университет в 2021 году.

Впервые стал принимать наркотические вещества с 20 лет. Употреблял каннабиноиды, природные и синтетические (коноплю, гашиш), ингаляционным путём, в компании друзей, когда проходил обучение в университете в г. Москва. Употребление носило эпизодический характер. Однократно попробовал экстази – «не понравилось». Приём других наркотических веществ пациент категорически отрицает. С лета 2021 года после окончания университета появилась сильная тоска, апатия, подавленность. Продолжить жить в г. Москва на съёмной квартире. Со слов, стал курить каннабиноиды ежедневно, до нескольких раз в сутки. Чувствовал обиду на жизнь, стали появляться мысли навязчивого характера, глубоко анализировал свою жизнь, видел в ней «знаки судьбы», утверждал, что совершал «странные вещи». Состояние ухудшилось после смерти бабушки. Стал напряжённым, беспокойным, подозрительным. Считал, что с ним провели «ритуал», после чего он стал хищником, познал «основы бытия». Читал философские книги, утверждал, что «это ведь про меня всё написано». Дома чувствовал страхи, думал, что «о нём все знают», что окружающие «читают его мысли», поэтому «предпочитал молчать».

С начала 2022 года мать пациента забрала его к себе в г. Рязань. В течение месяца наркотические вещества не употреблял, но психическое состояние оставалось прежним. Был малообщительным, эмоционально подавленным, своих переживаний не раскрывал. Говорил, что в голове периодически появляются «послания», которые «направляют его». В конце января мама пациента вместе с ним обратилась за консультацией врача-психиатра в частный медицинский центр, где был поставлен предварительный диагноз: F 23 Острый транзиторный психоз, была рекомендована госпитализация в психбольницу. Сам пациент отказался проходить стационарное лечение в условиях психиатрической больницы. Наркотические вещества более не употреблял. В сопровождении матери ходил в церковь, «там понял, что человек в чёрной рясе и маске хочет застрелить меня из пистолета за то, что

узнал такое, что может перевернуть всё мироздание», испытывал страх, тревогу. Сразу после причастия в церкви «видел малыша, которого изображают на иконах». В течение следующих нескольких дней стал утверждать, что вокруг «прослушки», установлены камеры ему в глаза неизвестными людьми. В один из дней в феврале 2022 года выбежал рано утром на улицу без обуви и штанов, кричал, что «цирк в доме надоел», подбежал к неизвестной машине, стал просить помощи. Неизвестный водитель на своей машине привёз его в приёмное отделение ГБУ РО ГК БСМП, сотрудники которой вызвали психиатрическую бригаду СМП. Был госпитализирован в отделение неотложной наркологической помощи ГБУ РО ОКНД.

При поступлении пациент в сознании, в месте, времени, собственной личности ориентирован правильно. Контакт доступен с трудом. На вопросы отвечает после паузы, односложно, не всегда в плане заданного. Внимание привлекается с трудом и сосредоточено на своих переживаниях, внутренний мир которых полностью не раскрывает. Замкнут, насторожен, напряжён, подозрителен. Активно жалоб не предъявлял, говорил только, что «всё это надоело», подробностей не раскрывал. Настроение снижено, суицидальных мыслей не высказывал.

В течение следующих нескольких дней пребывания и лечения в стационаре Б. стал более охотно беседовать с врачом, отвечал на вопросы более обстоятельно, рассказал, что «недавно пришёл к выводу, что ещё с детства посещают дурные мысли, которые читают другие». Высказывал бредовые идеи о том, что он «сверхчеловек», что «посторонние и окружающие вполне могут знать, о чём я думаю». При этом наличие «голосов», «видений» отрицал. Выражение лица было задумчивым, мимика бедная. С другими пациентами не контактировал. Время проводил в пределах постели в своих размышлениях или за чтением художественной литературы.

В токсико-химическом исследовании мочи при поступлении была обнаружена ТНС-СООН-11-нор-дельта-9-тетрагидроканнабинол-9-карбоновая кислота – основной вторичный метаболит тетрагидроканнабинола, который образуется в организме после употребления каннабиса. Данный метаболит нака-

пливается главным образом в жировой ткани, причём у хронических потребителей каннабиноидов его аккумуляция преобладает над выведением. При полной отмене употребления каннабиноидов анализ мочи будет оставаться положительным в период до двух месяцев. Учитывая анамнез жизни, заболевания, клиническую картину, а также результат анализа мочи, был поставлен диагноз: F 12.50. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением каннабиноидов. Шизофреноподобное психотическое расстройство.

При патопсихологическом обследовании пациента было выявлено умеренное снижение кратковременной и грубое снижение долговременной механической памяти, нарушение смысловой памяти, неустойчивость мыслительных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления, инертность мышления, колебательная истощаемость, субклинические симптомы депрессии. Различие воробья и вертолёт объяснил так: «...воробью нужно быстрее садиться на землю, чтобы сердце не остановилось, а вертолёт – другой летательный аппарат». В методике «Сравнение понятий» между понятиями лётчик и танкист выделяет общий признак – «любят свою работу», различие – «лётчик спит на верхней полке, танкист – на нижней». В методике «4-й лишний» в карточке с пальто, брюками, платьем и часами лишним выделил платье, остальное – «мужская одежда».

На фоне лечения (дезинтоксикационная терапия, бромдигидрохлорфенил-бензодиазепин, галоперидол, трифлуоперазин, тригексифенидил) состояние пациента улучшилось, стал более общительным, начало выравниваться настроение, появилась частичная критика к заболеванию. О психотических переживаниях говорил с осторожностью, в беседе с врачом полностью «не раскрывался». В целях постановки окончательного клинического диагноза пациент был консультирован доцентом кафедры психиатрии РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, но на основании приведенных данных было дано заключение, что «в настоящий момент не представляется возможным чётко дифференцировать эндогенное психотическое расстройство (дебют шизофрении) и расстройство, связанное с употреблением психоактивных веществ. Реко-



мендовано динамическое наблюдение врача-психиатра и обследование в условиях психиатрической больницы.

Пациент был выписан из стационара ОКНД в удовлетворительном состоянии через две недели в сопровождении матери. При выписке даны рекомендации обратиться в психоневрологический диспансер для дальнейшего динамического наблюдения и при необходимости – лечения.

Таким образом в статье проиллюстрированы возникающие на практике трудности дифференциальной диагностики собственно эндогенных психических заболеваний и психических и поведенческих расстройств и последствий, связанных с употреблением психоактивных веществ. С целью постановки точного диагноза пациенты данной группы должны проходить динамическое наблюдение и лечение в условиях психиатрической службы.

#### Литература:

1. Всемирный доклад о наркотиках. Издание Организации Объединённых Наций, 2015. – 266 с.
2. Лебедев В. Каннабиноиды в медицине: тупик или перспективное направление? [Электронный ресурс]. URL: <https://biomolecula.ru/articles> (дата обращения: 08.03.2022)
3. Лекции. Токсикологическая химия. Каннабиноиды. Химико-токсикологический анализ. [Электронный ресурс]. URL: <https://farmf.ru/lekcii> (дата обращения: 08.03.2022)
4. Федотов И.А., Кватрон Д., Шустов Д.И. Индуцированные наркотическими веществами психозы и шизофрения: точки соприкосновения // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2020. Т. 28, №4. С. 593-604. doi:10.23888/PAVLOVJ2020284593-604

### **Клинический случай недифференцированной формы шизофрении**

*Бурмистрова М.А., Суслонova А.Ю.*

ГБУ Рязанская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова.

Пациентка N, 04.06.1987 (35 лет).

Диагноз: Шизофрения, недифференцированная форма F20.3  
Проходила лечение дважды: с 16.03.2022г. по 08.04.2022г. и с 19.04.2022г. по настоящее время.

Анамнез: родилась в Узбекистане, второй из двух детей в семье, есть старший брат. Раннее развитие без особенностей. Закончила 11 классов, училась хорошо. После школы переехала в г.Калугу, где поступила в институт на заочное обучение по специальности «инженер промышленных и гражданских сооружений». В 2005-2006г переехала в Рязань. В 2010 г. вышла замуж, есть двое детей (8-ми и 4-х лет). Последние 4 года не работает, занимается дома детьми. Заболела остро за 2 дня до госпитализации: стала скрытной, замкнутой, начала временами разговаривать сама с собой, выходила на улицу в домашней одежде, в день госпитализации вылезла из окна дома вместе с ребёнком (ребёнок был не одет) и пошла к соседям. Сообщала мужу, что её кто-то преследует. Была вызвана бригада СМП была доставлена на п/п ГБУ РО ОКПБ, госпитализирована в 1-е отделение, госпитализация недобровольная. Психический статус (при поступлении на приемном покое 16.03.2022г.): внезапно возбуждалась, попыталась схватить, сломать градусник и проглотить ртуть. Что – то при этом шептала, на обращенную к ней речь не реагировала. Психический статус (в отделении 17.03.2022г.): на вопросы не отвечала, молча смотрела на врача, осмотру не давалась. Завтракать отказалась. Была негативистична, раздражительна, лечение было по принуждению. На замечания не реагировала. Стояла у решетки и требовала открыть дверь, т.к. считала, что её отпустили домой. На вопрос о детях отвечала, что их нет. Периодически бегала по коридору и тут же замирала, стояла в одной позе. Фон настроения был нестабильный. Критика к своему состоянию отсутствовала. Проведены обследования: Экспресс-тест для определения антигена SARS-CoV2 в мазке из носоглотки (от 16.03.2022г.): отрицательный.

ИФА ВИЧ (от 24.03.2022г.): отрицательный.

Исследование крови на гепатиты методом ИФА (от 23.03.2022г.): HBsAg, Анти-HCV отрицательный.

Исследование крови методом ИФА на сифилис (23.03.2022г.): отрицательный.

Общий анализ крови (от 31.03.2022г.): эритроциты  $4,73 \cdot 10^{12}/л$ , Hb 141 г/л, гематокрит 40,4%, MCV 85,4, MCH 29,8, MCHC 349, тромбоциты  $343 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 10 мм/ч, лейкоциты  $9,1 \cdot 10^9/л$ , лимфоциты 21%, моноциты 3%, нейтрофилы: палочки 1%, сегменты 75%.

Б/х анализ крови (от 21.03.2022г.): АЛТ 31 Е/л, АСТ 40 Е/л, тимоловая проба 1,25 Ед, общий билирубин 13,47 мкмоль/л, общий белок 83 г/л, мочевины 2,80 ммоль/л, глюкоза 5,8 ммоль/л, холестерин 4,7 ммоль/л, ЛПНП 40 ед.

Исследование крови (от 31.03.2022г.): СРБ-ЛТ – 6 мг/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, АЛТ 18 Е/л, АСТ 17 Е/л

Общий анализ мочи (от 25.03.2022г.): кол-во 40,0, цвет – жёлтый, прозрачная, уд.вес 1025, реакция – нейтр, белок 0,1 г/л, глюкоза 0, ацетон 0, желчные пигменты 0, уробилин 4 мг/100 мл, эпителий плоский 6-10 в п/з, лейкоциты 3-5 в п/з, эритроциты неизменённые 2-4 в п/з, бактерии 1+.

Кал на ПМКГ (от 17.03.2022г.): ПМКГ не обнаружено.

Слизь из зева и носа на дифтерию (от 17.03.2022г.): п. Леффлера не обнаружены.

Исследование на энтеробиоз (от 17.03.2022г.): отрицательный.

Rg-грамма (от 24.03.2022г.): признаков патологии не выявлено.

ЭЭГ (от 25.03.2022г.): лёгкие диффузные изменения биоэлектрической активности в виде десинхронизации ритмов регуляторного характера.

Осмотр офтальмолога (от 24.03.2022г.): Миопия сл. ст. ОУ.

Осмотр гинеколога (от 30.03.2022г.): гинекологически здорова.

Осмотр эндокринолога (от 31.03.2022г.): Узловой зоб.

Осмотр невролога (от 21.03.2022г.): на момент осмотра очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Осмотр терапевта (от 30.03.2022г.): ОРВИ. Хронический бронхит. Отит? Осмотр психолога (29.03.2022г.): не было выяв-

лено грубых специфических нарушений мышления, решения скорее конкретные, внимание неустойчивое, память снижена.

Осмотр доцентом кафедры психиатрии Шитовым Е.А.:  
Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении.

Проводилось лечение: хлорпромазин 2,0 мл на ночь, галоперидол 1,0 мл – 2 раза в день, затем переведена на рисперидон 2 мг в день. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось. 27.03.2022г. подписала ИДС.

Психический статус (при выписке 08.04.2022г.): ориентирована в месте, времени, себя называет правильно. Контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного. Внешне спокойна, упорядочена, бредовых идей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживает, агрессивных, аутоагрессивных и суицидальных тенденций нет. Фон настроения ровный. Критика к своему состоянию сохранена. Выписана домой в сопровождении мужа, даны необходимые рекомендации на амбулаторный прием.

При первом поступлении выставлен диагноз основной: Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении. F23.0 Между первым и вторым поступлением прошло 13 дней. 19.04.2022г. поступила повторно в сопровождении мужа. После выписки проживала с мужем, поддерживающее лечение принимала регулярно, посещала психиатра. Состояние ухудшилось с 18.04.2022г.: стала слышать «голоса», испытывала сильную тревогу и страхи, перестала спать, снизилось настроение. Вместе с мужем самостоятельно приехали на п/п ГБУ РО ОКПБ, госпитализирована в 1-е отделение в добровольном порядке. Соматоневрологически при поступлении благополучна.

Психический статус (на приемном покое при поступлении 19.04.2022г.): ориентирована в месте, времени, себя называет. Внешне тревожна, напряжена. Жалобы на: «голоса», содержание их не раскрывает. Бреда активно не высказывает. Мышление конкретное с соскальзываниями. Фон настроения снижен. Критика снижена.

Психический статус (на момент осмотра в отделении 20.04.2022г.): ориентирована в месте, времени, немного путается в числах, себя называет верно. На вопросы отвечает в плане за-

данного, неохотно, после длительной паузы, свои переживания до конца не раскрывает. Бредовых идей не высказывает. На момент осмотра, наличие «голосов» отрицала, но сообщает, что слышала «голоса»: «мужской и женский, они что-то говорили, что-то хотели». Фиксирована на своих переживаниях, задумчива. Фон настроения снижен. Критика к своему состоянию снижена. Ночью спала плохо, аппетит сохранён. За время нахождения в отделении получала: галоперидол, хлорпромазин, оланзапин, тригексифенидил. 22.04.2022г. осмотрена терапевтом: цистит? Получала офлоксацин. С 29.04.2022г. вечером подъем температуры до 38,4. В течении 3 дней температура тела от 37,6 до 40. Получала цефтриаксон 1,0 мл утром и на ночь. Осмотрена терапевтом 02.05.2022г. Сделаны назначения. ОАК от 04.05.22г.: гемоглобин 136г/л, лейкоциты  $7,7 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 13мм/ч. АЛТ 7е/л, АсТ 12е/л; ОАК от 05.05.22г. гемоглобин 125, лейкоциты  $6,0 \cdot 10^9$ /л; СОЭ 54мм/ч; АЛТ 79е/л, АСТ 38е/л. СРБ – 24. От 06.05.22г.: АсТ 43е/л, АлТ 78е/л, СРБ 12, Гемоглобин 97г/л, лейкоциты  $4,7 \cdot 10^9$ /л. На теле мелкая сыпь красного цвета, хаотичная. Учитывая соматическое состояние, была переведена в инфекционное отделение. Психический статус при переводе в 12 отделение: Ориентирована в месте, себя называет, во времени приблизительно. Раздражительна, отвечает односложно, да или нет. Считает, что муж и дети умерли, на вопрос: «Почему и как?», говорит сами все знаете. Эмоционально холодная, бедная. За внешним видом не следит. Одежду из дома не одевает, говорит, что не хочет выделяться, что «не любит когда ведут двойную игру». Погружена в переживания, периодически разговаривает с голосами, называет «голос» Жанной, беседует с ней, на обращенную речь не реагирует. Через некоторое время становится спокойнее, слышит вопросы врача. Бывает импульсивна, может биться головой о стену или стол. Один раз пыталась повеситься, попытка остановлена персоналом. На вопрос о попытке, объясняет, что «голос» сказал о смерти мужа и детей. Несколько раз подбегала к дверям, пыталась сбежать, но попытки в целом бессильны, импульсивны. Ночи спит с пробуждениями. Ест под наблюдением персонала. Находилась на лечении в инфекционном отделении с 05.05.2022 г по 17.05.2022г. Проведено лечение: фавипи-

равир, парацетомол, аскорбиновая кислота, галоперидол, хлорпромазин, цианкобоаламин, пиридоксин, мельдоний, аспаркам, бипериден, левофлоксацин. Выставлялся диагноз сопутствующий: Новая коронавирусная инфекция. Среднетяжелое течение? (вирус не индекфицирован) U 07.2. Психически на момент перевода из 12 отд.: Заторможена. Замкнута. Ответы формальные после паузы. Мышление тугоподвижное. Паралогична. Статус параноидный. Апатична, амимична. Агрессии, аутоагрессии не проявляет. Ночи спит мало с пробуждениями. Сделана томограмма головного мозга 25.05.2022г.: патологии не выявлено. Сдан анализ на АТ к NMDA рецептору, IgG (аутоимунный энцефалит) - отрицательный. В настоящее время получает лечение: галоперидол 5 мг утром, тригексифенидил 2 мг утром, хлорпромазин 0,1 на ночь. На фоне проводимого лечения состояние стабилизировалось.

Психически в настоящее время: Ориентирована верно в месте, времени, себя называет. На вопросы отвечает по существу, в плане вопроса. Ответы формальные, односложные. Наличие «голосов» отрицает. Облегчённая, улыбается. Без должной критики относится к своему состоянию. За внешним видом старается следить. В трудотерапию не вовлекается. Много времени проводит в палате, малообщительна. Эмоционально притуплена. Учитывая, что клиническая картина не укладывается строго в один из типов шизофрении, а так же обнаруживает признаки нескольких подтипов, без отчетливого доминирования свойственных одному из них диагностических признаков, выставлен диагноз: Недифференцированная шизофрения. F20.3.

Прогноз для таких пациентов довольно неплохой. Ремиссии отличаются хорошим качеством, и характеризуются нерезко выраженной негативной симптоматикой и когнитивными нарушениями (главным образом связанной с концентрацией внимания), а так же ограниченностью и избирательностью контактов.

## **Психиатрическая грамотность среди подростков и молодёжи**

*Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В.*  
Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова,  
Чебоксары, Россия

Психическое здоровье представляет собой состояние душевного благополучия [1]. Хорошее психическое здоровье определяется психической грамотностью, отношением к психическим расстройствам, самовосприятием, личностными ценностями и качеством жизни [2]. Актуальность улучшения психического здоровья обусловлена высокой распространенностью психических расстройств с привнесёнными обстоятельствами пандемии, и растущей потребностью в доступности и услугах психического здоровья [3].

Ограниченная грамотность присуща многим популяционным группам – это дети и подростки, взрослые и пожилые люди, психические больные и родственники лиц, страдающих расстройствами психики [4].

Особую обеспокоенность вызывает психическая грамотность молодежи. Подростковый возраст является значимым периодом начала психического заболевания. До 75% психических расстройств взрослых начинают проявляться в подростковом возрасте. 50% всех расстройств начинаются в возрасте 14 лет, а три четверти – в 24 года. Стратегию помощи рекомендуется направить на повышение грамотности в области психического здоровья, снижение уровня стигматизации и предвзятости, учёта стремления молодых людей к самообеспеченности и самостоятельности [5].

Цель обзора – в оценке психической грамотности молодёжи и эффективности обучающих программ, направленных на содействие распространению знаний в области психического здоровья и раннего вмешательства.

Подростковый возраст является значимым периодом начала психического заболевания. В течение жизни распространенность психического расстройства достигает 39,5%. У половины всех людей, которые когда-либо сталкивались с психическими заболе-

ваниями, средний возраст начала заболевания составляет 18 лет [13]. Здоровье молодежи в целом игнорируется в глобальном общественном здравоохранении, поскольку эта возрастная группа воспринимается как здоровая. Возможности профилактики заболеваний и травм в этой возрастной группе не используются в полной мере. Можно предположить, что здоровье подростков выиграет от повышенного внимания со стороны общественного здравоохранения. Из-за важных социальных, эмоциональных и физических целей развития, которые достигаются на этой стадии жизни, начало психического заболевания может быть особенно изнурительным и привести к пожизненному бремени и инвалидности. Предоставление первой помощи для психического здоровья (teen Mental Health First Aid –MHFA) подросткам явно необходимо. Тем не менее, недостаточно, потому что подростки часто сообщают о предпочтении обращаться за помощью к сверстникам [18]. Естественно, что многие подростки имеют плохую грамотность в области психического здоровья, стигматизируют отношение к людям с психическими заболеваниями и испытывают недостаток в конкретных знаниях и навыках, необходимых для обеспечения социальной поддержки и быстрого обращения за помощью.

Как выяснено Р.М. Burgess и соавт. [7] молодежь избегает профессионального лечения и считает, что консультации с экспертами в области психического здоровья являются последним средством.

Показатели использования услуг по решению проблем психического здоровья среди молодых людей с психическими расстройствами Австралии ниже оптимальных. Около 50% проблем психического здоровья впервые появляются в возрасте 15 лет. Плохое психическое здоровье тесно связано с проблемами физического здоровья и развития молодых людей, в частности, с низким уровнем образования, злоупотреблением психоактивными веществами, насилием и плохим репродуктивным и сексуальным здоровьем. Раннее вмешательство в возрасте 12–24 лет увеличивает вероятность достижения физического совершенствования, потенциально останавливает прогрессирование заболевания и по-



вышает качество жизни людей с установленными психическими заболеваниями [14].

Рекомендовано улучшать имидж и авторитет взрослых, убеждать в том, что специалисты по психическому здоровью способны помочь молодым людям с психическими заболеваниями, содействовать раннему вмешательству в жизнь своих сверстников или обращаться за соответствующей помощью для себя. У подростков предвзятое отношение к лицам с психическими заболеваниями. Стигматизирующее отношение является серьезным препятствием для поиска и содействия социальной поддержки [8].

Национальное исследование А.Ф. Jorm и соавт. [11] среди 3746 австралийцев в возрасте от 12 до 25 лет показало, что отношение психического расстройства к личной слабости, а не к болезни, связано с меньшим намерением обратиться за врачебной помощью, меньшим положительным отношением к профессиональным специалистам (врачам, консультантам и психологам). Высокие оценки по шкале социального дистанцирования связаны с меньшим намерением обратиться за помощью.

Подростки, в отличие от взрослых, высоко дистанцируются от людей с психическими заболеваниями, и с большим убеждением считают, что психические заболевания являются личной слабостью [10].

Стигматизирующее отношение молодых людей к людям с психическими заболеваниями побуждает последних обращения за помощью. D.J. Rickwood и соавт. [16] считают, что подростки предпочитают раскрывать проявления психических заболеваний своим сверстникам и неохотно обращаются ко взрослым за профессиональной помощью.

Несмотря на предпочтение обращаться за помощью к друзьям, подростки не имеют достаточных возможностей, чтобы справляться с проблемами психического здоровья товарища. Из 534 респондентов в возрасте от 12 до 25 лет, лишь 15% пытались помочь товарищу с проблемами психического здоровья, и только 3% сообщили взрослому о проблеме сверстника [19].

Сверстники молодого человека с психическим заболеванием могут стать группой поддержки, комфорта и информации. Иссле-

дования M.R. DiMatteo [9] по поиску помощи у молодых людей показывают, что на решение обратиться за помощью, участвовать в соответствующем лечении и придерживаться его курса, в значительной степени влияет отношение и предложения социальной сети или группы сверстников. ПГ молодых людей о том, как помочь лицу с психическим заболеванием, обратиться за соответствующей помощью, представляет собой потенциальное средство раннего вмешательства и сокращения количества дефицита лечения психических расстройств подростков.

Психическое здоровье является серьезной проблемой во всем мире. Распространенность проблем психического здоровья в Сингапуре на протяжении жизни в возрасте 18 лет и старше, по сообщению K.N. Tonsing [17], составляет 12%. Тем не менее, грамотность в области психического здоровья относительно скудна. Результаты показали, что граждане не могут распознать различные виды психических расстройств. Отрицательное отношение к психическим заболеваниям мешает людям обращаться за профессиональным лечением и помощью. Медицинские работники имеют разные мнения о причинах и лечении психических расстройств. Отсутствие стремления к лечению, а также отношение и убеждения стигмы психических заболеваний связаны с грамотностью психического здоровья.

Ухудшение психического здоровья испытывают 10-20% детей и молодых людей. Результаты G.V. Polanczyk и соавт. [15] показывают, что психические расстройства затрагивают значительное число детей и подростков во всем мире. Распространенность психических расстройств составляет 13,4% (ДИ 95% - 11,3-15,9). Распространенность тревожных расстройств – 6,5% (ДИ 95% 4,7-9,1), депрессии – 2,6% (ДИ 95% 1,7-3,9), синдрома дефицита внимания и гиперактивности достигает 3,4% (ДИ 95% 2,6-4,5). Подростковый возраст является критическим переходным периодом, характеризующийся физическим, когнитивным, эмоциональным, социальным и поведенческим развитием. Поэтому он определен как особенно важный этап развития для повышения ПГ и содействия доступу к службам охраны психического здоровья. Начавшийся контакт с психиатрическими службами в воз-

расте 14 лет у подростков с психическими расстройствами снижает вероятность депрессии к 17 годам [12].

Таким образом, осведомленность подростков о психических расстройствах, их предупреждении, сроках развития, вариантах и способах обращения за помощью, знаний эффективных стратегий самопомощи и навыков оказания первой помощи для поддержки лиц, затронутых проблемами психического здоровья недостаточна [6]. Отсутствие знаний о психических расстройствах и стигма предвзятых отношений к ним, выступают в качестве основных помех и барьеров на пути раннего вмешательства и укрепления психического здоровья подрастающего поколения нашей страны.

#### Список литературы:

1. Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Перфекционизм и депрессия как факторы риска суицида студентов-медиков. *Академический журнал Западной Сибири*. 2020; 3 (86): 23-25.
2. Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Причины суицидального поведения медсестер. *Медицинская сестра*. 2020; 22(2): 28-31.
3. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Орлов Ф.В., Деомидов Е.С. Самоубийства среди врачей и медицинских работников: обзор литературы. *Суицидология*. 2019; 10(3): 42-58.
4. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. Злорадство как результат сниженной самооценки и зависти в образовательной среде. *Психическое здоровье*. 2021; 8: 62-69.
5. Филоненко А.В., Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. Унижение как предиктор ухудшения психического здоровья студентов-медиков. *Психическое здоровье*. 2021; 5: 11-18.
6. Филоненко А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И. Психологические детерминанты академической неуспеваемости студентов. В сборнике: *Высшее образование в условиях глобализации: тренды и перспективы развития*. Материалы XII Меж-

- дународной учебно-методической онлайн-конференции. Че-боксары, 2020; 320-323.
7. Burgess P.M., Pirkis J.E., Slade T.N., Johnston A.K., Meadows G.N., Gunn J.M. Service use for mental health problems: findings from the 2007 national survey of mental health and wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009; 43(7): 615-623.
  8. Cooper A. E., Corrigan P.W., Watson A.C. Mental illness stigma and care seeking. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(5): 339-341.
  9. DiMatteo M.R. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*. 2004; 23(2): 207-218.
  10. Jorm A.F., Wright A. Beliefs of young people and their parents about the effectiveness of interventions for mental disorders. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007; 41: 656-666.
  11. Jorm A.F., Wright A. Influences on young people's stigmatising attitudes towards peers with mental disorders: national survey of young Australians and their parents. *Br J Psychiatry*. 2008; 192: 144-149.
  12. Neufeld S.A.S., Dunn V.J., Jones P.B., Croudace T.J., Goodyer I.M. Reduction in adolescent depression after contact with mental health services: a longitudinal cohort study in the UK. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2): 120-127.
  13. Oakley Browne M.A., Wells J.E., Scott K.M., McGee M.A.; New Zealand Mental Health Survey Research Team. Lifetime prevalence and projected lifetime risk of DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand mental health survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006; 40(10): 865-874.
  14. Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007; 369(9569): 1302-1313.
  15. Polanczyk G.V., Salum G.A., Sugaya L.S., Caye A., Rohde L.A. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015; 56(3): 345-365.
  16. Rickwood D.J., Deane F.P., Wilson C.J. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007; 187: 35-39.

17. Tonsing K.N. A review of mental health literacy in Singapore. *Soc Work Health Care*. 2018; 57(1): 27-47.
18. Yap M.B., Reavley N., Jorm A.F. Where would young people seek help for mental disorders and what stops them? Findings from an Australian national survey. *J Affect Disord*. 2013; 147(1-3): 255-261.
19. Yap M.B.H., Wright A., Jorm A.F. First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Res*. 2011; 188: 123-128.

### **Клинический случай дифференциальной диагностики пограничного расстройства личности**

**Гущина О.М., Хвастовец Т.И., Байкова М.А.**  
ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова»

Пациентка Н., 2001г.р., поступила на лечение в 9 отделение ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова» повторно. Из анамнеза: уроженка г. Рязани. Наследственность отягощена – дед по материнской линии страдал БАР, покончил жизнь самоубийством. Беременность пациенткой у матери 4 по счету, протекала с токсикозом. При рождении наблюдался тремор, гипертонус, наблюдалась у невролога с диагнозом: Перинатальная энцефалопатия. Единственный ребенок в семье. Брак между родителями официально заключен не был, отец пациентки ребенком долгое время не интересовался, настаивал на аборте. С 10 месяцев пациентка воспитывалась в основном тетей, бабушкой, в летний период проживала с ними в деревне. Мать постоянно работала и мало времени уделяла ребенку. Посещала ДДУ, со слов матери вела себя плохо, невоспитанно, шалила. До 7-ми летнего возраста отмечался энурез. В школу пошла с 7-и лет. В школе так же плохо себя вела, связалась с компанией хулиганов, срывала уроки. В 2009 году пережила смерть дедушки. Мать пациентки вышла замуж. В этот период проживала с ней. Не ладила с отчимом, со слов матери пациентка якобы из-за плохого поведения подверга-

лась «прессингу» со стороны отчима, «воспитывалась как мальчик», но без физического насилия. Мать развелась с отчимом через 1,5 года, после того, как тот стал злоупотреблять алкоголем. По-прежнему проживала то с матерью, то с бабушкой. Наблюдается у психиатра с 2009г. Впервые обращалась амбулаторно с нарушениями поведения, был выставлен диагноз оппозиционно-вызывающее расстройство поведения. После этого наблюдалась в диспансерном отделении в 2011, 2012, 2013 годах, с жалобами на конфликты, плохое поведение, агрессию, вспыльчивость. Назначались тералиджен, сонопакс. В последующем обратилась за помощью в 2016 г. с жалобами на СРК, из-за чего чувствовала себя некомфортно, пропускала уроки в школе. В тот же период стала проявлять симптомы половой дисфории: говорила о смене пола, называла себя мужским именем. Стала говорить, что у нее есть «воображаемый друг», который наблюдает за ней, оказывает ей помощь, характеризовала его, как «свое сознание». Говорила о том, что он «советует» ей тогда, когда она сама мысленно обращается к нему за помощью. Со слов пациентки, «голос» «воображаемого друга» по тембру как ее, только «чуть ниже». В то же время была переведена на домашнее обучение по индивидуальной программе. Была консультирована, выставлен диагноз: Шизофрения, шубообразная. Так же направлялась на консультацию сексолога: «Рассказала, что в 9 лет осознала дифференцировку полов после просмотра порнофильма. С детства любила играть с мальчишкам в машинки, трансформеры. В 12 лет начались menses, установились сразу. Стала смотреть порнофильмы до 1 раза в неделю, возбуждение возникало от женского тела, хотелось делать тоже с женщиной, что делал мужчина. Мастурбировала до 1 раза в 2-3 месяца. Чувство влюбленности никогда не возникало. Четкое осознание, что она – мужчина возникло в 14 лет. Решила попробовать себя в роли мужчины, выбрала себе 2 мужских имени – Демид и Аглле. К месячным и молочным железам относится негативно, но спокойно. После 18 лет хочет пройти гормонотерапию, операцию по смене пола». Заключение: Задержка личностного развития. Нарушение половой идентичности вследствие шизофрении. В январе 2018 г. обратилась с жалобами на страх приема пищи. Сообщила о том, что во время еды поперхнулась,

«крошка прилипла к горлу». Испугалась, прочитала о том, что таким образом «можно подавиться и задохнуться», отмечала у себя сниженное настроение, говорила о том, что думала о своей болезни и расстраивалась. Проводилось лечение нейролептиками, транквилизаторами и антидепрессантами. При повторном осмотре через месяц 02.2018 жалобы оставались прежними. Говорила о том, что чувствует себя «кактусом в горшке». По данным психологического исследования были обнаружены эпизодические случаи нечеткости понятийного аппарата, нарушение концентрации внимания. Мотивация, волевые усилия и познавательные интересы достаточные, без особенностей. Еще через месяц при обращении – состояние без положительной динамики. Появились мысли о нежелании жить. Было дано направление на обследование и лечение в психиатрическом стационаре. 26.03.2018 года была госпитализирована в ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н.Баженова» впервые в жизни. На момент госпитализации проживала с матерью, обучалась в 10 классе. В отношении учебы отмечались нарушения поведения, дисциплины, прогуливала уроки. При этом интеллектуальный уровень был достаточно развитым, имелись любимые предметы (биология, химия). Не имела друзей, говорила: «Мне не нужно общение». Считала себя «трансгендором», стремилась выглядеть соответственно. При психологическом исследовании в этот период: непосредственная память удовлетворительна, опосредованная – на очень высоком уровне. Образы опосредования лаконичны, содержательны, полностью адекватны. Интеллект высокий, испытуемая легко оперирует сложными обобщениями и абстракциями, быстро ориентируется в логических переносах, без проблем дифференцирует главное и второстепенное. Не обнаруживает ни искажений логики суждений, ни нарушений избирательности, ни разноплановости мышления. Можно отметить лишь легкую нечеткость понятийного аппарата в неструктурированных задачах. Критика, в целом, сохранена. Можно говорить о своеобразии, креативности в мыслительной деятельности, определенной субъективности в выборе ответов – с эпизодическими ошибками. При исследовании личностных особенностей обнаружено: сочетание общительности с замкнутостью, отгороженностью; потребность в теплых семейных отношениях (чувство се-

мьи, рода) – с чувством недостатка понимания и принятия в собственной семье, ощущение себя «чужой». Проявилась проблема с телесностью: она полностью вытеснена, не представлена; что весьма диагностично для серьезной диссоциации личности. Относительно сексуальной идентификации себя наблюдается противоречивая картина. С одной стороны, испытываемая отвергает для себя женский пол, предпочитая мужской, идентифицируя себя с ним. С другой же, на еще более бессознательном уровне есть «тайное» желание быть женщиной, но другой, противоположной ее женскому окружению. Можно предположить, что девушка не принимает привычные женские роли, но и мужчиной «до конца» не готова стать. То есть на лицо весьма амбивалентные тенденции. По результатам комплексного обследования установлен диагноз: Вялотекущий вариант простой формы шизофрении с псевдодневротической симптоматикой, явлениями нарушения сексуальной идентичности. В том же году амбулаторно была оформлена III группа инвалидности на год, позднее – бессрочно. Настоящая госпитализация 2-ая по счету. Поступила 02.03.2022 по направлению СМП, в сопровождении матери. Не замужем, детей нет. Проживает с матерью и отчимом. После выписки из стационара окончила 11 классов, поступала учиться в РГУ на лингвиста (выбрала японский язык), проучилась 2 месяца и забрала документы: «Было тяжело учиться, сложная программа, а также стала испытывать сильную тревогу, некомфортно было находиться среди большого количества людей». После – подрабатывала на различных работах (раскадровщик, корректировала тексты, составляла субтитры). В 2019 году поступила учиться в технологический колледж по специальности швея, со слов пациентки, «чтобы хоть где-то учиться». Проучилась всего неделю, снова забрала документы, так как снова стала беспокоить тревога. Поняла, что данная симптоматика будет проявляться всегда, и нет смысла пытаться учиться очно. Подрабатывала неофициально. Наблюдалась в диспансерном отделении, поддерживающее лечение получала нерегулярно (кветиапин, неуплепил, сертралин, дозировки уточнить не удалось). В 2021 г. поступила в РГУ на факультет журналистики на заочное отделение, где и учится на настоящий момент. В этом же году стала посещать психотерапевта в частном



порядке. Со слов пациентки с января 2022 г. стала периодически злоупотреблять алкоголем (пиво, вино, коктейли), в различных количествах и с разной периодичностью. Постепенно отменила прием нейрорептиков, с начала февраля 2022 г. в течение месяца принимала сертралин. Со слов пациентки в этот период стала чувствовать себя лучше, стала активнее, появилась мотивация что-то делать. По рекомендации психиатра стала снижать дозировку антидепрессанта, перед госпитализацией принимала 25 мг сертралина на ночь. Психическое состояние ухудшилось: снова снизилось настроение. Накануне поступления, на фоне употребления алкоголя разбила бутылку и порезала стеклом тыльную сторону левой кисти. Пациентка говорит о том, что и ранее периодически наносила себе повреждения не с целью суицида, а «чтобы заглушить душевную боль», потому что «это прикольно, красиво выглядит». Свою склонность к нанесению порезов объясняла тем, что это своеобразная эстетика и ей это нравится. Нанеся порез, испугалась, что кровотечение было очень сильным, позвонила матери. Мать пациентки приехала домой, к поступку дочери отнеслась негативно. Совместно с матерью вызвала СМП, была направлена в травмпункт, наложены швы. Сообщила врачам, что у нее выставлен психиатрический диагноз, что ранее лечилась в психиатрической больнице. Была направлена в ГБУ РО ОКПБ. Госпитализирована 02.03.2022 в связи с аутоагрессивным поведением в добровольном порядке в 9 женское отделение. За время нахождения в отделении получала лечение сертралином в дозе до 50 мг/сут. При осмотре в отделении и за время пребывания пациентки в стационаре не выявляла никаких признаков психотических нарушений. К своему поведению была критична. В отделении избирательно общалась с другими пациентками. Не выявляла признаков эмоционально-волевого и личностного дефектов. Себя считала женщиной. В отношении своего подросткового стремления к смене пола признавалась, что это было блажью, чтобы привлечь внимание. Согласно психологическому заключению у испытуемой выявлено – в познавательной сфере очень высокий темп реакций, высокий уровень работоспособности; достаточно устойчивое внимание, с хорошим его объемом и быстрой переключаемостью, память – высокая норма; интеллект

– средне-высокая норма, с хорошо развитыми абстрактно-логическими операциями; мышление – несколько импульсивное, с эпизодическими ошибками внимания и самоконтроля, при этом – с развитыми критическими способностями; есть склонность к креативности, некоторому своеобразию; способность к коррекции – весьма высока. В эмоционально-личностной сфере: выражена эмоциональная неустойчивость, внутренняя нестабильность; сильны протестные реакции против сложившихся обстоятельств.

Таким образом, с учетом длительности психического расстройства, улучшением состояния пациентки без нейролептической терапии, социальной активности, отсутствия дефектов в эмоционально-волевой и личностной сферах, можно предположить изначальную ошибочность диагноза Шизофрения. С учетом результатов психологического исследования за все периоды можно предположить, что пациентка страдает Эмоционально-неустойчивым расстройством личности пограничного типа.

### **Исследование роли детско-родительских отношений в развитии агрессивного поведения у здоровых индивидов**

*Давыдова Ю.Д.<sup>1,2</sup>, Казанцева А.В.<sup>1,2,3</sup>, Еникеева Р.Ф.<sup>1,2</sup>,  
Мустафин Р.Н.<sup>2,4</sup>, Лобаскова М.М.<sup>5</sup>, Малых С.Б.<sup>5</sup>,  
Хуснутдинова Э.К.<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Институт биохимии и генетики – обособленное структурное подразделение Уфимского федерального исследовательского центра Российской академии наук; <sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный университет»; <sup>3</sup>ФГБОУ ВО «Уфимский государственный нефтяной технический университет»; <sup>4</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»; <sup>5</sup>Психологический институт Российской академии образования

Одним из эволюционно обусловленных видов поведения как у животных, так и у человека является агрессивное поведение (АП), которое имеет множество проявлений в современном обществе. Известно, что АП может способствовать

самореализации индивида в академическом и карьерном плане, достижению независимости и удовлетворению собственных потребностей, а также повышению самооценки, но если данные обстоятельства переходят допустимые социальные нормы и становятся сопряженными с причинением вреда другим людям, то следует говорить о «негативной» или повышенной агрессии [1,2]. По этой причине, большинство исследователей сходятся в определении, что АП подразумевает под собой действия, нацеленные на причинение вреда объекту, который не желает подобного обращения [1,3].

Результаты исследований, проводимых в последние десятилетия, доказали, что АП – мультифакториальный признак, в регуляцию которого вовлечены как социальные, так и наследственные факторы, определяющие предрасположенность к развитию агрессивного фенотипа. Среди социальных факторов большинство ученых выделяет негативный характер детско-родительских отношений [1,4], поскольку именно родители ребенка с момента его рождения становятся образцом социальных отношений и главным звеном, которое опосредует все коммуникации ребенка с внешним миром. По этой причине, ключевыми факторами, которые определяют поведение ребенка в обществе, являются реакции родителей на поведение ребенка, воспитательные меры, применяемые к ребенку, психологическая обстановка в семье или, иными словами, особенности детско-родительских отношений [1,3]. Предполагается, что конфликтные отношения с одним или обоими родителями или их эмоциональная отстраненность в период воспитания могут повлечь за собой развитие агрессивных тенденций в поведении ребенка как в младшем возрасте, так и в более зрелые годы, а также повышают риск манифестации девиантных форм поведения [3,4].

Одним из методов определения характера детско-родительских отношений с обоими родителями является юношеский отчет о родительском отношении (Parental Bonding Instrument или РВІ), с помощью которого становится возможным оценить особенности родительского воспитания в форме уровней их заботы и опеки в период воспитания. Считается, что для

становления гармоничной личности ребенка необходимо сочетание низкого уровня опеки и высокого уровня заботы, а отклонения от данных показателей могут приводить как к развитию АП, так и к другим поведенческим нарушениям [1,5]. В связи с этим, нами была предпринята попытка оценить влияние особенностей детско-родительских отношений на различия в уровне агрессивности у психически здоровых индивидов.

В исследовании приняла участие группа из 1065 психически здоровых индивидов, сформированная в период 2017-2021 гг. по результатам случайной репрезентативной выборки Республики Башкортостан (средний возраст  $20,33 \pm 1,88$  лет; 79,58% женщин) и Удмуртской Республики (средний возраст  $18,96 \pm 1,17$  лет; 78,63% женщин). От всех участников было получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В качестве диагностического инструмента для оценки уровня агрессивности был использован опросник Басса-Перри (Buss-Perry Aggression Questionnaire, ВРАQ), а для оценки характера детско-родительских отношений – юношеский отчет о родительском отношении (Parental Bonding Instrument, РВI). Статистический анализ проводился с использованием теста Манна-Уитни.

Результаты проведенного ассоциативного анализа представлены в таблице.

Таблица – Анализ ассоциаций особенностей детско-родительских отношений с индивидуальным уровнем агрессивности

Показатель		Средний балл агрессивности $\pm CO^1$	Тест Манна-Уитни (P) <sup>2</sup>
Состав семьи	полная	73,61 $\pm$ 17,26	0,48
	неполная	74,60 $\pm$ 17,62	
Жестокое обращение	было	80,28 $\pm$ 16,26	<0,01
	не было	72,49 $\pm$ 17,38	
Уровень материнской заботы	высокий	71,10 $\pm$ 17,36	<0,01
	низкий	78,73 $\pm$ 16,89	

Уровень материнской опеки	высокий	76,53 ± 17,69	<0,01
	низкий	69,97 ± 16,76	
Уровень отцовской заботы	высокий	72,38 ± 17,34	0,10
	низкий	74,75 ± 17,87	
Уровень отцовской опеки	высокий	75,99 ± 17,39	<0,01
	низкий	71,28 ± 17,57	

Примечания: <sup>1</sup> – среднее значение уровня агрессивности ± стандартное отклонение; <sup>2</sup> – тест Манна-Уитни (P-value) для выявления различий в средних значениях уровня агрессивности между группами.

В рамках данного исследования было выявлено, что высокий уровень агрессивности наиболее характерен для индивидов, в воспитании которых преобладал высокий уровень материнской и отцовской опеки ( $P < 0,01$ ). Это объясняется тем, что такая деструктивная форма детско-родительских отношений, как родительская гиперопека, лишает индивида самостоятельности и способности к самореализации, что в более взрослом возрасте может приводить к вытеснению негативных эмоций на окружении и АП [1,3,4]. В то же время, для индивидов с более низким уровнем агрессии характерно преобладание в воспитании высокого уровня материнской заботы ( $P < 0,01$ ), что согласуется с опубликованными ранее данными [1,3]. Именно родительская забота, в частности материнская, и их эмоциональная отзывчивость в период воспитания способствует созданию благоприятного семейного климата для воспитания гармоничной личности ребенка и укрепляет его уверенность в себе и собственных возможностях.

Кроме того, было показано, что повышение средних показателей агрессивности характерно для индивидов, в воспитании которых преобладало жестокое обращение со стороны одного или обоих родителей ( $P < 0,01$ ). Подобная форма родительского воспитания, которая включает в себя физические меры наказания, способствует формированию негативного стиля мышления индивида, повышению тревожности, депрессивности, а также излишней враждебности по отношению к окружающим.

Таким образом, можно сделать вывод, что детско-родительские отношения и агрессивные проявления у ребенка связаны между собой. Чем меньше родитель заинтересован в своем ребенке в период воспитания, тем больше у него раздражительность и враждебность и более выражены агрессивные тенденции в более взрослом возрасте.

Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки РФ (№АААА-А21-121011990119-1) при частичной поддержке поддержке мегагранта Правительства Республики Башкортостан (соглашение №1 от 28.12.2021) и мегагранта Правительства Российской Федерации (№ 075-15-2021-595).

#### Список литературы:

1. Давыдова Ю. Д. Генетические и эпигенетические факторы развития агрессивного и депрессивного поведения человека: дис. ... канд. биол. наук: 1.5.7. Уфа, 2022. 286 с.
2. Фурманов И. А. Социальная психология агрессии и насилия: учебн. Пособие. Минск: БГУ, 2016. 392 с.
3. Baron R. A., Richardson D. R. Human aggression. Springer Science & Business Media, 2004. 420 pp.
4. King A. R., Ratzak A., Ballantyne S. et al. Differentiating corporal punishment from physical abuse in the prediction of lifetime aggression. *Aggressive Behavior*. 2018. V. 44. № 3. P. 306-315.
5. Parker G., Tupling H., Brown L. B. A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*. 1979. V. 52. № 1. P. 1-10.

### **Посттравматическое стрессовое расстройство у пациента в клинической практике**

***Жукова Ю.А., Павлов А.В.***

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н.Баженова»

Посттравматическое стрессовое расстройство согласно классификации МКБ-10 включено в раздел «Невротические, свя-

занные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F40 — F48). Кодирован, как F43.1.

Стоит сказать о том, что невротические расстройства достаточно обширная группа болезненных состояний, тягостно переживаемых человеком и оказывающих на него значительное влияние, меняющих стиль жизни, взгляды, нормальное функционирование в обществе. Для невротических расстройств характерна парциальность и эгодистонность многообразных клинических проявлений. Невротические расстройства не меняют самосознание человека, его отношение к болезни, такие пациенты критичны к возникшему состоянию и переживаниям.[1]

Посттравматическое стрессовое расстройство возникает как отставленная и затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию исключительно угрожающего или катастрофического характера, которая в принципе может вызвать общий дистресс почти у каждого человека. Таким образом, подчеркиваются две его особенности: отчетливо психогенная природа расстройства и безусловная, выходящая за рамки обычного человеческого опыта тяжесть психогении, исключительная мощь ее патогенного воздействия.[2]

Типичные признаки посттравматического стрессового расстройства включают эпизоды повторяющихся переживаний травмирующего события в навязчивых воспоминаниях ("кадрах"), мыслях или кошмарах, появляющихся на устойчивом фоне чувства оцепенения, эмоциональной заторможенности, отчужденности от других людей, безответности на окружающее и избегания действий и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно имеют место перевозбуждение и выраженная сверхнастороженность, повышенная реакция на испуг и бессонница.[3]

В современных условиях психика людей оказывается недостаточно пластичной для быстрого и адекватного приспособления к стремительно меняющимся условиям жизни, что приводит к развитию разнообразных поведенческих девиаций, связанных с кризисом идентичности.[4]

В лечебной практике мы периодически сталкиваемся с пациентами, страдающими посттравматическим стрессовым расстройством. В качестве примера хотелось бы представить клини-

ческий случай пациента Н., которому был выставлен диагноз посттравматическое стрессовое расстройство.

В ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова» поступил впервые в жизни, по направлению СМП. Из анамнеза известно: наследственность психопатологически не отягощена, раннее развитие без особенностей, окончил 11 классов, имеет высшее образование, ведет свой бизнес. Женат, имеет 3 детей. Ранее в поле зрения психиатров не попадал. Впервые изменение в психическом состоянии возникло после проведенной операции по пересадке волос в Турции, когда, после наркоза, который длился около 8 часов, пациент стал раздражительным, растерянным, был дезориентирован, сообщил жене, что его со слов: «накрывает, сносит крышу». В течение недели после проведения операции состояние пациента стремительно ухудшалось, пациент перестал спать по ночам, отказывался от еды, был раздражительным по отношению к жене, на вопросы жены о причинах такого поведения периодически не отвечал или отвечал не по существу, «застывал в одной позе». Прилетев в Россию из Турции через 10 дней после операции, в сопровождении родственников возвращался на машине из аэропорта домой, однако до дома не доехал, так как по пути стал агрессивным, раздражительным, требовал остановиться, выталкивал жену из машины. В связи со значительным ухудшением в состоянии пациента родственниками пациента была вызвана СМП, осмотру медицинских работников сопротивлялся, был агрессивен. Сотрудниками СМП была вызвана полиция. Как следует из осмотра фельдшером СМП: «осмотреть себя не дает, агрессивен, плюется, многословен, речь не связная». По СМП, был доставлен в приемное отделение ОКПБ. При поступлении в отделение: себя называет, представляется по фамилии, имени и отчеству, полностью называет свою дату рождения, повторяет это несколько раз. В месте и времени ориентирован частично, понимает, что находится в больнице, затем говорит, что находится в поликлинике, через некоторое время заявляет, что находится дома, а «сюда пришел сдать кровь», называет текущий месяц и год. Внешне тревожен, подозрителен, напряжен. Зрительный контакт стремится не поддерживать. На вопросы либо не отвечает, либо отвечает шепотом, после длительной паузы, периодически не по



существо, начинает улыбаться, но, тут же озлобляется. Мышление нецеленаправленное. Повторяет: «Не надо было ничего менять, что Бог дал, то и пусть будет!». «После операции мир другой, проснулся, а мир поменялся...». После чего замолкает и долго и пристально смотрит в глаза врачу, после чего говорит: «Мне пора домой, я здоров, всё хорошо, просто загрузился».

За время нахождения пациента в условиях стационара в течение 20 дней, проводились все необходимые лечебно – диагностические мероприятия. На фоне назначенной медикаментозной терапии, терапии средой - в состоянии пациента с положительной динамикой. В месте и времени ориентирован верно, себя называет. Внешне в поведении спокоен, упорядочен. В беседу вступает охотно, речь по существу, на вопросы отвечает в плане спрашиваемого. Свои переживания и состояние при поступлении в стационар стремится рационализировать, связывает изменение в психическом статусе с перенесенным оперативным вмешательством по пересадке волос, отмечает, что «операция была болезненная». Эмоционально ровен. Острой психотической симптоматики на момент осмотра нет. Суицидальные мысли и намерения, агрессивные и аутоагрессивные тенденции на момент осмотра отсутствуют. Сон, аппетит достаточны. Консультирован психологом.

Таким образом, на основании данных анамнеза, наблюдения за пациентом в условиях отделения, проведенного обследования, лечения, пациенту был выставлен диагноз: Посттравматическое стрессовое расстройство F43.1.

#### Литература:

1. Тиганов А.С.: Психиатрия. Научно-практический справочник. М.: ООО Издательство Медицинское информационное агентство. 2016. 349С.
2. Федеральное государственное бюджетное научное учреждение научный центр психического здоровья [Электронный ресурс]: URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/34/chapter/15> (дата обращения: 22.05.2022)

3. МКБ-10-Международная классификация болезней 10 пересмотра [Электронный ресурс]: URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4257> (дата обращения: 22.05.2022)
4. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.: Неврология и психосоматическая медицина. М.: ИД Городец, 2016. 117С.

### **Особенности проспективного мышления у пациентов с патологическим влечением к азартным играм**

*Киатрова Л.Р., Агibalова Т.В.*

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования

Патологическое влечение к азартным играм (ПВАИ) определяется как наличие устойчивых или периодически повторяющихся моделей игрового поведения, которые проявляются в утрате контроля над игрой, предпочтении игрового поведения прочим жизненным интересам и видам деятельности, продолжении или усилении игрового поведения, несмотря на возникновение негативных последствий [12]. За последние годы отмечается стремительный рост распространенности (ПВАИ) среди населения многих стран, которая варьируется от 0,7% в Дании до 6,5% в Эстонии [3]. В клинической картине пациентов с ПВАИ особое место занимают специфические когнитивные нарушения в виде дефицита исполнительных функций и проспективного мышления, когнитивных искажений и ошибок «мышления», подкрепляющие патологическое влечение к игре [1]. Дефицит проспективного мышления выражается в импульсивности принятия решений, высокой дискондантности, невозможности просчитать отсроченные последствия своего выбора, в следствие чего патологический игрок предпочитает получить немедленный быстрый выигрыш, не смотря на возможность еще более крупного выигрыша или потери в будущем [10]. Данные нарушения связаны со снижением серого вещества в медиальной орбитофронтальной коре, области мозга, связанной с обработкой вознаграждений [4].

Нарушения проспективного мышления патологических игроков подтверждаются исследованиями, в методах которых применялась задача азартных игр в Айове (IGT) [5]. Суть выполнения данной задачи требует от респондента делать свой выбор в пользу небольших вознаграждений, отказываясь от рискованного выбора с неопределенным выигрышем, но более крупными потерями в долгосрочной перспективе [5]. Пациенты в сравнении с контрольной группой выбирают невыгодные колоды при решении IGT, что связано с их стремлением получить быстрый неопределенный выигрыш [5]. В процессе выполнения данной задачи у пациентов с ПВАИ отмечалось снижение соматической реакции (антиципационная кожногальваническая реакции и частота сердечных сокращений), которая наблюдается в ситуациях неопределенности у контрольной группы [6]. Размышления и эмоциональные реакции, связанные с личным будущим, активируют вентромедиальную и префронтальную кору головного мозга, область мозга, участвующую в принятии решений в условиях неопределенности (Platt & Huettel, 2008), у патологических игроков отмечаются нарушения в этих участках коры головного мозга [10].

Важно отметить, что на проспективное мышление также может влиять сопутствующая при ПВАИ депрессия [9]. Согласно метаанализу эпидемиологических исследований коморбидность депрессии и ПВАИ составляет 23,1% [9]. Выраженность депрессии влияет на тяжесть течения ПВАИ [8]. В выборке патологических игроков, имеющих сопутствующее депрессивное расстройство отмечается высокий риск суицидов по сравнению с выборкой патологических игроков без депрессии. При оценке проспективного мышления с помощью задачи беглости будущего (Future Fluency Task, FTT, MacLeod & Byrne, 1996) отмечено, что пациенты с депрессией воспроизводят меньше будущих событий по сравнению с контрольной группой [2]. То же самое наблюдается и в случаях пациентов с ПВАИ [10].

При моделировании будущих ситуаций, которые могут произойти, пациенты с депрессивным расстройством представляют эти сцены с меньшей специфичностью, детализацией, яркостью, меньшим использованием мысленных образов, с меньшим ощу-

щением проживания образа от первого лица и низкой вероятностью, что это действительно произойдет в будущем [7]. При моделировании образов будущего патологическими игроками субъективное восприятие будущих образов не отличалось от контрольной группы, однако по сравнению с контролем патологические игроки представляли меньше внешних и внутренних чувственных деталей [10].

Таким образом, дефицит проспективного мышления у пациентов с ПВАИ может рассматриваться как отдельная мишень терапии. Это может способствовать повышению эффективности лечения ПВАИ и улучшать прогноз течения игрового расстройства.

#### Список литературы:

1. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Бузик О.Ж., Потапова Р.К., Потапов В.В. Когнитивные нарушения у пациентов с патологическим влечением к азартным играм // *Консультативная психология и психотерапия*. 2020. Том 28. № 4. С. 167–185. doi:10.17759/cpp.2020280409
2. [Ann Marie Roepke](#), [Martin E P Seligman](#). Depression and prospectation. *Br J Clin Psychol*. 2016 Mar;55(1):23-48. doi: 10.1111/bjc.12087.
3. Calado F., Griffiths M.D. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000—2015). *Journal of Behavioral Addictions*. 2016. Vol. 5 (4), pp. 592—613. DOI:10.1556/2006.5.2016.073
4. Daniel Freinhofer, Philipp Schwartenbeck, Natasha Thon, Tina Eigenberger, Wolfgang Aichhorn, Melanie Lenger, Friedrich M Wurst, Martin Kronbichler. Deficient Decision Making in Pathological Gamblers Correlates With Gray Matter Volume in Medial Orbitofrontal Cortex. *Front Psychiatry*. 2020 Mar 4;11:109. doi: 10.3389/fpsy.2020.00109
5. [Elizabeth G E Kyonka](#), [Nicola S Schutte](#). Probability discounting and gambling: a meta-analysis. *Addiction*. 2018 Dec;113(12):2173-2181. doi: 10.1111/add.14397.
6. Goudriaan A., Oosterlaan J., De Beurs E., et al. Psychophysiological determinants and concomitants of deficient decision making

- in pathological gamblers. *Drug and Alcohol Dependence*. 2006. Vol. 84 (3), pp. 231—239. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2006.02.007
7. Hallford DJ, Barry TJ, Austin DW, Raes F, Takano K, Klein B. Impairments in episodic future thinking for positive events and anticipatory pleasure in major depression. *J Affect Disord*. 2020 Jan 1;260:536-543. doi: 10.1016/j.jad.2019.09.039.
  8. Magdalen G Schluter, Hyoun S Kim, Julia C Poole, David C Hodgins, Daniel S McGrath, Keith S Dobson, Hermano Taveres. Gambling-related cognitive distortions mediate the relationship between depression and disordered gambling severity. *Addict Behav*. 2019 Mar;90:318-323. doi: 10.1016/j.addbeh.2018.11.038.
  9. [Nicki A Dowling](#), [Sean Cowlshaw](#), [Alun C Jackson](#), [Stephanie S Merkouris](#), [Kate L Francis](#), [Darren R Christensen](#). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015 Jun;49(6):519-39. doi: 10.1177/0004867415575774.
  10. Noël X, Saeremans M, Kornreich C, Jaafari N, D'Argembeau A. [Future-oriented mental time travel in individuals with disordered gambling](#). *Conscious Cogn*. 2017 Mar;49:227-236. doi: 10.1016/j.concog.2017.02.006.
  11. [Tess Armstrong](#), [Matthew Rockloff](#), [Matthew Browne](#). Gamble with Your Head and Not Your Heart: A Conceptual Model for How Thinking-Style Promotes Irrational Gambling Beliefs. *J Gambl Stud*. 2020 Mar;36(1):183-206. doi: 10.1007/s10899-019-09927
  12. World Health Organization. The ICD-11. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics. Eleventh Revision. [Elektronnyi resurs]. Available at: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (Accessed 28.02.2020).

## Военно-психиатрического обследование: анализ нозологической структуры психических расстройств в 2021 г.

*Курсанова О.Н., Титова А.Н., Полкова К.В., Ковалева Е.В., Карасева Ю.В.*

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница  
имени Н.Н. Баженова»

Состояние здоровья молодежи является одним из показателей благополучия страны, оно указывает на способность к прогнозированию и формированию основных социально-экономических, политических направлений деятельности государства. Отдельной социальной группой являются лица молодого возраста, подлежащие призыву, которые в актуальных сложившихся геополитических условиях, становятся одним из приоритетных направлений Российской Федерации, т.к. отражают степень защищенности общества и нашей страны в целом.

Актуальность проведения военно-психиатрического обследования определяется высоким уровнем заболеваемости психическими расстройствами в призывном и допризывном возрасте, распространенностью суицидального поведения среди молодежи, а также, безусловно, высокими требованиями к состоянию психического здоровья военнослужащих. Ведь сама служба в армии, вероятность участия в военных действиях, условия нахождения в армии, являются мощным стрессогенным и дезадаптирующим фактором.

**Цель:** анализ распространенности психических расстройств и их нозологической структуры среди лиц, направленных на стационарную военно-психиатрическую экспертизу в ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова».

Материалы и методы: после клинической беседы с врачом-психиатром, а также проведения дополнительных диагностических исследований (осмотр врачом-неврологом, окулистом, электроэнцефалография, экспериментальное психологическое исследование) и представления обследуемых врачебной комиссии, нами был произведен анализ 712 обращений лиц молодого возраста мужского пола, направленных военными комиссариатами в отде-

ление для проведения стационарной военно-психиатрической экспертизы (ВПЭ), посредством изучения медицинских карт стационарного больного. Возраст обследуемых варьировал от 16 до 27 лет. В исследование были включены лица допризывного (16-17 лет) и призывного (18-27 лет) возраста.

### **Результаты и их обсуждение:**

Общеизвестно, что структура и факторная обусловленность психических расстройств в каждом региона индивидуальна. В 2021 году на стационарную военно-психиатрическую экспертизу в отделение №10 ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н.Баженова» по направлению 16-ти военных комиссариатов г. Рязани и Рязанской области обратились 712 молодых людей допризывного и призывного возраста.

Анализируя районированность направлений на военно-психиатрическое обследование, были обнаружены следующие результаты: наиболее часто лица допризывного и призывного возраста были направлены из военного комиссариата Октябрьского и Советского районов г. Рязани (161 чел.), далее по частоте направляемости - военный комиссариат Московского и Железнодорожного районов г. Рязани (150 чел.), на третьем месте – военный комиссариат Рязанского и Спасского районов Рязанской области (85 чел.). Самое низкое количество направленных на обследование было зафиксировано у военного комиссариата Рязанской области - 12 человек.

Прежде чем перейти к непосредственному анализу структуры психических заболеваний в нашем регионе, отметим некоторые особенности других регионов. В Оренбургской области психические расстройства занимают третье место в структуре патологии, приведшей к ограничению годности призывников в 2007 году (18,79%) [3; 4], в Иркутской области распространенность психических расстройств среди причин негодности к воинской службе составляет 31,1% [2]. Согласно исследованиям некоторых авторов [1; 6], большую часть среди психических расстройств лиц допризывного и призывного возраста занимают органические расстройства. На втором месте в большинстве случаев находится умственная отсталость, на третьем – личностные расстройства [5].

Согласно нашим данным, самой распространенной «диагностируемой» статьей расписания болезней среди психических расстройств у молодых людей, направленных на ВПЭ, стала 18 статья - расстройства личности (30,65%).

*Таблица 1*

**Нозологическая структура психических заболеваний среди допризывников и призывников в 2021 году**

<i>Статья расписания болезней</i>	<i>Количество человек (% от общего)</i>
14	110 (18,43%)
15	9 (1,51%)
17	154 (25,79%)
18	183 (30,65%)
20	10 (1,68%)
88	10 (1,68%)

При этом наиболее часто устанавливался диагноз инфантильного расстройства личности (F60.8), характеризующийся личностной и эмоциональной незрелостью, недостаточной критичностью к своему поведению, реже – эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3), которое в большинстве случаев проявлялось эмоциональной неустойчивостью, импульсивностью, аутоагрессивными проявлениями (нанесением самоповреждений и т.д.), несистематическим потреблением психоактивных веществ, склонностью вовлекаться в неустойчивые отношения. На втором месте по распространенности оказалась статья 17, которая включает невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (25,79%). Лишь на третьем месте оказалась статья 14 расписания болезней – органические психические расстройства, среди которых чаще всего ставился диагноз органического расстройства личности и эмоционально лабильного (астенического) расстройства.

Примерно с одинаковой частотой диагностировали умственную отсталость, заикание, эндогенные психические расстройства. Это, скорее всего, связано с тем, что люди с такими диагнозами так или иначе чаще наблюдаются амбулаторно, состоят на



диспансерном наблюдении, поэтому обследование проводится в амбулаторных условиях.

Психически здоровыми были признаны 16,15% обследуемых, направленных на военно-психиатрическое обследование.

Таким образом, можно прийти к следующим выводам: проведение военно-психиатрической экспертизы становится все более важным и необходимым этапом для недопущения дестабилизации и дезадаптации лиц с психическими расстройствами в условиях воинской службы. Среди лиц призывного возраста доминируют психопатии (расстройства личности) и невротические расстройства, что позволяет обратить внимание психиатрической службы на разработку возможных превентивных мер в отношении данной группы лиц.

#### Литература:

1. Бабенко А.И., Шведов Е.Г., Бабенко Е.А. Комплексная оценка заболеваемости юношей-подростков и лиц, призываемых на военную службу // Медицина в Кузбассе. 2017. № 4. С. 73–80;
2. Здоровье призывников Иркутской области / Белогоров С.Б. [и др.] // Сибирский медицинский журнал. 2008. № 4. С. 58–61;
3. Кузьмин С.А., Смирнов С.В. Региональные особенности состояния здоровья граждан призывного возраста (на примере Оренбургской области) // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2013. № 3. С. 1820–1822;
4. Анализ показателей здоровья допризывной и призывной молодежи Оренбургской области / Кузьмин С.А. [и др.] // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. № 5. С. 490–494.
5. Кучин Н.Е. Основные тенденции распространенности психической патологии у лиц призывного возраста // Материалы международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья», Москва. 2012. С. 82–84.
6. Шмыков В.С., Менделевич В.Д. Клиническая феноменология личностных расстройств и индивидуально типологические

особенности лиц призывного возраста в Удмуртской Республике // Психическое здоровье. 2010. № 5. С. 27–33.

## **Сахарный диабет 2 типа и психические расстройства**

*Кирюхин О.Л.*

ФКУЗ МСЧ МВД России по Рязанской области

Наличие психических расстройств у пациентов с сахарным диабетом 2 типа часто недооценивают. Однако исследования показывают значительное влияние этих расстройств на течение заболевания, частоту госпитализаций, результаты лечения, смертность, и “compliance” пациента с врачом [1,2,3]. Своеобразная психологическая интерпретация «внутренней картины болезни» во многом определяет приверженность к лечению. По данным учёных [4,5,6] до 60% больных СД 2 типа страдают депрессией, а 20% - испытывали страх смерти в результате осложнений (гипогликемия, синкопальные состояния), что приводит к повышению уровня тревожности [1,3,4].

Целью нашего исследования послужил анализ психопатологии у больных СД 2 типа.

### **Материалы и методы:**

109 больных сахарным диабетом 2 типа прошли обследование с использованием тестирования по шкалам клинической оценки депрессии и тревоги Гамильтона и шкале тревоги по Тейлору. Повышенным считали уровень тревоги, превышающим норму по обеим шкалам. Диагностику психических нарушений проводили в соответствии с классификацией МКБ-10.

Минимальный возраст больных составлял 42 года, максимальный – 68 лет, средний возраст –  $55,3 \pm 14,2$  лет. По полу отмечалось незначительное преобладание женщин без достоверных различий в исследуемых группах.

Все пациенты прошли общеклиническое обследование согласно существующим стандартам диагностики сахарного диабета 2 типа и предоставили информированное согласие на обследо-

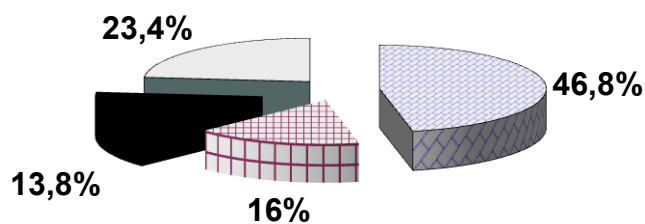
вание психотерапевтом и лечение, согласно Хельсинской декларации.

Статистическую обработку данных проводили при помощи программ Statistica for Windows 5.0 (“Stat.Soft, Inc.”). Результаты представлены в виде  $M \pm m$  (среднее  $\pm$  стандартная ошибка среднего).

### Результаты и обсуждение:

Пограничные психические расстройства у больных СД 2 типа в исследовании были представлены расстройствами настроения или аффективными расстройствами (депрессия, дистимия) – 16%, невротическими расстройствами (тревожные расстройства и панические атаки, соматоформные расстройства, неврастения и др. формы неврозов) – 59,8%, в структуре которых мы выделили нарушения адаптации (нарушение приспособительных реакций) – 46,8% (см. диаграмму 1). Больные с выраженными расстройствами личности и поведения, а также с психическими нарушениями, связанными с другими причинами, в дальнейшее исследование не включались.

Диаграмма 1. Представленность психических расстройств у больных СД 2 типа.



- нарушения адаптации (нарушение приспособительных реакций)
- ▨ расстройства настроения (аффективные расстройства)
- невротические расстройства (реакции)
- психоорганический синдром, вследствие диабетической энцефалопатии

По данным проведённого тестирования отклонения по шкалам аффективных нарушений выявлены у 60,3% больных (94 че-

ловека). При этом - у 81 (51,9%) больного СД 2 типа (49 женщин и 32 мужчины) уровень тревожности превосходил критерий нормы по обеим шкалам, а 68 (43,6%) больных (31 мужчина и 37 женщин) обнаруживали признаки депрессии.

Таким образом, 2/3 больных, включённых в исследование, имели отклонения в аффективной сфере, причём, более многочисленными оказались тревожные нарушения.

Средний уровень тревоги у больных СД 2 типа с повышением тревожности (81 человек) по шкале Гамильтона составил  $19,8 \pm 0,22$ , что соответствует амбулаторному уровню нарушений.

Тревога была выражена психическим напряжением, нарушением ночного сна, беспокойством, чувством внутренней дрожи и другими соматовегетативными расстройствами, особенно усиливающимися под действием стрессовых факторов. К физическим симптомам тревоги относили кардиалгии, респираторные проявления, снижение аппетита, боли в животе, нарушения стула (синдром раздражённого кишечника), головные боли и др. проявления соматоформных невротических нарушений. В структуре депрессии доминировал соматизированный тип, отмечалось подавленное настроение, пессимистическая оценка настоящего и будущего, соматовегетативные расстройства (слабость, головные боли, ощущение недостаточности вдоха, тяжестью и неопределёнными болями в области сердца). При этом соматоформные нарушения не были локализованы и распространялись на различные органы и системы. А высокий гликемический индекс не обнаружил корреляции с аффективной патологией, наблюдаемой у пациентов с этим заболеванием.

Обращает внимание высокий уровень потребления алкоголя больными СД 2 типа. Среди обследованных пациентов более чем у 15% из них определены симптомы алкогольной зависимости, что нашло отражение в зарубежной литературе, где единого мнения по этому вопросу не существует [7,10,12,13].

### **Выводы.**

1. По результатам исследования – порядка 50% больных СД 2 типа обнаруживает пограничные психические расстройства. При этом типология их в большинстве случаев представлена нарушениями адаптации с преобладанием тревожно-депрессивных

расстройств в аффективной сфере и искажением когнитивных установок в отношении собственного заболевания.

2. Более 15% пациентов, страдающих сахарным диабетом, наблюдаются наркологами по поводу хронического алкоголизма, превышая статистический уровень заболеваемости, что требует проведения дальнейших исследований.

3. Доказано, что высокий уровень тревоги у больных СД 2 типа поддерживается ложными опасениями и ложными убеждениями по поводу своего заболевания (86,6%). Таким образом когнитивная психотерапия с внедрением материалов школ для больных диабетом становится наиболее эффективной в работе с этой группой пациентов.

#### Использованная литература:

1. Дедов И.И., Сунцов Ю.И., Болотская Л.Л., и др. Скрининг осложнений сахарного диабета как метод оценки лечебно-профилактической помощи больным. // Сахарный диабет. – 2006. – Т. 9. – №4 – С. 38-42.
2. Дедов И.И., Шестакова М.В., Сунцов Ю.И., и др. Результаты реализации подпрограммы «Сахарный диабет» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2012 годы». / Под редакцией И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – Москва, 2012.
3. Задионченко В. С. Психологические особенности и качество жизни больных артериальной гипертензией с метаболическими факторами риска / В. С. Задионченко // Кардиология. – 2002. – Т. 42, № 9. – С. 15–19.
4. Зимин Ю. В. Происхождение, диагностическая концепция и клиническое значение синдрома инсулинорезистентности или метаболического синдрома Х // Кардиология. 1998. № 6. С. 71–81.
5. Лекции по психосоматике. Под ред. А.Б.Смулевича. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014.
6. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение: руководство для врачей / Под ред. Г.И.Сторожакова, В.К.Шамрея. – СПб.: СпецЛит. – 2014. – с.51-53.

7. Сидоров П.И., Соловьёв А.Г., Новикова И.А. Форма потребления алкоголя и течение сахарного диабета // Наркология. 2002. №5. С.28-32.
8. Симаненков В. И. От теории психосоматической медицины – к терапевтической практике / В. И. Симаненков, Ю. П. Успенский // Медлайн-экспресс. 2006. № 4 (187). С. 3–7.
9. Сунцов Ю.И., Дедов И.М. Государственный регистр больных сахарным диабетом – основная информационная система для расчета экономических затрат государства на сахарный диабет и их прогнозирование. // Сахарный диабет. 2005. Т. 8. №2. С.2-5.
10. Успенский У.П., Балукова Е.В. Метаболический синдром – депрессия – аддиктивное поведение: причинно-следственные взаимоотношения // Экология человека. 2010. №4. С.23-28
11. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus // Diabetes Care 2008.31(Suppl. 1). P. 55–60.
12. [Kim SJ](#), [Kim DJ](#) Alcoholism and diabetes mellitus // [Diabetes Metab J](#). 2012 Apr. 36(2). P.108-115.
13. Sattar N, Wannamethee SG, Forouhi NG. Novel biochemical risk factors for type 2 diabetes: pathogenic insights or prediction possibilities? // Diabetologia. 2008. 51(6). P.926-940.

### **Суицидальное поведение у ВИЧ-инфицированных пациентов наркологического стационара**

*Комарова А.П., Агibalова Т.В., Петросян Т.Р., Комаров С.Д.*

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения города Москвы»,  
Клинический филиал №1

Современный этап развития наркологии характеризуется существенным расширением и углублением проблемы зависимого поведения. К специалистам соответствующего профиля все чаще стали обращаться люди с синдромом зависимости от алкоголя и/или психоактивных веществ (ПАВ), с сопутствующими

заболеваниями инфекционного профиля (гепатиты, ВИЧ-инфекция).

Высокая распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в РФ также подтверждается статистическими данными Восточной Европы и Центральной Азии, где по статистике распространенность ВИЧ-инфекции среди ПИН в 28 раз выше, чем среди остального населения [4]. Эпидемия ВИЧ-инфекции в данных странах в значительной степени подпитывается употреблением инъекционных наркотиков, на которое приходится 48% новых случаев инфицирования ВИЧ [4, 12], а также высокой распространённостью ВИЧ среди ПИН (7,3–53,4%) [11]. Восточная Европа и Центральная Азия – единственный регион мира, где с 2010 года увеличились заболеваемость ВИЧ (+ 72%) и смертность от СПИДа (+ 24%) [10].

Психоактивные вещества обладают мультимодальным отрицательным влиянием и высокой нейротоксичностью на центральную нервную систему, обуславливая существенную долю психопатологических изменений, особенно в длительный период употребления ПАВ [2]. Данные изменения приводят к деградации как социальной, так и интеллектуальной, высокому росту интоксикационных психозов, вызванных употреблением ПАВ, расстройствам поведения, присоединению соматических осложнений и сопутствующих заболеваний, которые напрямую или опосредованно влияют на рост смертности у пациентов с зависимостью от ПАВ [8]. Не только соматические и психические осложнения, возникающие у потребителей ПАВ, приводят к летальным исходам, также значительное влияние оказывают такие внешние факторы, как несчастные случаи, ненамеренные передозировки и самоубийства [7].

Неослабевающее внимание специалистов привлекают исследования психического здоровья суицидентов. Среди госпитализированных после совершения суицидальной почти у половины из них основное психическое заболевание было осложнено алкогольной или наркотической зависимостью [5, 6].

Наркологически отягощенный анамнез, как правило, определяет более высокий уровень дезадаптации личности с резким повышением уровня аутоагрессивной и суицидальной настроен-

ности. Показатели смертности больных с зависимостью от опиоидов имеют большое сходство во многих странах и составляют до 15,3 на 100 тысяч населения [9]. Частой причиной смерти при употреблении опиоидов является суицид. По данным D. Lee [2016] в США в штате Флорида в период с 2001 по 2013 год смертность от наркотиков увеличилась на 57%, причём в структуре этой смертности каждый пятый случай (19,6%) был обусловлен самоубийством. В Финляндии из общего числа случаев преждевременной смерти наркоманов от суицида погибает каждый четвертый (24,0%) [14].

У больных ВИЧ среди причин смерти случайные травмы и самоубийства составляют 8% [13]. Употребление психоактивных веществ обостряет депрессивные переживания, ослабляет мотивационный контроль над поведением человека, тем самым увеличивается риск суицидального поведения. ВИЧ-инфекция, в связи с особенностями заражения, неблагоприятным прогнозом заболевания способствует социальному отчуждению инфицированного лица, повышает риск суицидального поведения. Суицидальный риск у мужчин, страдающих ВИЧ-инфекцией, в возрасте 20—59 лет в 36,3 раза выше, чем у мужчин того же возраста без диагноза ВИЧ-инфекция, и в 66,15 раз выше, чем в общей популяции [1].

Косвенным показателем суицидального поведения также можно считать отказ от приема АРТ, при условии, что пациенты, по иммунологическим показателям остро в ней нуждаются. Данное утверждение подтверждается в литературном обзоре Петросяна Т.Р., где описаны работы ученых из Канады, США, Испании, Бразилии, Индии, Франции. Все вышеперечисленные исследования ожидаемо подтвердили, что приверженность терапии АРТ среди потребителей инъекционных наркотиков ниже, чем в других группах исследуемых не употребляющих наркотики. Также степень подавления вирусной нагрузки у активных потребителей ПАВ значительно ниже, чем в группах пациентов, которые перестали употреблять наркотики или никогда их не употребляли, что существенно влияет на прогноз и качество жизни. Доказано, что именно приверженность АРТ у пациентов наркологического профиля, имеет приоритетное значение в качестве предик-



тора выживания для людей, инфицированных вирусом иммунодефицита человека [3].

В настоящее время суицидальное поведение можно считать мультидисциплинарной областью знаний, на которое оказывает влияние множества факторов, таких как, биологические, личностно-психологические, социально-средовые, стрессовые, этнокультуральные и психопатологические. Однако мало исследований клиники течения наркологического заболевания, у пациентов, страдающих зависимостью от нескольких ПАВ (клинической картины формирования и динамики наркологического заболевания, патологического влечения, синдрома отмены, синдрома зависимости) с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция. Также до настоящего времени не изучена взаимосвязь динамики патологического влечения к ПАВ в зависимости от выраженности суицидального поведения, у пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Не разработаны критерии тяжести, и принципы терапии суицидального и аутоагрессивного поведения у данной категории больных.

#### Список литературы

1. Беляева В. В., Ручкина Е. В., Покровский В. В. Особенности суицидального поведения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. 1993. № 3. С. 100-101.
2. Бохан Н. А. Клинико-патобиологические закономерности формирования и патоморфоза алкоголизма и наркоманий в социально-организованных популяциях / Н. А. Бохан, А. И. Мандель, И.А. Артемьев и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 53-63.
3. Брюн Е. А. Приверженность к фармакотерапии у ВИЧ-инфицированных пациентов с коморбидной наркологической патологией / Е. А. Брюн, Т. В. Агибалова, Т. Р. Петросян, О. Ж. Бузик // [Наркология. 2019. № 2. С. 102-109.](#)
4. Доклад Целевой группы Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2014 <http://aidsinfo.unaids.org>

5. Ефремов В. С. Основы суицидологии. СПб. : «Издательство «Диалект», 2004. 480 с.
6. Любов Е., Зотов П. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение II // Суицидология. 2018. № 2 (31). С. 16-29.
7. Хохлов М. С. Суицидальное поведение больных, злоупотребляющих синтетическими психостимуляторами: клинико-динамические, реабилитационные, превентивные аспекты, учет / Хохлов М. С. / Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Томск, 2019.
8. Царев С.А. Анализ динамики и причин высоких показателей смертности от отравлений наркотиками в Самарской области / С. А. Царев, А. В. Щербань, А. С. Манцагов и соавт. // Наркология. 2018. № 8. С. 7.
9. Шерстюк Б., Кирдяпкина А. Эпидемиологические аспекты смертности, связанные с наркотиками, половозрастная характеристика, убийства, самоубийства, несчастные случаи : Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков. Москва-Астрахань, 2000. С. 121-123.
10. ЮНЭЙДС. Индикаторы AIDSinfo. Женева: Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу, 2020 <http://aidsinfo.unaids.org>
11. Degenhardt L. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review / L. Degenhardt, A. Peacock, S. Colledge, J. Leung, J. Grebely, P. Vickerman, J. Stone, E. B. Cunningham, A. Trickey, K. Dumchev, M. Lynskey, P. Griffiths, R. P. Mattick, M. Hickman, S. Larney // The Lancet. 2017. № 12 (5). E. 1192-1207.
12. Jolley E. HIV among people who inject drugs in Central and Eastern Europe and Central Asia: a systematic review with implications for policy / E. Jolley, T. Rhodes, L. Platt, V. Hope, A. Lатыпов, M. Donoghoe, D. Wilson // BMJ Open. 2012. № 2(5): e001465.
13. Loeliger K. B. All-cause mortality among people with HIV released from an integrated system of jails and prisons in Connecticut, USA, 2007-14: a retrospective observational cohort study / K.

- B. Loeliger, F. L. Altice, M. M. Ciarleglio, K. M. Rich, D. K. Chandra, C. Gallagher, M. M. Desai, J. P. Meyer // *Lancet HIV*. 2018. Vol. 5, № 11. P. 617-628.
14. Onyeka I. N. Potential Years of Life Lost Due to Premature Mortality Among Treatment-Seeking Illicit Drug Users in Finland / I. N. Onyeka, C. M. Beynon, I. Vohlonen, J. Tiihonen, J. Föhr, K. Ronkainen, J. Kauhanen // *J Community Health*. 2015. Vol. 40, № 6. P. 1099-1106.

### **Реабилитационный процесс в наркологии на примере работы отделения стационарной реабилитации в ГБУ РО ОКНД**

*Кузина Ю.В., Васин А.С., Мужеская Т.В., Лукашук А.В.*  
Рязанский областной клинический наркологический диспансер

Одной из важных и перспективных тем в современной наркологии является реабилитация наркологических больных [1, 7]. Часто стационарное лечение наркологических больных ограничено только детоксикацией, фармакотерапией абстинентного синдрома и назначением лекарственных препаратов, корректирующих психические и соматические нарушения, которые мы наблюдаем на выходе [2]. При этом невозможно получить хорошую ремиссию, не используя реабилитационные программы, что признано наркологами всего мира [8, 9].

Реабилитационный процесс у наркологических пациентов является длительной комплексной программой. Основная цель, преследуемая нами, заключается в получении долгосрочной ремиссии с принципиально измененным поведением и мышлением пациента, а так же другим отношением не только к собственной болезни и личности, но и обществу [6].

В данной статье рассматривается работа стационарного отделения медико-психологической реабилитации (МПР) на 50 коек ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» (ГБУ РО ОКНД).

В МПР ГБУ РО ОКНД во время реабилитационной программы с пациентами работает специальная многопрофильная

бригада, включающая врачей-психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов, медицинских психологов, специалиста по социальной работе, социального работника, врача ЛФК и инструктора по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта. Активное участие в работе отделения принимает младший и средний медперсонал, консультанты по зависимостям со своим опытом выздоровления.

Неотделимыми частями процесса реабилитации является лечебное и физиотерапевтическое воздействие на пациентов. Лечебный процесс состоит из лекарственной терапии и коррекции с использованием самых современных препаратов (витаминотерапия, общеукрепляющая, метаболическая) в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи наркологическим больным. Так же мы используем атипичные нейролептики, современные антидепрессанты, блокаторы опиатных рецепторов.

Официальная статистика демонстрирует, что доля наших пациентов, включенных в программу стационарной МПР, по отношению к общему числу госпитализированных в Рязанской области составляет 4,9 за 2019 и 4,5 за 2020 годы (в %), что в целом соответствует статистике по России (по России 5,4 за 2019 и 5,4 за 2020, а по ЦФО 4,4 за 2019 и 4,0 за 2020). Опираясь на уровень реабилитационных способностей больных, мы составляем индивидуальную программу стационарной реабилитации на срок от одного до трех месяцев, что так же соответствует общим подходам к реабилитации [7]. В Рязанской области длительность стационарной реабилитации составила 82,2 дня в 2019 г. и 52,7 дня в 2020 г., что значительно превышает продолжительность стационарной реабилитации в ЦФО 32,9 - 2019 и 32,1 - 2020 г., и уровень РФ 44,2 - 2019 г. и 43,1 - 2020 г. [5]. Мы сознательно стараемся «удерживать» пациентов в реабилитационной программе на такой, казалось бы, длительный срок. Дело в том, что в основной массе наши пациенты обладают низким или средним реабилитационным потенциалом и в течение первых четырех недель они проходят адаптационный период. Лишь после этого пациенты переходят к следующему периоду реабилитации (интеграционному), когда активно начинают участвовать в процессе и который длится месяц и больше. На третьем стабилизирующем этапе реа-

билитации происходит восстановление и улучшение физического и психического состояния пациента. Опосредованно результативность этой работы можно оценить при помощи доли больных, завершивших стационарную реабилитационную программу от числа включенных (в %), что в Рязанской области составляет 91,5 в 2019 году и 91,8 в 2020 году, что превышает результаты по ЦФО (87 - 2019 и 86,7 - 2020) и в целом по России (85,9 - 2019 и 85,4 - 2020) [5]. Исходя из этого, в Рязанском наркологическом диспансере реализуется обширный охват стационарной реабилитацией, а так же обеспечивается повышенный процент «удержания» больных в реабилитационной программе, длительность пребывания в которой так же превосходит показатели не только Центрального федерального округа, но и России.

Суть программы реабилитации имеет в своем составе несколько ключевых моментов, а именно:

- весь лечебно-диагностический процесс курируется врачом психиатром-наркологом, осуществляются консультации пациентов психотерапевтом, медицинским психологом,

- групповые занятия с социальным работником и со специалистом по социальной работе,

- психическая диагностика, индивидуальная и групповая психотерапевтическая, психокоррекционная работа,

- социально-психологические техники, ведущей целью которых является обучение социально-значимым навыкам: тут речь идет о восстановлении нарушенных социальных связей с, семьей, родственниками, работодателями, партнерами, а так же с противоположным полом,

- курс лечебной физкультуры и лечебной физкультуры. Целью данных процедур, является снижение уровня агрессии и раздражительности, нормализация нарушений ночного сна. Они позволяют добиться положительной динамики в неврологической, психической и в соматовегетативной симптоматике. В работе отделения МПР мы чаще всего используем лазерную терапию, электросонотерапию, которые назначаются и проводятся врачом-физиотерапевтом. Особое место среди физиопроцедур занимает использование СПА-капсулы «Alpha Oxy SPA System». Это специальная установка, похожая на капсулу в которую по-

мещается пациент. Воздействие сочетает в себе температурный эффект сауны с действием ароматических масел, элементы оксигенотерапии, а также звука. Курс этих физиопроцедур нормализует физическое и психоэмоциональное состояния пациента [3, 4].

Для каждого больного составляется план индивидуальной программы реабилитации, кроме того они соблюдают режим отделения. Летом возле стационарного отделения проводятся спортивные занятия с пациентами на свежем воздухе (футбол, волейбол и др.), которые организуют социальный работник и психолог.

Между РО ОКНД, Центром занятости населения Рязанской области и Комплексным центром социального обслуживания заключено общее соглашение о взаимодействии. Благодаря соглашению, больной, находясь в отделении реабилитации, может начать подготовку к возврату в социум. Например, восстановить утраченные документы, оценить возможности своего трудоустройства, узнать о вакансиях. Центр занятости так же обучает пациентов технологии самостоятельного поиска вакансий. Пациенты, которые на этом этапе получили положительный опыт взаимодействия с бюджетными учреждениями здравоохранения, социальными службами, а так же имеющие конкретный план по трудоустройству, более замотивированы на сохранение трезвости и улучшение своей жизни.

Исходя из всего вышеперечисленного, РО ОКНД важную и нужную последовательную работу по улучшению и оптимизации реабилитационной программы для химически зависимых пациентов. Свою задачу мы видим в сохранении и увеличении преемственности стационарного и амбулаторного звена, а так же в укреплении продуктивного взаимодействия реабилитации с социальными службами.

#### Литература:

1. Агибалова Т.В., Ахметзянов И.И., Хаева Р.Ф., Удачина Г.Л., Поплевченков К.Н., Орлова А.В., Недобыльский О.В. Эффективность программы медицинской реабилитации с использованием инъекционного налтрексона у больных с алкогольной зависимостью, находящихся в группе риска по лишению ро-

- дательских прав // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. - 2018. - Т. 118. - №. 2. - С. 40-44.
2. Байкова М.А., Меринов А.В., Казаева О.В. Гетерогенность феномена «взрослых детей алкоголиков» с позиции суицидологии на примере мужской когорты // Суицидология. - 2018. - Т. 9. - №. 4 (33). - С. 35-46.
  3. Дудко Т.Н., Бондаренко С.Н., Панченко Л.Ф., Глазачев О.С., Дудник Е.Н., Ярцева Л.А., Платоненко В.И. Эффективность применения физиотерапевтических мультифакторных устройств «Альфа окси спа» в комплексном лечении и реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии. - 2007. - №. 2. - С. 21-32.
  4. Дудко Т.Н., Бондаренко С.Н., Платоненко А.В., Спирина Г.К. Особенности применения реабилитационной установки «Альфа Окси - Narcology» в лечении и реабилитации больных наркологического профиля // Вопросы наркологии. - 2008. - №. 4. - С. 33-43.
  5. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2019-2020 годах: Аналитический обзор. - М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. ВП. Сербского» Минздрава России, 2021. - 192 с.
  6. Клименко Т.В., Козлов А.А. Комплексный подход к лечению и реабилитации в наркологии. В кн.: Общественное психическое здоровье: настоящее и будущее. Сборник материалов VI Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии. - 2016. - С. 161.
  7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 октября 2003 г. №500 «Об утверждении протокола ведения больных «Реабилитация больных наркоманией (Z50.3)» [Электронный ресурс]: информационно-правовое обеспечение «Гарант».
  8. Теркулов Р.И., Кормилина О.М., Патрикеева О.Н. Организация системы профилактики наркомании - проблемы и пути решения // Наркология. - 2017. - №1. - С. 93 - 98.

9. Федотов И. А. Подходы к психофармакотерапии алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. - 2017. - №. 9. - С. 152-154.

**Перевод длительно госпитализированных пациентов  
в ПНИ, как одна из задач МРО**

*Ландышев М.А., Солодов А.А., Петров А.В., Спирина Т.А,  
Полякова О.И.*

ГБУ РО «ОКПБ им. Н. Н. Баженова»,  
Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

Накопление в психиатрических стационарах длительно госпитализированных пациентов представляет серьезную проблему современной Российской психиатрии. По отчетным данным, доля лиц, находящихся в стационаре более года составляет 23,1 % [3]. В Рязанской психиатрической больнице доля таких лиц в 2021 году была 20,2%.

Известно, что длительное содержание психически больных в стационарных учреждениях оказывает неблагоприятное влияние на прогноз заболевания. Установлено, что длительное круглосуточное пребывание в психиатрическом стационаре негативно влияет на уровень инвалидизации больных [2].

В то же время, перед врачами и администрацией психиатрических стационаров стоит задача сокращения среднего койко-дня пациентов, поскольку краткость пребывания диктуется, как требованиями стандартов оказания помощи (30-60 дней), так и государственным заданием, устанавливающий средний срок пребывания пациентов около 80 дней.

В 2022 году в Рязанской ОКПБ, с целью приведения структуры больницы в соответствие с Порядком оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения, проведена реорганизация медико-реабилитационного отделения (МРО) и общепсихиатрического отделения №7 и, на их базе, создано МРО на 65 коек.



Одной из задач МРО является работа с длительно-госпитализированными пациентами, в том числе и перевод таких пациентов на стационарное социальное обслуживание в учреждения министерства социальной защиты населения (ПНИ) [1].

При решении проблемы приведения сроков пребывания пациентов в стационаре в соответствие с требованиями стандартов оказания помощи и государственного задания, следует учесть, что предстоит сокращать сроки лечения лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами и имеющих, как правило, сложный комплекс медицинских, психологических и социальных проблем (одиночество, отсутствие жилья, несформированность навыков самостоятельного проживания, уверенного поведения, навыков общения, остаточная психотическая симптоматика, явления выраженного дефекта в эмоционально волевой сфере, когнитивно-мнестические нарушения и др.). Выписка таких пациентов представляется очень сложной задачей.

Указанные пациенты, в большинстве своем, нуждаются в длительном приеме поддерживающего лечения, при этом, из-за недостаточно критического отношения к своему состоянию, самостоятельно прекращают психофармакотерапию после выписки. В то же время, если за приемом лекарств будет осуществляться даже минимальный надзор, пациенты более склонны следовать врачебным рекомендациям. Организовать такой надзор на дому одинокого пациента, ни силами психиатрической службы, ни с помощью привлеченных сотрудников комплексных центров социального обслуживания населения, как правило, невозможно. Кроме того, такие пациенты, часто не способны к самостоятельному проживанию в силу различных объективных и субъективных причин. Без надлежащей поддерживающей терапии, социальной поддержки и/или бытового ухода, психическое состояние пациента быстро ухудшается, и он повторно госпитализируется в стационар.

Применяя методики психосоциальной реабилитации (модуль независимого проживания, психообразование, работа с социальным окружением, психологические тренинги, психокоррекционные мероприятия, программа защищенного жилья и др.), у части таких лиц, удастся восстановить или выработать навыки

самостоятельного проживания, создать или восстановить сеть социальной поддержки. Основная же масса этих пациентов, после «пробной» выписки, вновь оказывается в стенах стационара.

Фактически, в отношении данных пациентов можно сделать выводы, во-первых, о полной утрате ими способности к самообслуживанию, во-вторых, о том, что помещение их на стационарное социальное обслуживание, за счет контроля медикаментозного лечения, имеет терапевтическое значение и позволяет добиться длительной стабильности их психического состояния.

Задача интенсификации усилий по переводу пациентов на стационарное социальное обслуживание встала перед больницей еще несколько лет назад, после первого визита в наш регион комиссии ГНЦ им. В. П. Сербского (2018 г.). По итогам анализа замечаний комиссии, было решено изучить состав пациентов, находящихся на лечении, с целью установить число пациентов, потенциально нуждающихся в переводе в ПНИ.

В результате работы комиссии установлено, что, на начало 2019 года в больнице находилось 440 пациентов со сроком пребывания более 90 дней (превышение сроков установленных госзаданием). Из них 277 мужчин, 163 женщины. В переводе в ПНИ, по предварительной оценке, нуждались 119 человек (91 мужчина и 28 женщин).

Работа по переводу в ПНИ является решением сложных медико-юридических, психосоциальных проблем и дополнительно тормозится карантинными ограничениями: интернаты, дважды за последние два года, закрывались на прием, в больнице ограничивалось присутствие врачей-консультантов из сторонних медицинских организаций. Кроме того, в мужские интернаты имеется очередь, период ожидания составляет свыше 6 месяцев, что заставляет, при получении места, повторно оформлять необходимые медицинские документы.

Психоневрологические интернаты области располагают 1076 мест. Из них 651 мужских, 425 женских. Условия пребывания получателей социальных услуг, в настоящее время, значительно улучшились. В комнатах ПНИ, как правило, проживает не более 2-4 человек, питание четырехразовое, разрешаются ежедневные прогулки на территории интерната, фактически, без ог-

раничения времени, свидания с посетителями, также не ограничиваются. Дееспособные пациенты получают на руки  $\frac{1}{4}$  часть пенсии, остающуюся после оплаты услуг учреждения. Курение на территории (в отведенных местах) также разрешается. Регулярно проводятся культурно-массовые мероприятия, посещение спектаклей, представлений, работают волонтеры, в том числе из проживающих. На момент написания статьи, в ПНИ области имелись свободные женские места, свободных мужских мест в ПНИ области нет.

Несмотря на очевидную необходимость перевода пациентов в ПНИ и большое количество нуждающихся в ней, эта работа, в силу ее сложности и необходимости оформления значительного количества документов, ведется, по нашему мнению, недостаточно активно. По отчетным данным за 2021 год в ПНИ переведено 18 человек (8 мужчин, 11 женщин).

В МРО работа по переводу пациентов в ПНИ, начиная с 2020 года, ведется достаточно интенсивно. В 2020 году переведен в ПНИ один человек и поставлен в очередь еще один. В 2021 году поставлено на очередь 9 человек, убыли в интернаты 6 пациентов, скончались, будучи поставленными на очередь – 2 человека. За первый квартал 2022 года, убыли в интернаты 3 пациента, поставлены на очередь 3 пациента. Ведется работа по постановке на очередь в ПНИ еще в отношении 8 пациентов, причем, у 4 пациентов, оформление находится на завершающей стадии (решены вопросы о дееспособности, восстановлении документов, запросе пенсий, формировании ИПРА и др.).

Согласно данным годовых отчетов, средний срок пребывания пациентов в отделении №7 сокращен, в сравнении с 2020 годом на 66% и составил 106,04 дня, а за 4 месяца 2022 года 96,2 дня.

В текущем году, нами планируется начать прием длительно госпитализированных пациентов из других мужских отделений для их перевода на стационарное социальное обслуживание.

**Вывод.** Перевод пациентов психиатрического стационара на социальное обслуживание, осуществляемое в стационарной форме, является сложной биопсихосоциальной проблемой, но эту работу необходимо выполнять, поскольку она защищает право па-

циента на оказание помощи в наименее ограничительных условиях и позволяет сократить средний срок пребывания пациентов в стационаре.

#### Литература:

1. Гебель, К.М. Опыт организации работы реабилитационного отделения с общежитием для больных, утративших социальные связи [Текст] / К.М. Гебель // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии / под ред. О.В. Лиманкина, С.М. Бабина. – СПб.: Изд-во «Таро», 2014. – Вып. II. – С. 116-119.
2. Гурович, И.Я. Психиатрия с опорой на сообщество и многоаспектность проблемы совершенствования психиатрической помощи [Текст] / И.Я.Гурович // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты: материалы Рос. конф. – М., 2004. – С. 46-48.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России. Динамика показателей и анализ процессов развития. М., 2012. 600 с.

**К вопросу о причинах совершения ООД и их  
повторности у лиц, находящихся на принудительном лечении  
и зависимости совершения ООД от их  
интеллектуального уровня**

*Макарьева О.В., Котов А.Г.*

Отделение принудительного лечения ГБУ РО «ОКПБ  
им. Н.Н. Баженова»

По наблюдению за пациентами, находящимися на принудительном лечении в стационаре и переведенными на АПНЛ (принудительное наблюдение и лечение у психиатра в амбулаторных условиях), можно отметить, что ООД чаще совершаются пациентами с теми или иными интеллектуальными нарушениями. Некоторые из пациентов, прошедшие этапы стационарного принудительного лечения и реабилитации совершают ООД вновь после перевода на АПНЛ и далее после отмены принудительного лечения. Этот факт указывает на трудности таких пациентов в адаптации к жизни в обществе.

Недостаточный интеллектуальный уровень развития пациентов не позволяет им правильно воспринимать общественные процессы, адаптироваться к конкретной ситуации, получать необходимые знания и навыки, давать адекватную оценку своим суждениям и поступкам, гармонично встраиваться в структуру общества с его законами, моралью и принятыми правилами, строить семейные и иные отношения.

У пациентов с различной психопатологией нередко отмечаются дефекты интеллектуального развития. По выраженности и характеру они имеют некоторые отличия и попытки сравнить их представляют определенные трудности ввиду индивидуальных особенностей каждого пациента. Однако некоторые моменты можно определить.

Заметим, что указанные исследования касаются пациентов в ремиссии; в стойком улучшении течения органических патологических процессов; с компенсацией личностных расстройств на фоне терапии.

По различию интеллектуальных нарушений у пациентов, страдающих психическими расстройствами выделяются: пациенты с врожденными и приобретенными дефицитными способностями; интеллектуальными дефектами при эндогенной патологии; с различными органическими расстройствами ЦНС; с педагогической запущенностью. Также, любые расстройства личности пациентов оказывают влияние на одностороннее дисгармоничное ее развитие. Часто, еще на этапах стационарного принудительного лечения, пациенты с интеллектуальными нарушениями медленно и неохотно усваивают законные требования, установленные в отделениях принудительного лечения. Они создают конфликты с другими пациентами, часто по незначительным поводам. Не выполняют установленные требования медперсонала, врачей. Игнорируют старания медиков по их коррекции. Скандалият с родственниками, навещающими их в больницах. Подобное поведение нередко приводит их к агрессивному поведению по отношению к окружающим. Некоторые пациенты становятся склонными к побегам. Большинство из пациентов, совершивших ООД противятся лечению. Часть из них могут предъявлять необоснованные, порой нелепые жалобы, и даже направляют их в различные правовые организации. Лечение и реабилитация таких пациентов представляет определенные сложности и требуют от врачей, психологов, специалистов по социальной работе настойчивости, терпения, знаний и опыта.

Следует признать, что количество пациентов, успешно прошедших все этапы принудительного лечения и сумевших адаптироваться к жизни в обществе еще недостаточно. Большая доля пациентов, ранее совершивших ООД совершают их повторно. Многие из них возвращаются на принудительное лечение с повторными ООД (21 % по данным нашего отделения).

Рассматривая вопрос о причинах повторности совершения ООД лиц, находящихся на принудительном лечении и зависимость повторности совершения ООД от интеллектуального уровня пациента, следует выделить несколько факторов, способствующих совершению повторных ООД:

1. Мотивация поведения

Мотивация поведения пациентов, находящихся на принудительном лечении достаточно тесно связана с их интеллектуальным уровнем развития. При сниженном интеллектуальном уровне в основном доминируют материально - потребительские, эгоцентрические и эмоционально - импульсивные мотивы поведения. У большинства из них совершенно нет стремления к трудовой деятельности, к образованию и продуктивному общению. В связи с этим наблюдается деформация потребностей с преобладанием материальных интересов над духовными.

## 2. Алкоголизм и наркомания

Повторность совершения ООД имеет непосредственную связь с алкоголизацией и наркоманией пациентов. При сниженном интеллектуальном уровне пациента, выше вероятность злоупотребления на свободе спиртными напитками и наркотическими веществами. Алкоголизация очень часто является сопутствующим мотивом и дополнительным стимулом для преступной деятельности. Исходя из анализа ООД, совершенных пациентами, находящимися на принудительном лечении больше трети преступлений против жизни и здоровья человека, а также корыстных преступлений связаны со злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами.

## 3. Морально - этическое и нравственное развитие

Деформация нравственного развития пациентов порождает повторное преступное поведение. При сниженном интеллектуальном уровне значительно затрудняется усвоение системы нравственных, моральных и общественных ценностей. У пациентов, в связи с этим формируются негативные качества личности нравственного характера, которые в последствии способствуют реализации преступного поведения: чрезмерное корыстолюбие, алчность, лживость, игнорирование общественных ценностей, эгоизм, безжалостность, легкомысленное отношение к своим поступкам, приверженность идеалам криминальной субкультуры и т.д. Религиозные верования некоторых пациентов нередко приобретают вычурные, примитивно-догматический характер с попытками оправдать свои правонарушения. Именно недостаток интеллектуального уровня не позволяет таким пациентам правильно и адекватно оценить себя и свое поведение, поэтому у них преоб-

ладают в поведении: оправдание собственной преступной деятельности, снижение критической оценки своего преступления, недоверие к органам власти, идеализация ценностей криминальной субкультуры.

#### 4. Недостаток правосознания

У большинства пациентов, находящихся на ПЛ выявляется не сформированность или дефективность правосознания, проявляющаяся в негативном отношении к социальным требованиям общества и реализация своих эгоистических, корыстных мотивов преступного поведения. В связи с этим мы видим формальное, безразличное либо отрицательное отношение к правовым нормам. Пациенты с недостатком интеллектуального уровня не могут правильно и адекватно воспринимать правовые предписания, очень часто на этом фоне проявляется незрелость правовых взглядов, игнорирование правовых норм, отрицание или недооценка справедливости судебного приговора и назначенного им принудительного лечения. Многим пациентам условия принудительного лечения кажутся более комфортными, чем жизнь на свободе.

#### 5. Семейные отношения

В большинстве своем, пациенты, находящиеся на принудительном лечении за повторные ООД, воспитываются в неблагополучных семьях. У многих родители или близкие родственники злоупотребляют алкогольными или наркотическими веществами, имеют судимость. В такой семье не могут быть достаточно сформированы морально – этические, нравственные и правовые нормы и правила. Очень часто именно члены семьи являются для таких пациентов объектом подражания, поэтому преступное поведение копируется и считается нормой.

За время существования отделения принудительного лечения ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова начиная с июля 2000 года, наработан достаточно большой опыт лечения и реабилитации пациентов, совершивших ООД. Внедрен принцип оказания помощи пациентам полипрофессиональной бригадой: врач, психолог, социальный работник. Есть реальные результаты по лечению, выписке пациентов и их адаптации в обществе. Многие из них нашли работу, создали семьи или вернулись в них и являются хо-



рошим примером для других пациентов. Однако, к сожалению, это удастся пациентам только с достаточно высоким сохранным интеллектуальным уровнем.

Улучшить ситуацию по профилактике ООД среди пациентов, страдающих психическими расстройствами помогут совместные своевременные, постоянные усилия всего общества и его структур: руководящих органов, силовых структур, системы здравоохранения и социальных учреждений, системы образования, общественных организаций, церкви и др.

#### Литература:

1. Казаковцев Б.А., Букреев Н.В., Булыгина В.Г. и др. Проблемы профилактики повторных общественно опасных действий психически больных // Судебная психиатрия. - М., 2011. - Вып. 8. - С. 100-109.
2. Менделевич В. Д. Психология девиантного поведения / В. Д. Менделевич. - М.: МЕДпресс, 2001.

### **Изучение распространенности депрессивных симптомов у стационарных больных с расстройствами шизофренического спектра**

*Маркина В.Р., Назимов О.С., Федотов И.А.*

Рязанская областная клиническая психиатрическая больница  
имени Н.Н. Баженова  
Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова

Вопрос депрессии при шизофрении активно изучается, имеется большое количество публикаций на эту тему, однако существующие данные не приведены к "общему знаменателю" – в настоящее время нет четкого понимания взаимодействия этих двух патологий. По разным данным, их взаимное протекание наблюдается у 7% -70% больных, страдающих шизофренией [7]. Такой широкий диапазон значений обусловлен отсутствием стандартной методики изучения депрессивных симптомов у больных с

шизофренией, а также изучением больных на разных этапах течения заболевания [1].

Несмотря на то, что со времен зарождения такого понятия, как шизофрения, депрессия являлась благоприятным прогностическим фактором (работы Э. Крепелина и его концепция «dementia praecox»), исследования последних лет доказывают обратное. Наиболее существенными отличиями больных, страдающих симптомами депрессии при шизофрении, является их большая склонность к совершению завершенных самоубийств, чем от галлюцинаций при шизофрении без депрессивной симптоматики [5]. Также, такие больные обладают большим риском рецидива шизофрении, большей выраженностью употребления психоактивных веществ (ПАВ), и более низкой приверженностью к лечению [3].

Целью нашей работы стало взять более широкую группу пациентов – больных со всеми расстройствами шизофренического спектра (РШС), находящихся на лечении в психиатрическом стационаре, и изучить распространенность депрессии среди них. Для этого мы определяли распространенность депрессивных симптомов у больных с РШС, сравнивали две группы (с депрессией и без неё) по заданным клиническим показателям и оценивали частоту назначения антидепрессантов у больных с РШС.

Нами было проведено ретроспективное сплошное исследование историй болезни всех пациентов с РШС (79,73% имели диагноз F20, 1,35% - F21, 6,76% - F23, 12,16% - F25), проходивших стационарное лечение в общепсихиатрическом мужском отделении ГБУ РО «ОКПБ им. Н.Н. Баженова» в течение 2020 года. Объем выборки составил 74 человека. Средний возраст - 40,68 лет [95%ДИ 37,98÷43,37]. Средняя длительность госпитализации – 74,49 дня [95% ДИ 62,24÷85,98].

Для определения симптомов депрессии мы пользовались исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 для депрессивного эпизода (F32.0). У каждого пациента все доступные истории болезни изучались на предмет наличия депрессивного эпизода, при выявлении нескольких эпизодов рассматривался самый выраженный.

Помимо наличия депрессии нас интересовали такие клинические параметры, как: средняя длительность госпитализаций, частота госпитализаций в год, возраст дебюта заболевания, употребление ПАВ и назначение антидепрессантов.

Полученные распределения оценивались по критерию Колмогорова-Смирнова. Для описания распределений, отличных от нормальных, использовался вид М [95% доверительный интервал для М]. Для сравнения несвязанных массивов данных, отличных от нормальных, использовался метод Хи-квадрат. Выявленные различия считались значимыми при достижении  $p < 0,05$ . Расчеты проводились в программном пакете Statistica 6.0 с использованием методик, описанных в монографии Ребровой О.Ю. [2]

По данным нашего анализа мы выяснили, что 48,65% больных предъявляли симптомы, удовлетворяющие критериям депрессивного эпизода как минимум 1 раз в течение своего заболевания (см. таб. 1).

*Таблица 1*

Частота встречаемости депрессивных симптомов по МКБ-10 у пациентов с РШС.

G1 Депрессивный эпизод должен длиться не менее 2 недель	100%
G2 В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов	100%
G3 Эпизод нельзя приписать употреблению ПАВ или органическому психическому расстройству	100%
I Депрессивное настроение не менее 2 недель, явно ненормальное для пациента, ежедневное и захватывающее большую часть дня	100%
II Снижение интереса или удовольствия от обычно приятной для больного деятельности	77,78%
III Снижение энергии и повышение утомляемости	86,11%
1 Снижение уверенности и самооценки	52,78%
2 Беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины	33,33%
3 Повторяющиеся мысли о суициде или суицидальное поведение	47,22%
4 Жалобы на уменьшение способности обдумывать	58,33%

или концентрироваться	
5 Нарушение психомоторной активности с ажитацией или заторможенностью	97,22%
6 Нарушение сна любого типа	94,44%
7 Изменение аппетита с соответствующим изменением веса тела	36,11%

Далее проводилось сравнение между группами пациентов с наличием и отсутствием депрессивной симптоматики.

Среди пациентов, имевших суицидальные мысли или поведение, 89,47% относились к группе лиц, страдающих симптомами депрессии. У пациентов с депрессией суицидальные мысли или попытки встречались в 47,22% случаев, у пациентов без депрессии – 5,26%. Разница оказалась статистически значимой ( $X^2=17,06$ ,  $dF=1$ ,  $p<0,001$ ).

Также, пациенты с депрессивными симптомами обнаруживали более ранний дебют расстройства - 22,64 [95% ДИ 20,64÷24,66] года, тогда как пациенты без признаков депрессии - 26,29 [95% ДИ 23,39÷29,22] года ( $p<0,05$ ).

Данные по средней продолжительности госпитализаций и их частоте в двух группах различались незначительно (см. таб. 2).

*Таблица 2*

Сравнение групп по средней длительности и частоте госпитализаций в год.

	Средняя длительность госпитализаций	Средняя частота госпитализаций в год	Значение p
Пациенты без депрессивных симптомов	80,68 (95% ДИ 65,24÷96,33)	0,81(95% ДИ 0,67÷0,95)	<0,7
Пациенты с депрессивными симптомами	67,94 (95% ДИ 50,89÷69,51)	0,92 (95% ДИ 0,71÷1,14)	<0,2

Изучив употребление ПАВ в двух группах, мы выяснили, что в группе депрессивных больных обнаруживается незначимое

на статистическом уровне преимущество - 19,44% против 18,42% ( $X^2=0,01$ ,  $dF=1$ ,  $p=0,91$ )

Применение антидепрессантов в группе больных с депрессивными симптомами составляет 36,11%, без депрессии - 5,26% ( $X^2=12,71$ ,  $dF=1$ ,  $p=0,00362$ ). В большей степени оно сопряжено с суицидальными тенденциями, т.к. среди пациентов с депрессией 80% пациентов из группы принимавших антидепрессанты имели суицидальные мысли и попытки, а среди пациентов, не принимавших антидепрессанты, только 34,62%.

Выявленная частота встречаемости депрессии при РШС совпадает с результатами других авторов и в очередной раз подчеркивает важность выявления депрессии у данной группы пациентов. Вопросы дифференциации первичной и вторичной (фармакогенной) депрессии, а также негативной симптоматики при РШС и депрессии являются перспективой для продолжения исследований.

Остается актуальной проблема терапии таких пациентов – в настоящий момент имеются данные об эффективности совместного применения АД и антипсихотиков [4], однако такой подход не введен в рутинную практику из-за недостаточной доказательной базы, что должно мотивировать исследователей на последующее активное изучение этой области.

Проведенное исследование имеет свои ограничения – сбор информации производился ретроспективно по историям болезни, поэтому был зависим от точки зрения врачей, описывающих психический статус пациентов. Также исследование выполнено только на мужской когорте и данные сложно однозначно экстраполировать на женскую популяцию. Помимо того, в исследование вошли данные за 2020 год, когда на пациентов влиял мощный психогенный фактор пандемии и связанных с ней ограничений, что также может нести ограничения для точности измерений.

По итогам нашей работы мы можем сделать следующие выводы:

1. Коморбидность РШС и депрессии довольно высока - 48,65% среди всех больных.
2. Депрессия при РШС сопряжена с повышенным риском суицидального поведения, но, в то же время, депрессивные сим-

птомы не влияют на уровень употребления ПАВ. Дебют заболевания РШС при сопутствующем развитии депрессии оказался более ранним. Средняя продолжительность и частота госпитализаций в исследуемых группах значительно не различалась.

3. Назначение антидепрессантов в клинической практике в большей степени связано с суицидальными мыслями и попытками.

Таким образом, можно сказать, что наличие депрессии оказывает влияние на течение РШС, отягчая их, поэтому данный вопрос требует дальнейшего изучения и разработки стратегий по улучшению качества жизни таких больных.

#### Список литературы

1. Мазо Г.Э., Бубнова Ю.С. Депрессия при шизофрении: диагностика и терапия // Журнал неврологии и психиатрии 2013. №3. С. 90-93.
2. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA.- М: МедиаСфера, 2002. 252 с.
3. Conley R.R., Asher-Svanum H., Zhu B., Faries D.E., Kinon B.J. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia // Schizophrenia Research 2007. №90. P. 186-197.
4. Chaichan W. Olanzapine plus fluvoxamine and olanzapine alone for the treatment of an acute exacerbation of schizophrenia // Psychiatry Clin Neurosci, 2004. №4. P. 364-368.
5. Dutta R., Murray R.M., Allaradyce J., Jones P.B., Boydell J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort // Schizophrenia Research, 2011. №126. P. 11-19.
6. Herniman S.E., Allott K., Phillips L.J., Wood S.J., Uren J., Malla-lawaarachchi S.R., Cotton S.M. Depressive psychopathology in first-episode schizophrenia spectrum disorders: a systematic review, meta-analysis and meta-regression // Psychological Medicine 2019, №49(15). P. 2463-2474.
7. Siris S. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // Schizophrenia Research. 2001. №47. P. 185-197.

8. Upthegrove R., Marwaha S., Birchwood M. Depression and Schizophrenia: Cause, Consequence, or Trans-diagnostic Issue? // Schizophrenia Bulletin, 2017. №43(2). P. 240-244.

**Психическое состояние лиц с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии с разными сроками трезвости**

*Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К.*

ООО «АВА-ПЕТЕР», г. Санкт-Петербург  
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»  
МО РФ, г. Санкт-Петербург

Ранее в исследованиях, касающихся лиц с зависимостью от синтетических катинонов, указывалось на то, что аффективные нарушения у данной категории граждан имеют стойкий характер и могут по мере набора трезвости не только не ослабевать, но и усиливаться [1]. Исследований, которые бы касались других аспектов психического состояния пациентов, потреблявших данные вещества, на разных сроках трезвости сравнительно мало.

Цель исследования: изучить психическое состояние лиц с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии с разными сроками трезвости.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 93 пациента, находившихся на реабилитации в 3-х частных («Лайф», «Навстречу жизни», «Вершина») и одном православном («Сологубовка») реабилитационных центрах, расположенных на территории Ленинградской области, а также в СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница». Срок трезвости пациентов от 3-х недель до 6 месяцев. Критериями включения в исследование были: письменное согласие пациента, отсутствие коморбидной психической патологии, наличие зависимости к синтетическим катинонам.

Для исследования использовались следующие психометрические методики: симптоматический опросник SCL-90-R (Derogatis L.R., 1975), опросник «СМОЛ» (в адаптации В.П. Зайцева

и В.Н. Козюли, 1981), методика «Личностная агрессивность и конфликтность» (Е.П. Ильин, П.А. Ковалев) и шкала самооценки социальной адаптации (SASS, Bosc M. et al., 1997).

В ходе исследования пациенты были разделены на две группы:

1-я группа – 57 пациентов со сроком трезвости от 3-х недель до 3-х месяцев.

2-я группа – 36 пациентов со сроком трезвости от 3-х до 6 месяцев.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программных пакетов «Microsoft Excel 2010» и «STATISTICA 10.0 for Windows». При сравнении показателей 2-х групп использовался U-критерий Манна-Уитни.

Полученные результаты. Возраст пациентов 1-й группы составил  $28,5 \pm 6,0$  года, второй –  $30,0 \pm 7,3$  года ( $p > 0,05$ ). Половой состав также статистически значимо не различался и характеризовался преобладанием лиц мужского пола (в 1-й группе их было 74%, во второй – 80%).

Показатели пациентов 1-й и 2-й групп по шкале Самооценки социальной адаптации, опроснику SCL-90-R и опроснику СМОЛ статистически значимо не различались ( $p > 0,05$ ) по всем шкалам и индексам. По методике «Личностная агрессивность и конфликтность» результаты по всем шкалам, за исключением шкалы «Конфликтность» также не различались. По шкале «Конфликтность» показатели пациентов второй группы ( $25,7 \pm 4,9$ ) оказались значимо выше ( $p = 0,041$ ) показателей пациентов из первой группы ( $23,6 \pm 4,6$ ).

Заключение. Таким образом, психологическое состояние пациентов с зависимостью от синтетических катинонов со сроком трезвости от 3-х до 6 месяцев статистически значимо по большинству показателей не отличалось от психологического состояния пациентов с меньшим (от 3-х недель до 3-х месяцев) сроком трезвости. Полученные данные могут свидетельствовать о стойкости этих нарушений и необходимости увеличивать сроки реабилитации данной категории пациентов.

## Литература



1. Психоэмоциональные особенности лиц, зависимых от синтетических наркотиков, при разных сроках воздержания / О. Н. Патрикеева [и др.] // Неврологический вестник. 2021. Т. 53. № 2. С. 34-41. Doi: 10.17816/nb58207.

## **Субъективная оценка когнитивных нарушений после перенесенного COVID-19**

*Медведева Т.И., Жабина Д.В., Бойко О.М, Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю.*

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, г.Москва, Россия

Долгосрочное воздействие заболевания COVID-19 на когнитивные функции стало серьезной проблемой общественного здравоохранения. SARS-CoV-2 вызывает различные неврологические осложнения у перенесших COVID-19, включая головокружение, головную боль, миалгии, полиневропатию, миозит, цереброваскулярные заболевания, энцефалит и энцефалопатию. Такая восприимчивость центральной нервной системы к SARS-CoV-2 вызывает большую потребность в нейропсихиатрических исследованиях среди перенесших COVID-19 [1]. Жалобы на снижение когнитивных функций распространены в острой и подострой фазах COVID-19. Но также отмечаются и через продолжительное время после выздоровления и составляют часть симптомов «пост ковида» или «длительного ковида». Наиболее уязвимыми оказываются люди старшего возраста [2]. Однако интерес представляют и более молодые возрастные группы, которые легче переносят заболевание, но для которых последствия когнитивных нарушений могут оказать существенное влияние на повседневное функционирование, и в общем на качество жизни.

**Целью** исследования было изучение субъективной оценки своего состояния после перенесенной коронавирусной инфекции у молодых женщин.

**Ключевые слова:** ковид-19, постковид, память, внимание, депрессия

**Материалы и методы**

В исследовании приняли участие 1148 человек (молодые женщины, возраст < 35 лет).

Часть данных получена с помощью опроса в интернете. Среди вопросов о социодемографическом статусе был вопрос о том, обращался ли испытуемый когда-нибудь за психиатрической помощью. На основе ответа на этот вопрос были выделены две группы: группа «нормы» (780 человек) и «обращавшихся к психиатру» (263 человека). В клинике прошли обследование 105 молодых женщин с диагнозом депрессия, они вошли в группу «клиника».

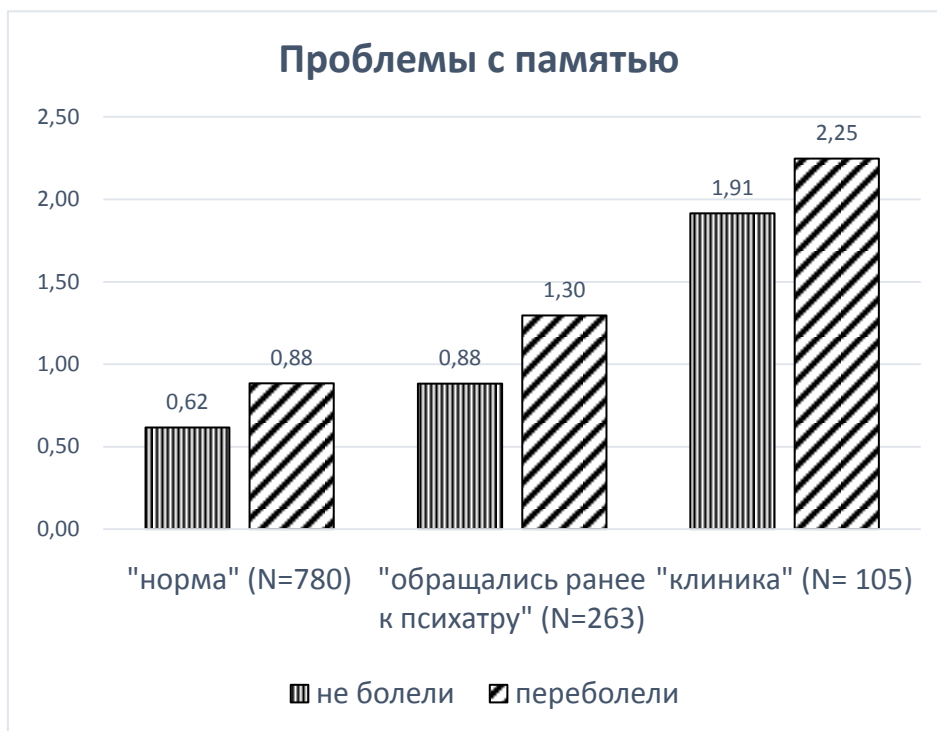
Все испытуемые ответили на вопросы о том, как они оценивают состояние своей памяти, внимания, когнитивного функционирования, все ответы давались по 5-бальной шкале Лайкерта (от 0 до 4), максимальный балл означал максимальное нарушение.

Для сравнения результатов подгрупп использовался непараметрический критерий Манна-Уитни.

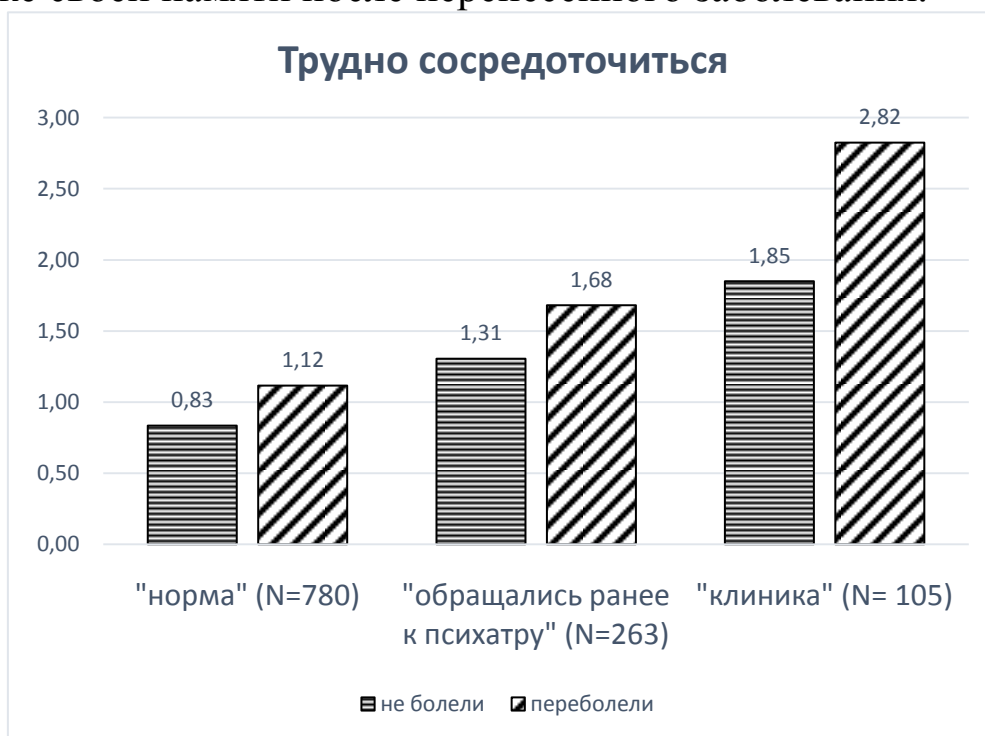
### **Результаты**

Во всем предложенным вопросам группы «нормы», «обращавшихся к психиатру» и «клиники» статистически значимо различались между собой. Наибольшую степень нарушения демонстрировали испытуемые из клинической группы. Во всех группах нарушения были значимо выражены у тех, кто перенес коронавирусную инфекцию. Далее приведены только статистически значимые различия.

В группе «нормы» переболевшие (94 человека) отмечали статистически значимое субъективное «нарушения памяти» (Рис. 1) (средние значения 0,62 и 0,88 для не болевших и переболевших соответственно), астении («упадок сил» - 1,02 и 1,64; «все, что делаете требует больших усилий» – 0,72 и 1,02), «трудность сосредоточиться» (0,83 и 1,12). Не было выявлено статистически значимых различий в вопросах о внимании («легко теряете мысль») и «трудности принятия решений».



В клинической группе, напротив, у переболевших (57 человек) отмечались проблемы с вниманием («легко теряете мысль» – 1,89 и 2,49; «трудности сосредоточиться» – 1,85 и 2,82), астенией («все, что делаете требует больших усилий» – 1,87 и 2,49), но не было различий выявлены статистически значимых различий в оценке своей памяти после перенесенного заболевания.



В подгруппе «обравшихся к психиатрам» переболевшие (44 человека) отмечали статистически значимые более высокие показатели субъективной оценки «нарушения памяти» (0,88 и 1,29), астению («упадок сил» – 1,57 и 2,25, «все, что делаете требует больших усилий» - 1,25 и 1,75), «трудности принятия решений» (1,3 и 1,7), «трудности сосредоточиться» (Рис. 2) (1,26 и 1,70).

Исследования показывают, что даже лёгкая форма перенесенного заболевания COVID-19 может привести к изменению структуры головного мозга и снижению когнитивных способностей [3; 4]. Это справедливо для людей без психиатрических проблем, и может существенно ухудшить состояние людей, у которых были психиатрические заболевания до пандемии. Так, в исследовании [5] показано, что фактором, который больше всего повлиял на нейропсихологические симптомы после перенесенного заболевания, было наличие предшествовавшего психического расстройства. В некоторых исследованиях подчеркивается близкая картина когнитивного дефицита при депрессии и после перенесенного коронавируса [4]. Авторы подчеркивают, что взаимосвязь между депрессивной психопатологией, воспалением и когнитивным функционированием ранее исследовалась у пациентов, страдающих большим депрессивным расстройством, показывая, что депрессия связана с более высокими уровнями воспалительных маркеров [6], а когнитивные нарушения [12] также связаны с воспалением [7].

### **Выводы**

Исследование показало, что субъективно во всех группах испытуемые отмечают более выраженные нарушения когнитивных функций после перенесенной коронавирусной инфекции. Группа людей с психиатрическими заболеваниями является группой повышенного риска. Профиль нейрокогнитивного дефицита, наблюдаемый у выздоровевших после COVID-19, может оказывать пагубное влияние на качество жизни и инвалидизируя пациентов.

Исследования выполнено при поддержке гранта РФФИ N 21-18-00129

Список литературы:

1. *Douaud G., Lee S., Alfaro-Almagro F. et al.* SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank. *Nature*, 2022. DOI: 10.1038/s41586-022-04569-5.
2. *Liu Y.H., Chen Y., Wang Q.H. et al.* One-Year Trajectory of Cognitive Changes in Older Survivors of COVID-19 in Wuhan, China: A Longitudinal Cohort Study. *JAMA Neurol*, 2022. DOI: 10.1001/jamaneurol.2022.0461.
3. *Hampshire A., Trender W., Chamberlain S.R. et al.* Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19. *EClinicalMedicine*, 2021, 39, 101044. DOI: 10.1016/j.eclinm.2021.101044.
4. *Poletti S., Palladini M., Mazza M.G. et al.* Long-term consequences of COVID-19 on cognitive functioning up to 6 months after discharge: role of depression and impact on quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2021. DOI: 10.1007/s00406-021-01346-9.
5. *Molina J.D., Rodrigo Holgado I., Juanes Gonzalez A. et al.* Neuropsychological Symptom Identification and Classification in the Hospitalized COVID-19 Patients During the First Wave of the Pandemic in a Front-Line Spanish Tertiary Hospital. *Front Psychiatry*, 2022, 13, 838239. DOI: 10.3389/fpsy.2022.838239.
6. *Kohler C.A., Freitas T.H., Maes M. et al.* Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatr Scand*, 2017, 135(5), 373-387. DOI: 10.1111/acps.12698.
7. *Fourrier C., Singhal G., Baune B.T.* Neuroinflammation and cognition across psychiatric conditions. *CNS Spectr*, 2019, 24(1), 4-15. DOI: 10.1017/S1092852918001499.

## Диффузная нарциссическая уязвимость и соматизация у женщин

*Мелёхин А.И.*

г. Москва, Россия

Изменения в нарциссической конфигурации психического функционирования способствует развитию соматизации, за счет возникновения боли от нарциссических ран (социальная боль) вмешиваясь в процессы эмоциональной регуляции, ментализации как способности понимать собственные психические состояния и других людей. Нарциссическая уязвимость (наличие ран) усугубляет физическое самоощущение вплоть до развития истощения, фрагментации, исключения тела, катастрофизации боли и развития фибромиалгии.

Патологический нарциссизм относится к дефициту в регуляции самооценки, включающему неадаптивные механизмы восстановления и поддержания собственного «Я» или образа-Я [1;2]. Данная форма нарциссизма состоит из двух взаимосвязанных компонентов [3]:

- *Грандиозности*, включая высокомерие и склонность к эксплуатации,
- *Уязвимости (сензитивности)*, которая относится к дисфории, гиперчувствительности и социальной изоляции

Эти измерения, отражающие различные аспекты искаженного представления о себе, связаны с различными областями психологической и социальной дисфункции. Потенциальная связь между нарциссической грандиозностью и уязвимостью и тяжестью соматизации еще не изучена. Хотя наличие грандиозности может служить психологической защитой как форма маскарада от воспринимаемой слабости или немоци, однако, нарциссическая уязвимость (наличие ран) может усугубить физическое самоощущение вплоть до развития истощения и фрагментации. Понимание таких явлений важно для нас психоаналитиков, которые часто сталкиваются с пациентами с дисфункцией личности.

Настоящее исследование было направлено на поиск взаимосвязи между патологическим нарциссизмом и соматизацией у женщин. Напомню, что на данный момент наблюдается высокая частота соматических расстройств (соматизации), о которых сообщают женщины по сравнению с мужчинами.

**Участники исследования:** 110 женщин, средний возраст  $41,2 \pm 10,2$  года, работали – 77%, находились в отношениях – 74%, посещавшие клинического психолога по вопросам различных форм соматизаций.

**Методики исследования:**

- *Шкала патологического нарциссизма* (Pathological Narcissism Inventory, PNI), которая включает в себя 52 вопроса. Оценка грандиозности включает в себя эксплуататорское межличностное поведение, погружение в грандиозные фантазии и самонадеянное альтруистическое поведение. Уязвимость состоит из обусловленной восхищением самооценки, сокрытия предполагаемых недостатков и потребностей, обесценивания других и наличия гнева на ограничения.

- Соматизация оценивалась с помощью шкалы *оценки состояния здоровья* (Patient Health questionnaire, PHQ-15), которая позволяет оценивать какие из 15 симптомов, беспокоят пациента за последние 3 месяца;

- Наличие и степень симптомов тревоги, депрессии оценивалось с помощью шкалы *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) и *Generalized Anxiety Disorder-7* (GAD-7)

**Результаты исследования.** У женщин с соматическими проявлениями наблюдаются симптомы генерализованного тревожного расстройства ( $15,11 \pm 4,81$ ), депрессии ( $17,8 \pm 6,21$ ), склонность к соматизации аффекта ( $13,08 \pm 1,87$ ). Со стороны патологического нарциссизма наблюдается присутствие грандиозности ( $2,21 \pm 0,96$ ) и сензитивности ( $2,61 \pm 0,80$ ).

**Таблица 1**

Одномерные корреляции (по Пирсону) между соматическими симптомами, размерами патологического нарциссизма и симптоматическим расстройством у женщин

Параметры оценки	Соматизация	Грандиозность	Нарциссическая сензитивность	Симптомы депрессии
Грандиозность	0,361*	-	-	-
Нарциссическая сензитивность	0,531**	0,687**	-	-
Симптомы депрессии	0,591**	0,100	0,419**	
Симптомы генерализованного тревожного расстройства	0,693**	0,08	0,05	0,651**

*Примечание.* \* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .

Были обнаружены значительные положительные связи между соматическими симптомами и симптомами депрессии, тревоги, а также между соматическими симптомами и нарциссической грандиозностью и уязвимостью. У женщин не было выявлено значимой связи между соматическими симптомами и грандиозностью ( $r=0,219$ ), но тяжесть соматических симптомов и нарциссическая уязвимость положительно были связаны ( $r=0,531$ ,  $p < 0.01$ ).

**Обсуждение результатов.** Для женщин со значительной нарциссической уязвимостью повышенный соматический дистресс соответствует теоретическим представлениям о нарциссической дисфункции, поскольку «хрупкие» или истощенные представления о себе, наличие нарциссической раны как правило, сопровождаются чувством фрагментации и соматическими (телесными) сенсациями. Патологический нарциссизм у женщин способствует развитию соматических симптомов за счет повышенной чувствительности к физическим ощущениям. Следует быть внимательными к соматическим симптомам, которые испытывают пациенты нарциссической дисфункцией. Эти симптомы могут иметь особое значение для регуляции у пациентов самооценки и гендерной ролевой идентичности, а также могут выполнять функцию заплатки от психологической боли. Нарциссическая травма возникает, когда нарциссический человек чувствует, что его «истинное я» раскрыто. Такое раскрытие представляет собой прямую угрозу, которая может подорвать нарциссическое само-



уважение. Например, одна из участниц нашего исследования пережила травмирующий телефонный разговор со своим начальником как нарциссическую травму. Ее неспособность принять и разрешить нарциссическую травму привела к соматизации как *способу решения проблемы*.

Женщины с ярко выраженными нарциссическими чертами в своей личностной организации борются за сохранение своих идеализированных, неразрушимых и совершенных представлений о себе, и у них есть тенденция проецировать их на других людей. Приведенный нами пример пациентки показывает, что ее идеальное представление о себе стало фрагментированным, когда ее начальник отреагировал таким резким образом, что она потеряла целостность своего представления о себе, которое было основано на низкой самооценке и хрупком чувстве безопасности, от которого она защищалась, добиваясь внимания и восхищения и не проявляя сострадания из-за преобладающего инфантильного чувства собственной важности. Ее отношения с матерью были травмирующими (ее мать была эмоционально холодной и отстраненной, чрезмерно критичной и не воздерживалась от физического наказания и словесных оскорблений), в то время как ее «соблазнительный» отец, с которым она была близка, предал ее, когда покончил с собой.

Нарциссические защитные механизмы (например, сознательное отрицание, проекции, неосознаваемое подавление, искажение), в том числе преувеличения рационализации, аддиктивное поведение и желание обратиться за помощью, которые, скорее всего, поддержит ее искаженные представления, разделение (поляризация людей и ситуаций, на хорошо-плохо, черный-белый) развиваться как «система защиты», чтобы оборонять идеализированные аспекты собственной личности и отказать ограничения часто связаны с сознательного или бессознательного чувства стыда и вины. Конфликт с ее начальником был особенно травмирующим, поскольку она идеализировала его точно так же, как идеализировала своего отца. Реакция ее начальника не только поставила под угрозу ее чувство собственного достоинства, но и поскольку ее хрупкая, уязвимая и чувствительная самооценка

была столь же иллюзорной, как «карточный домик», теперь она чувствовала себя «никчемной».

Ее хрупкое идеализированное представление о себе, образ совершенного человека, стало фрагментированным, оно распалось на части, и соматизации стали первой линией защиты от эмоционального расстройства, вызванного нарциссической травмой (раной). Следовательно, у нее развилась соматизация. Согласно психодинамическому объяснению, физические (телесные) симптомы являются символическими проявлениями психического расстройства. Например, данная пациентка обратилась ко мне в связи с наличием у нее сильного шума в ушах (тиннитус). В рамках психоанализа мы рассматриваем этот симптом как акустическую травму. Шум в ушах как следствие реакции ее начальника символически представляет ее неспособность слышать то, что она не может принять. Ее соматизации стали защитными механизмами против неприемлемых представлений о собственном объекте, а также способом для нее «разрешить» подсознательный конфликт, связанный с разделением представлений о собственном объекте как «хорошем» и «плохом». Кроме того, возможно, что ее саморазрушение (возможно, результат отождествления с отцом, чье самоубийство было следствием его неспособности смириться со своей профессиональной неудачей) вызвало повышенную тревогу. Ее профессиональное «Я» было ее главной нарциссической инвестицией и частью ее личности, которая функционировала лучше всего. Однако реакция ее начальника, возможно, заставила ее осознать, что она «ни на что не годится» даже в том сегменте своей личности, который был ее главной нарциссической инвестицией и в котором она чувствовала себя наиболее уверенно.

Еще раз напомню, что соматические симптомы (сенсации) представляют собой психологические защитные механизмы против психической нестабильности. Соматизация в отличие от других защитных механизмов, соматизация уменьшает интрапсихический дистресс. Это явление также называется *первичной выгодой*, которая служит средством поддержания психологического равновесия. Однако за это равновесие приходится платить – *искаженной реальностью*. Внимание сосредотачивается на сооб-

щаемых симптомах, и, следовательно, реальная проблема или источник психической нестабильности и дистресса блокируются, и человек не может пережить стрессовое событие или переживает его лишь частично. Часто пациентки не могут смириться с психологической (эмоциональной) причиной своего физического заболевания, она подвергла себя ряду медицинских обследований в течение длительного времени. В тот момент, когда появляется симптом или симптомы, их можно сознательно использовать для достижения оптимальной межличностной выгоды, также известной как вторичная выгода.

Интрапсихический дистресс является основной причиной соматизации. Это психологическое состояние, представляющее угрозу психической стабильности и целостности человека. Это вызывает тревогу, которая, помимо прочего, бессознательно мобилизует *соматизацию в качестве защитного механизма*.

Кроме того, соматические защитные механизмы вызывают физические (соматические) симптомы и преобразуют психологическую (эмоциональную) боль в физическое заболевание.

Женщины с соматоформным расстройством, склонны «использовать» свои соматические симптомы для достижения межличностной выгоды, чтобы извлечь как можно больше пользы из своего физического заболевания. Это представляет собой вторичную выгоду. Такие пациентки плохо себя чувствуют физически, и они искренне верят, что больны. В то же время они не осознают своего основного психологического состояния, травматического психологического опыта или, другими словами, они не осознают лежащих в основе психологических факторов физических симптомов. Точно так же они не осознают, что их симптомы являются ложными и что они, чаще всего, отражают понимание пациентом концепции болезни.

В заключение мы можем сказать, что своевременное выявление соматизации как защитного механизма против интрапсихического дистресса необходимо, чтобы избежать ненужных диагностических процедур и предотвратить ухудшение выполнения социальных и профессиональных ролей пациента, а также облегчить его страдания.

## Литература

1. Мелёхин А.И. Психология альфа-женщины. ГЭОТАР-Медиа., 2021, 536 с
2. Espiridion E.D, Kerbel S.A. A Systematic Literature Review of the Association Between Somatic Symptom Disorder and Antisocial Personality Disorder. //Cureus. 2020. Vol. 12. № 7. P.17-31.
3. Kealy D, Tsai M, Ogrodniczuk JS. Pathological narcissism and somatic symptoms among men and women attending an outpatient mental health clinic. Int //J Psychiatry Clin Pract. 2016. Vol. 20. № 3. P. 175-8.
4. Krystal H. Affect regulation and narcissism: trauma, alexithymia, and psychosomatic illness in narcissistic patients. //In: Psychiatric Association. 1998. p. 299–325.

### **Оценка уровня тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением**

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

Ташкентский педиатрический медицинский институт,  
г. Ташкент, Узбекистан

**Введение:** Актуальность проблемы исследования тревожно-депрессивных нарушений в подростковом периоде обусловлена трудностями их своевременной верификации и сложностями медикаментозного лечения данной патологии [2]. Огромная роль отводится значению внутрисемейных взаимоотношений и стилям родительского воспитания в формировании психоэмоциональных нарушений и аффективной патологии [1]. Депрессивные расстройства у детей и подростков клинически проявляются атипично, в отличие от взрослой популяции и характеризуются формированием патохарактерологических реакций и поведенческих нарушений, соматическими и вегетативными симптомами, имеют маскированный характер [4]. Наличие высокого уровня реактивной и личностной тревожности у подростков способствует риску развития несуицидального самоповреждающего поведения [3].

По сведениям зарубежных психиатров, установлено, что в подростковом возрасте отмечаются депрессивные расстройства, проявляющиеся школьной фобией, поведенческими нарушениями в коллективе сверстников, неспособностью адаптироваться в социуме и конфликтами в межличностных взаимоотношениях. В литературных источниках указывается крайне редкое выявление депрессивных нарушений у подростков при первичном обращении к психиатрам- до 26,6% случаев верификации депрессивной патологии. В основном, такие пациенты наблюдаются у врачей общего профиля, либо у узких специалистов смежных направлений- у педиатров, невропатологов или медицинских психологов [6]. Усиление депрессивной симптоматики обусловлено внутрисемейными конфликтами в деструктивных и амбивалентных семьях, где дети и подростки воспитываются неправильными стилями родительского руководства [7]. Ведущими симптомами маскированных депрессий являются отклоняющиеся типы поведения - деструктивные, девиантные и деликвентные, самым опасным из которых считается суицидальное поведение [5].

**Целью исследования** явилось изучение уровня тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста с несуйцидальным самоповреждающим поведением для улучшения эффективности психокоррекционной и реабилитационной помощи.

**Материал и методы исследования:** объектом для исследования было отобрано 128 мальчиков-подростков в возрасте от 15 до 17 лет, у которых в клинической картине регистрировались поведенческие нарушения и факты аутоагрессивных действий. Пациенты были набраны в подростковых отделениях Городской клинической психиатрической больницы города Ташкента находившихся на лечении по поводу расстройства адаптации и аутодеструктивных тенденций. Мы использовали традиционные методы исследования в психиатрии - клинико-психопатологический и экспериментально-психологический методы. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) использована для оценки уровня тревожности и степени тяжести депрессивной патологии. Опросник тревожности Спилбергера-Ханина нами был применён с целью выявления реактивной и личностной тревожности подрост-

ков. Все установленные диагнозы основывались согласно критериям Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10).

**Результаты и их обсуждения:** у большинства мальчиков-подростков депрессия клинически проявлялась вспышками тоскливо-злобного настроения, конфликтностью, агрессией, грубостью по отношению ко взрослым, особенно к родителям и близким родственникам на фоне пониженного психоэмоционального состояния. Такое поведение провоцировало формирование внутрисемейных конфликтов, ухудшение микроклимата в семье, наказание и побои ребёнка за плохое поведение, что в итоге способствовало побегам из дома и бродяжничеству, приводило подростков в асоциальные компании. В основном, жалобы подростков были на снижение фона настроения, отсутствие аппетита и сна, нежелание заниматься какой-либо деятельностью, потеря интереса происходящим событиям в жизни, воспоминания отрицательных моментов из прошлого и фиксация на них, плохая переносимость резких источников звуков, чувствительность к перепадам погоды, постоянное уныние и равнодушие к родным и близким. Большинство родителей жаловались на значительное ухудшение школьной успеваемости, невозможность усваивать школьную программу, изменение внутрисемейного эмоционального благополучия, с появлением конфликтов в межличностных взаимоотношениях. В клинических проявлениях депрессии ведущим симптомом была дисфория, нами были выявлены аддитивные формы нарушения поведения: склонность к агрессии и аутоагрессии, физическому насилию, мелким правонарушениям, воровству, побегам из дома и бродяжничеству, табакокурение, ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление ПАВ. У обследованных подростков обнаружены факты нанесения самоповреждений в области локтевых сгибов, предплечий и по внутренней поверхности бёдер, выявлены рубцы от поджогов и прижиганий окурками сигарет и папирос, следы от наколок и татуировок различного содержания. С помощью опросника Спилбергера-Ханина нами было установлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности. Анализ результатов исследования эмоциональных изменений при применении

Госпитальной шкалы тревоги и депрессии выявил, что у 10,0% обследуемых пациентов наблюдается тревожность без клинически выраженных симптомов. Большинство обследованных подростков (55,0%) склонны к формированию субклинически выраженным проявлениям тревожности. У 35% обследуемых регистрировалась клинически выраженная тревога. Исследование реактивной и личностной тревожности при помощи шкалы Спилбергера-Ханина установило, что у 36,0% подростков регистрируются высокие показатели личностной и реактивной тревожности. Большинство обследованных подростков (60,0%) склонны к формированию личностной и реактивной тревожности средней степени выраженности. И лишь у 4,0% обследуемых регистрировалась реактивная и личностная тревожность лёгкой степени выраженности. Тревога у подростков формировалась на фоне межличностных конфликтов в семейной обстановке и со сверстниками в образовательных учреждениях. Усиление личностной тревожности наблюдалось в вечернее время, на высоте тревожного аффекта мальчики подростки совершали поверхностные порезы острыми режущими предметами в области локтевых сгибов для снятия напряжения и облегчения своего психоэмоционального состояния. Результаты тестирования аффективных нарушений у мальчиков-подростков с помощью двух психометрических шкал были сопоставимы и полученные данные коррелировали по уровню тяжести клинических проявлений, что является подтверждением достоверности результатов исследования.

**Выводы:** таким образом, исследование эмоциональной сферы у мальчиков-подростков допризывного возраста со склонностью к аутоагрессии, установило, что у большинства обследуемых преобладают тревожно-депрессивные расстройства средней степени тяжести с клиническими проявлениями в виде поведенческих нарушений, патохарактерологических реакций и девиантного поведения. Полученные результаты исследования позволяют на ранних стадиях идентифицировать наличие тревожно-депрессивной симптоматики у лиц допризывного возраста и своевременно оказать медико-психологическое вмешательство на ранних этапах заболевания.

### Список литературы

1. Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б. Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. – №1(29). – С.109-112.
2. Абдуллаева В.К., Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К. Влияние семейных взаимоотношений в формировании депрессивных и поведенческих нарушений у подростков // Журнал “Человеческий фактор Социальный психолог” 2020. №1 (39) Ярославль С. 149-153.
3. Банников Г.С. Ведущие механизмы самоповреждающего поведения у подростков: по материалам мониторинга в образовательных учреждениях / Г.С. Банников, Н.Ю. Федунина, Т.С. Павлова, О.В. Вихристюк, А.В. Летова, 207 М.Д. Баженова // Консультативная психология и психотерапия. - 2016. - Т. 24. №3. - С.42-68.
4. Ведяшкин В.Н. Аддиктивные предпосылки аутоагрессивного поведения у подростков с учетом гендерных особенностей / В.Н. Ведяшкин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии. - 2011. - №15. - С. 210- 212.
5. Эйдемиллер Э.Г. Детская психиатрия: Учебник / Под редакцией Э.Г. Эйдемиллера-СПб: Питер, 2005. - С.118-123.
6. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24-27.
7. Stangl W. Stichwort «Autoaggression» // Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. – URL: <https://lexikon.stangl.eu/6621/autoaggression/> (дата обращения: 25.09.2020).

### **Использование метафорических ассоциативных карт в работе с подростками**

***Павлович В.В.***

ГБУ РО «Городская детская поликлиника №2»

Рост факторов, которые отрицательно влияют на эмоциональное состояние современных подростков, наблюдаются в ре-



альной действительности. Это ставит вопрос об улучшении эффективности работы психолога, побуждая исследователей разрабатывать новые инструменты. Метафорические ассоциативные карты – один из широко используемых инструментов психологической работы в комплексной психологической диагностике и психотерапии. Ассоциативные карты – пластичный инструмент, дающий возможность установить эмоциональный контакт с подростками, позволяющий сделать это наиболее эффективно.

Кроме того, метафорические ассоциативные карты можно использовать как проективную методику, являющуюся невербальным способом выражения чувств, мыслей, ожиданий и позволяющую работать с самым широким спектром проблем. Проецирование – психологический процесс, который относится к механизмам психологической защиты, согласно которым внутреннее ошибочно воспринимается как исходящее извне. Понятие проекции обозначилось впервые в психоанализе З. Фрейда. Впоследствии К. Юнг доказал доступность бессознательных переживаний объективной диагностике, помогающей создать более целостное представление о личности.

Метафорические ассоциативные карты – это набор картинок из плотной бумаги или картона, величиной с игральную карту или открытку, с нанесенными на них графическими изображениями людей, их взаимоотношениями, совместными действиями, бытовыми сценами, пейзажами, животными, предметами быта, абстрактными цветными изображениями.

Так, например, карты «Экко» – набор абстракций (цветовые пятна, цветовые фрагменты и линии), позволяющие выразить, продемонстрировать свою эмоцию невербальным способом, без слов, когда подростку трудно говорить о себе по той или иной причине.

Наборы карт для МАК-терапии бывают как универсальные, так и специальные, направленные на решение определенных задач. В том числе семейные, для работы с детьми и подростками.

Карты различаются и по способу исполнения: есть такие наборы карт, в которых совмещены картинка с надписью или картинки с одними изображениями, либо на карточке написаны только слова, обозначающие какие-либо чувства, психологиче-

ские состояния, есть рисованные карты, есть карты с фотографическими изображениями. Например, колода «ОН», состоящая из двух частей: первая – картинки, вторая – слова, что создает игру смыслов, содержащихся в психике пациента, которые он связывает со своей актуальной жизненной ситуацией.

В одном и том же изображении каждый видит свой образ в ответ на предъявляемый визуальный стимул, вносит свое актуальное переживание. Таким образом, карточные изображения в неявной форме содержат множество посланий, которые отражают подсознательные намерения и ценности, помогают активизировать подсознательные процессы. За короткое время терапевтическая карта способна вызвать свободные спонтанные ассоциации и выявить силу внутренних образов подростка. В безопасной метафорической форме, без негативных эмоциональных нагрузок подросток, рассказывая о рисунке, а не непосредственно о себе, подробно разбирается в своих идеях и чувствах, придавая свои мысли визуальному символу, получает доступ к собственным адаптивным ресурсам, имеющим приспособительный потенциал к различным условиям, запуская процесс самоисцеления.

При работе с метафорическими ассоциативными картами техники могут быть различными, так как их можно использовать разными способами. Так, карточная колода «Персона» дает возможность обратиться к теме детско-родительских отношений, внутрисемейным проблемам. Здесь возможна совместная работа детей с родителями. Данный вид работы достаточно наглядный и позволяет психологу наблюдать за состоянием подростка, его взаимодействием с родителями, помогает увидеть проблему и пути ее преодоления, задавая универсальные, содержательные вопросы.

Работу с ассоциативными картами можно совмещать с арт-терапией, когда присутствуют элементы игры, возможны совместные с родителями рисунки, коллажи, сочинения сказок, рассказов, историй. Это привлекает ребенка, действует успокаивающе на тревожных и неуверенных детей и создает общее пространство для совместной с родителями игры. Все это позволяет снизить тревожность ребенка и помочь в восстановлении нарушенного эмоционального равновесия в семье.

В качестве ассоциативных карт также используются и фотографии. Например, такие карточные наборы как «Окна и двери. Метафора взаимодействия с внешним миром», «Пути-дороги. Метафора жизненного пути».

Например, карточный набор «Окна и двери» дает возможность работать с темами предъявления себя, открытости внешнему миру, защищенности, преодоления преград. Образ окна у многих людей вызывает ассоциации, связанные с самооценкой, рефлексией того, как их воспринимают окружающие и как это соотносится с желанным образом себя, а также познанием мира и взаимодействия с ним. Данные темы наиболее актуальны для подростков. Метафора в этом случае приходит на помощь, подключает подсознание. Рассматривая карту, подросток может понять намного больше, чем понимал раньше.

В силу своих возрастных особенностей подростку часто бывает сложно понять суть своих проблем и переживаний, причин собственного неадаптивного поведения.

Здесь могут помочь метафорические ассоциативные карты «Пути-дороги. Метафора жизненного пути».

Когда подросток обращается к метафоре, не говоря о себе напрямую, он меньше защищается. Метафора помогает войти в проблематику подростка мягко, в игровой форме. Терапевтические карты помогают вывести на поверхность глубинные переживания и тем самым способствуют самопознанию. Являясь зрительной метафорой, карты запускают процесс ассоциаций и открывают возможность анализа волнующих жизненных ситуаций, приводя к неожиданным открытиям. Визуальные образы карт, тем самым, помогают понять причины своего поведения, скорректировать неадаптивные установки, научиться управлять собой. По сути, они представляют собой игровой способ исследования подсознания, развития творчества и эмоциональных навыков, представляют возможность вступать в контакт с самим собой.

Таким образом, психологический смысл работы с картами заключается в выражении подростком своего отношения к имеющемуся визуальному образу на карте и анализу возникаю-

щих ассоциаций, которые он соотносит к собственным переживаниям и актуальным проблемам.

Все это делает метафорические ассоциативные карты уникальным, похожим на игру инструментом психологической работы. Следует отметить, что метафорические ассоциативные карты – это не методика работы, а средство взаимодействия с подростком, достаточно гибкий инструмент исследования и психотерапии, который хорошо совмещается с интегративной арт-терапией, семейной терапией в работе детско-родительских отношений, когнитивной терапией, гештальт-терапией, который может быть успешно применен в индивидуальной и групповой работе с подростками, коммуникационных играх и тренингах.

### **Тесное общение с человеком, совершившим суицид: влияние на аутоагрессивные характеристики молодых людей мужского пола**

*Полкова К.В., Комаров Е.В., Старостенко А.Е.*

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России

Изучение факторов, инициирующих суицидальное поведение среди молодежи, а также разработка методов и способов профилактики аутоагрессивного поведения в целом, а в особенности - суицидального, является крайне актуальной задачей нескольких последних десятилетий. Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в Российской Федерации уровень самоубийств в 2020 году достиг 16546 смертей за год [7;11]. Несмотря на общее снижение числа суицидов в стране по сравнению с данными от 2010 года (23,4 на 100 тыс. населения), необходимо обратить внимание на выраженные гендерные различия – мужчины гораздо чаще заканчивают жизнь самоубийством, чем женщины [1]. Так, в 2016 году уровень суицидов среди мужчин в России был более чем в 3 раза выше, чем среди женщин (26, 1 против 6,9 на 100 тыс.) (Росстат), что называют «гендерным парадоксом суицидального поведения» [3;5;9]. Некоторые авторы

объясняют это тем, что депрессивные мужчины чаще злоупотребляют ПАВ, отрицают необходимость помощи специалиста, при этом суициды среди лиц мужского пола в обществе иногда воспринимают как признак «мужества» [1]. Рассматривая факторы, влияющие на «запуск» суицидального поведения, мы хотели бы остановиться на т.н. «связанном с самоубийством общении» (SRC), - «акте передачи собственных суицидальных идей, намерений или поведения другому человеку» [2;4;11] и возможной его связи с феноменом «заразности» самоубийств. Данные исследований разнятся: часть исследователей считает контагиозный характер самоубийства одним из факторов риска, провоцирующих на совершение суицида [6;12], другая часть отрицает такую связь [10]. В работе оценена гипотеза наличия связи между тесным общением с человеком, совершившим суицид, и аутоагрессивными проявлениями у молодых людей мужского пола.

**Цель исследования:** выявить связь тесного общения с самоубийцей с аутоагрессивными характеристиками молодых людей мужского пола. Задачи: выяснение отличительных аутоагрессивных особенностей молодых людей, имевших опыт общения с человеком, совершившим суицид; направление внимания суицидологической и наркологической службы к возможной группе суицидального риска – мужчинам в возрасте 20-25 лет, считающих себя злоупотребляющими алкоголем.

**Материалы и методы.** В проведенном исследовании (2020 г.) приняли участие 100 испытуемых-студентов высшего учебного заведения мужского пола: 50 человек, имеющих в анамнезе опыт близкого, систематического общения с человеком, совершившим самоубийство (исследуемая группа - МИООС), и 50 человек – не имеющих такого опыта (контрольная группа - МНИООС). Критерием включения в исследование также являлся факт эпизодического употребления алкоголя. Исключались из исследования мужчины, имеющие алкогольную зависимость, пагубное потребление алкоголя, а также абстиненты. Средний возраст в исследуемой группе юношей составил  $21,2 \pm 1,2$  лет, в контрольной группе  $21,4 \pm 1,7$  лет.

Результаты получены в результате сбора анамнеза и клинико-анамнестического опросника для выявления аутоагрессивных

паттернов [4]. Статистический анализ проведен посредством математической статистики с использованием критерия  $\chi^2$ , абсолютное количество признаков в группе и его процентное отношение к общему количеству членов группы представлено в виде n (%). Математическая обработка проведена с помощью программы SPSS.

### Результаты и их обсуждение.

Таблица 1

#### Суицидологический профиль в группах молодых людей мужского пола

Признак	МИООС N=50		МнИО- ОС N=50		$\chi^2$	p
	n	(%)	n	(%)		
Суицидальные попытки у родственников	19	38	1	2	20,25	0,0000
Суицидальные попытки в анамнезе	4	8	0	0	4,17	0,0412
Суицидальные попытки в последние 2 года	6	12	0	0	6,38	0,0115

У мужчин, имеющих опыт общения с людьми, которые в последующем лишали себя жизни, в 38% случаев отмечались случаи суицида у близких родственников, что в 19 раз больше, чем в контрольной группе (таблица 1). Подобное «суицидальное послание» родственников увеличивает суицидальный риск в 4,5 раза, что некоторыми авторами [1] объясняется наследуемостью депрессии или зависимости от ПАВ. Учитывая данные некоторых исследователей [13], длительность времени от суицидальных мыслей и идей до непосредственного суицида у молодых людей в возрасте 15-29 лет может составлять два месяца, а в некоторых случаях - меньше. Распространенность суицидальных попыток в исследуемой группе (8% против 0% в контрольной) подтверждает возможную связь непосредственного общения с человеком, в дальнейшем совершившим суицид, с увеличением суицидальной активности в исследуемой группе, причем количество суицидальных попыток в последние 2 года в исследуемой группе ука-

зывает на высокую суицидальную напряженность в настоящее время (12% против 0%).

Таблица 2

**Представленность несуицидального аутоагрессивного поведения**

Признак	МИООС N=50		МнИООС N=50		$\chi^2$	p
	n	(%)	n	(%)		
Селфхарм в последние 2 года	11	22	3	6	5,32	0,0211
Чувство вины в последние 2 года	12	24	4	8	4,76	0,0291
Склонность долго терпеть боль	41	82	29	58	6,86	0,0088
Чувство одиночества в последние 2 года	20	40	10	20	4,76	0,0291
Боязнь собственной смерти	21	42	31	62	4,01	0,0453
Чувство безысходности в последние 2 года	12	24	5	10	4,58	0,0323
Склонность к неоправданному риску	25	50	8	16	13,07	0,0003
Субъективное ощущение злоупотребления алкоголем в последние 2 года	14	28	3	6	8,58	0,0034

Касаясь несуицидального аутоагрессивного поведения (таблица 2), следует отметить высокую распространенность селфхарма в последние два года в исследуемой группе (разница более чем в 3,5 раза), склонность долго терпеть боль (82% против 58%). Несмотря на гендерные различия, говорящие о том, что несуицидальные самоповреждения у мужчин встречаются реже, чем у девушек [8], не стоит недооценивать их значимость у лиц мужского пола и забывать о том, что нанесение самоповреждений указывает на нестабильность состояния, а также является фактором, косвенно указывающим на возможность перешагнуть барьер инстинкта самосохранения. Такие предикторы суицидального поведения в исследуемой группе молодых людей как чувство одиночества (в 40% случаев) и безысходности (в 24% случаев) в последние 2 года, а также склонность во всех бедах обвинять себя (в 24% случаев) отражают общую картину суицидально напряженного фона в исследуемой группе. Страх смерти является ан-

тисуицидальным фактором, который останавливает развивающуюся суицидальную «цепь» значительного количества людей на этапе суицидальных размышлений, не приводя их к фатальному исходу. В исследуемой группе страх умереть встречался значительно реже (42% против 62%). Заслуживает внимания склонность к неоправданному риску в исследуемой группе, а также «наркологический» блок – у 28% молодых людей присутствует субъективное ощущение злоупотребления алкоголем (разница с контрольной группой в 4,5 раза), что может привести к дилемме: может злоупотребление алкоголем стало виновником суицидально неблагоприятного фона, ведь злоупотребление алкоголем и расстройства, связанные с употреблением алкоголя (AUD) являются одним из факторов риска суицидального поведения [14].

**Выводы.** Близкое общение с человеком, покончившим жизнь самоубийством, может повышать риск суицидального поведения молодых людей мужского пола: увеличивается частота суицидальных мыслей и попыток. Мужчины, имеющие опыт общения с самоубийцей, значительно чаще испытывали чувство одиночества и безысходности, наносили себе самоповреждения, а также были уверены в том, что употребляют алкоголь чаще и больше, чем окружающие. Это заставляет задуматься о возможном рассмотрении вопроса о выделении новой группы риска суицидального поведения, а также развития превентивных мер в их отношении.

#### Литература / References:

1. Любов Е.Б., Зотов П.Б. Диагностика суицидального поведения и оценка степени суицидального риска. Сообщение I // *Суицидология*. 2018. №1 (30). С. 23-35.
2. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: автореф. дис. ...канд. мед. наук (14.01.06). Москва, 2001. 21 с.
3. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях / Меринов А.В. [и др.] // *Суицидология*. 2015. № 2(6). С. 54-58.



4. Меринов А. В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб: Экспертные решения, 2017. 192 с.
5. Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии - современный контекст // *Суицидология*. 2021. №1 (42). С.80-108.
6. Abrutyn S, Mueller A.S. Are Suicidal Behaviors Contagious in Adolescence? Using Longitudinal Data to Examine Suicide Suggestion // *AmSociolRev*. 2014. №79(2). P.211-227.
7. Bellman V, Namdev V. Suicidality Among Men in Russia: A Review of Recent Epidemiological Data // *Cureus*. 2022. №14(3). e 22990. URL: <https://doi.org/10.7759/cureus.22990> (accessed 28 april 2022).
8. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis // *ClinPsycholRev*. 2015. №38. P.55–64.
9. Canetto S.S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998. №28: P.1-23.
10. Social contagion of mental health: evidence from college roommates / Eisenberg D. [et al.] // *Health Econ*. 2013. №22(8). P.965-986.
11. What's in a word? Clarifying terminology on suicide-related communication / Frey L.M. [et al.] // *Death Stud*. 2020. №44(12). P.808-818.
12. Clustering of attempted suicide: New Zealand national data / Gould M.S. [et al.] // *Int J Epidemiol*. 1994. №23(6). P.1185–1189.
13. Runeson B.S., Beskow J., Waern M. The suicidal process in suicides among young people // *ActaPsychiatrScand*. 1996. №93(1). P.35-42.
14. World Health Organization (2014a). Global Status Report on Alcohol and Health 2014. Geneva. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763\\_eng.pdf;jsessionid=df6e44aa0a566537d154021efbf384a6?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112736/9789240692763_eng.pdf;jsessionid=df6e44aa0a566537d154021efbf384a6?sequence=1) (accessed 28 april 2022).

## **Комплексная оценка тяжести зависимости от психостимуляторов у больных в процессе реабилитации**

*Поплевченков К.Н., Агibalова Т.В., Застрожин М.С.,  
Бузик О.Ж.*

ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии  
Департамента здравоохранения Москвы»

Введение. Последние десятилетия отмечается неуклонный рост производства и потребления различных психостимуляторов во всем мире [2]. Рост производства и потребления психостимуляторов закономерно увеличивает количество больных с зависимостью от психостимуляторов. Так же растет число больных с сочетанной зависимостью от нескольких психоактивных веществ (ПАВ), большую часть которых составляют психостимуляторы [6]. При этом принципы лечения зависимости от психостимуляторов остаются общими [3]. Наиболее эффективны психотерапевтические интервенции в рамках реабилитационной программы [1]. Подробно алгоритм проведения психотерапевтических мероприятий, в рамках программы реабилитации больных с зависимостью от психостимуляторов, описан в Клинических рекомендациях МЗ РФ [8]. При этом, эффективность проводимых реабилитационных мероприятий часто характеризуется временным отрезком, проведенном в полной трезвости. Существуют отдельные работы по изучению динамики клинических и социальных характеристик больных в процессе реабилитации [4,9,10]. Представляется актуальным изучение значимых сфер жизни пациентов с зависимостью от психостимуляторов при помощи валидных инструментов, на всех этапах реабилитационной программы в рамках современного, персонализированного подхода, активно внедряемого в медицину и наркологию в последние годы [7].

Цель – оценка эффективности реабилитационных мероприятий у пациентов с зависимостью от психостимуляторов при помощи опросника «Индекс тяжести зависимости».

Материалы и методы. Было обследовано 325 больных, находящихся на лечении в клинике МНПЦ наркологии ДЗМ, с диаг-

нозом «психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением кокаина, других психостимуляторов» (F14.2; F15.2 по МКБ-10), «психические и поведенческие расстройства, вызванные одновременным употреблением нескольких наркотических средств и использованием других ПАВ» (F 19.2 по МКБ-10, но при условии наличия зависимости от кокаина или других психостимуляторов), мужчины и женщины от 18 до 50 лет, этнически русские. Критерии не включения: 1)эндогенная психическая патология (шизофрения, шизоаффективные психозы, биполярное расстройство, деменция, эпилепсия); 2)обострение неврологических, сердечно-сосудистых, почечных или печеночных болезней, открытая форма туберкулеза; 3)ВИЧ – инфекция.

Методы: клинико-психопатологический, психометрический (русскоязычная версия опросника «Индекс тяжести зависимости: Treatnet»)[5], анамнестические сведения от больных и их родственников, данные катамнестического наблюдения, статистический. Статистическая обработка результатов, полученных в результате исследования, осуществлялась при помощи параметрических и непараметрических методов с использованием программ STATISTICA V10.0 компании «Stat Soft Inc.» (США).

Результаты. Больные были разделены на группы в зависимости от употребляемого психоактивного вещества (ПАВ). Первую группу (74 человека – 24,2%) составили больные с зависимостью только от психостимуляторов. Вторую группу составили 67 человек – 22% с зависимостью от психостимуляторов и каннабиноидов. Третью группу (44 человека – 14,4%) составили пациенты с зависимостью от психостимуляторов и опиоидов (метадон, героин). Четвертую группу составили 48 пациентов (15,7%) с зависимостью от психостимуляторов и алкоголя. Пятую группу составили 45 пациентов (14,7%) с зависимостью от нескольких ПАВ одновременно. Шестую группу составили 47 пациентов, которые наряду с зависимостью от психостимуляторов имели сопутствующую психиатрическую патологию. Коморбидная патология в группах больных с зависимостью от психостимуляторов и сопутствующим употреблением других ПАВ, была представлена расстройствами личности (от 75% до 93% обследованных больных). У больных 1-ой группы расстройства личности встре-

чались значительно реже – 37%. У пациентов 6 группы психические расстройства, были выявлены до формирования зависимости. У 35 больных (74%) из 6 группы психиатрическая патология была представлена шизотипическим расстройством, у 9 человек (18,5%) был диагностирован депрессивный эпизод разной степени тяжести, у 3 пациентов (7,4%) наблюдалось генерализованное тревожное расстройство.

Для комплексной оценки медицинского, социального и психологического состояния пациентов, после купирования синдрома отмены, больных обследовали при помощи «Индекса тяжести зависимости». Полученные данные учитывались для построения индивидуального плана стационарной или амбулаторной реабилитации. Расстройствам крайне тяжелой степени соответствовали показатели по шкале «употребление наркотиков» ( $9,00 \pm 0,00$ ) и «социальные и семейные связи» ( $6,74 \pm 2,06$  -  $7,93 \pm 1,64$ ) у больных во всех группах. В меньшей степени нарушения «социальных и семейных связей» наблюдалось у больных 4 группы ( $6,74 \pm 2,06$ ). В этой же группе были наибольшие показатели по шкале «употребление алкоголя» ( $9,00 \pm 0,00$ ), так как эти пациенты употребляли вместе с психостимуляторами алкоголь. Наименьшие показатели по шкале «работа и средства существования» были у больных 1 группы ( $5,70 \pm 3,76$ ), в других группах показания по данной шкале были значительно больше (таблица 1).

*Таблица 1.*

Сравнение показателей Индекса тяжести зависимости у больных с зависимостью от психостимуляторов в постабстинентном периоде.

	1 N=74	2 N=67	3 N=44	4 N=48	5 N=45	6 N=47	p*
МС	$0,95 \pm 2,04$	$1,15 \pm 1,97$	$1,09 \pm 2,07$	$0,94 \pm 1,86$	$1,07 \pm 1,94$	$0,89 \pm 2,38$	0,052
РСС	$5,70 \pm 3,76$	$7,32 \pm 3,12$	$8,20 \pm 2,38$	$6,64 \pm 3,61$	$7,13 \pm 3,27$	$7,46 \pm 2,86$	0,001
УА	$1,33 \pm 2,25$	$1,78 \pm 2,80$	$0,84 \pm 2,36$	$9,00 \pm 0,00$	$5,79 \pm 4,21$	$1,14 \pm 2,81$	0,001
УН	$9,00 \pm$	$9,00 \pm$	$9,00 \pm$	$9,00 \pm$	$9,00 \pm$	$9,00 \pm$	0,001

	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
ЮС	1,51± 2,49	1,55± 2,59	1,00± 1,85	0,51± 1,61	1,23± 2,60	0,93± 2,48	0,013
ССС	7,26± 2,30	7,83± 1,91	7,93± 1,64	6,74± 2,06	7,74± 1,80	7,14± 2,09	0,012
ПС	4,91± 3,01	4,51± 3,07	4,38± 2,68	4,23± 2,85	4,23± 2,76	8,18± 1,44	0,001

\*р - р-value по результатам теста Краскела-Уоллиса; МС – медицинский статус, РСС – работа и средства существования, УА – употребление алкоголя, УН – употребление наркотиков, ЮС – юридический статус, ССС – социальные и семейные связи, ПС - психический статус.

За больными устанавливалось катамнестическое наблюдение в процессе прохождения реабилитации. Через 12 месяцев основные сферы жизни пациентов оценивались при помощи «Индекса тяжести зависимости». В целом, по всем показателям у больных наблюдалась положительная динамика во всех группах. Наилучших показателей по всем показателям удалось добиться у больных 1 группы. У больных 2-6 групп к 12 месяцу наблюдения сохранялись выраженные проблемы в сфере работы и поиском средств к существованию, с употреблением наркотиков, сохранялись нарушения семейных и социальных связей (таблица 2).

*Таблица 2.*

Сравнение показателей Индекса тяжести зависимости у больных с зависимостью от психостимуляторов через 12 месяцев реабилитации.

	1 N=74	2 N=67	3 N=44	4 N=48	5 N=45	6 N=47	р*
МС	0,43± 0,97	0,19± 0,39	1,03± 2,02	0,60± 1,36	0,5± 1,65	0,14± 0,36	0,202
РСС	2,19± 2,94	2,11± 2,62	6,00± 3,18	5,53± 3,63	5,46± 3,17	7,46± 2,86	0,001
УА	0,46± 0,90	0,30± 0,54	0,71± 2,18	6,30± 3,54	3,54± 4,01	0,46± 1,10	0,001
УН	2,47±	4,36±	5,95±	6,26±	5,05±	4,86±	0,001

	3,08	3,54	3,65	3,61	3,56	3,55	
ЮС	1,51± 2,49	1,55± 2,59	1,00± 1,85	0,51± 1,61	1,23± 2,60	0,93± 2,48	0,013
ССС	1,74± 1,35	2,96± 2,96	6,16± 3,25	6,13± 2,64	5,79± 2,87	4,29± 2,29	0,701
ПС	1,08± 0,92	2,18± 2,47	3,13± 2,86	3,02± 2,51	3,97± 2,88	4,89± 2,59	0,001

\*р - р-value по результатам теста Краскела-Уоллиса; МС – медицинский статус, РСС – работа и средства существования, УА – употребление алкоголя, УН – употребление наркотиков, ЮС – юридический статус, ССС – социальные и семейные связи, ПС - психический статус.

Выводы. У пациентов, употребляющих только психостимуляторы, не имеющих расстройство личности, наблюдается наилучшая динамика во всех жизненных сферах в процессе реабилитации. У пациентов, употребляющих вместе с психостимуляторами другие ПАВ, имеющие расстройство личности, несмотря на проводимые мероприятия в рамках программы реабилитации, длительно сохраняются нарушения в основных жизненных сферах. Такие характеристики как нарушенные семейные и социальные связи, употребление наркотиков, отсутствие работы и средств к существованию требуют дополнительной проработки у данных больных. У больных с коморбидной патологией требуется дополнительная коррекция психического статуса.

#### Список литературы.

1. Агибалова Т.В., Тучина О.Д., Смышляев А.В. Применение психотерапии в реабилитации наркологических больных // Вопросы наркологии. - 2017. - № 8 (156). - С. 82-84.
2. Всемирный доклад о наркотиках 2021: краткий обзор. Нет наркотикам. [Электронный ресурс] Информационно-публицистический ресурс. 2021. URL: [http://www.narkotiki.ru/5\\_98922.htm](http://www.narkotiki.ru/5_98922.htm). (дата обращения: 02.05.2022)
3. Иванец Н.Н., Анохина И.П., Винникова М.А. Наркология: национальное руководство. 2-е издание, переработанное и

- дополненное / под ред.: Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 944с.
4. Динамическое исследование клинических и социальных характеристик у потребителей опиатных наркотиков, находящихся в реабилитационном лечении / Р.Д. Илюк, М.Н. Торбан, И.В. Берно-Беллекур [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. – 2009. - № 16(S4). – С. 59-60.
  5. Индекс тяжести зависимости: версия Treatnet: Руководство и опросник. - М.: Верди, 2009. - 128 с.
  6. Мониторинг психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в Москве в 2017-2018 годах / Кошкина Е. А., Брюн Е. А., Киржанова В. В. [и др.] // [Наркология. - 2020. - №4. - С. 22-34.](#)
  7. Проблемы и перспективы внедрения фармакогенетического тестирования в реальной клинической практике в Российской Федерации / Р.Ф. Насырова, В.С. Добродеева, С.Д. Скопин [и др.] // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2020. - №3. – С. 6-1.
  8. Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ. Клинические рекомендации. [Электронный ресурс] URL: <https://narcologos.ru/file/10/001/001560.pdf> (дата обращения: 02.05.2022).
  9. [Detecting change in psychiatric functioning in clinical trials for cocaine use disorder: sensitivity of the Addiction Severity Index and Brief Symptom Inventory / B.D. Kiluk, C.R. Roos, M.Aslan \[et al.\] // Drug and alcohol dependence. – 2021. - №228. – p.109-170.](#)
  10. Simoneau H., Brochu S. \_Addiction severity index profile of persons who reenter treatment for substance use disorders // [Substance Abus.](#) – 2017. - №38(4). – pp. 432-437.

## **Методика: «Перекрытие трубы» для исследования наглядно действенного мышления у детей 2- 5 лет**

***Прибылова Т.Н.***

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Баженова»

Медицинские психологи, работающие в психиатрических учреждениях, долгое время проводили экспериментально психологические исследования детей, начиная с возраста 5 лет и старше. Однако, в последние годы для проведения исследования к ним на прием направляются дети младшего возраста, в том числе и дети двухлетнего возраста. При проведении им экспериментально – психологического исследования возникает ряд методических проблем.

Во-первых, отсутствует адекватный задаче исследования набор тестов, позволяющий выявлять механизмы нарушения формирования базисных и высших психических функций.

Во-вторых, не разработаны критерии степени сформированности той или иной функции для определенного возраста.

Нередко приходится пользоваться методиками и данными, предложенными педиатрами и педагогами, полученными в результате наблюдения за маленькими детьми, но они зачастую не вскрывают психологическое содержание, а отражают опыт наблюдения.

В экспериментально психологическом исследовании всегда требуется определить уровень умственного развития. Развитие мышления ребенка осуществляется в предметной деятельности при взаимодействии и общении с другими людьми, проходит три стадии.

1 стадия: наглядно – действенное мышление (начиная с конца 1 - го года жизни до 3 лет).

2 стадия: наглядно - образное мышление (от 4 – х до 7 - ми лет). Возникает на основе наглядно действенного мышления. Оперирование предметами заменяется операциями с образами.

3 стадия: словесно- логическое мышление (примерно с 7 -ми лет).



Одна из важнейших составляющих мышления на всех стадиях – установление причинно следственных связей. Для их исследования была выбрана методика «Перекрытие трубы». Её можно использовать для определения степени развития причинно-следственных связей в наглядно действенном мышлении в раннем возрасте. Она была предложена талантливым логопедом-дефектологом О. П. Луцковской, много лет проработавшей в рязанском Доме ребенка, и опубликована в книге К. Соломиной «Ваш малыш».

Методика была нами модифицирована и использована в виде обучающего эксперимента, что позволяет не только судить о развитии способности устанавливать причинно следственные связи, одной из важных составляющих мышления, но делать прогнозы о зоне ближайшего развития и обучаемости, соответственно, подтвержденные данными других тестов. Её применение особенно важно для детей со значительной задержкой речевого развития, которым недоступно выполнять вербальные тесты.

Стимульный материал для обучающей серии:

1. Набор из 6 формочек с вырезанным дном, отличающихся по размеру, поставленных друг на друга в виде башни.
2. Два картонных кружка, диаметр которых чуть больше диаметра формы, которую он перекрывает.
3. Маленькая игрушка, которую бросают в отверстие башенки.

Стимульный материал для контрольной серии:

1. Набор цилиндров без дна для построения башни.
2. Два картонных кружка.
3. Другая маленькая игрушка.

Обучающая серия:

1 этап. Ребенку предлагается построить башню из формочек, положить внутрь, бросить в отверстие игрушку, затем найти её, подняв башню, которую сверху поддерживает психолог, чтобы не развалилась. Если ребенок сразу обнаруживает предмет, то переходят ко второму этапу, если нет, то психолог дает первый урок и сам поднимает башенку, показывая игрушку. Если ребенок не находит её после первого урока, то башню поднимают второй раз. В случае, когда ребенок не устанавливает место нахождения

игрушки после второго урока, следует третий урок, если он не усваивается, выполнение игрового задания прекращается.

2 этап. После нахождения игрушки самостоятельно или в результате усвоения 3-х трех уроков психолог перекрывает кружком первую формочку, ставит на нее верхние пять, затем просит снова бросить игрушку в отверстие. Повторяется процедура выполнения первой серии.

3 этап. Вторым кружком перекрывается третья формочка, добавляясь к первому перекрытию. Процедура такая же, как на первом и втором этапах. Дети, нашедшие игрушку сразу, либо после 3 уроков переводятся на последний этап.

4 этап. Снимаются 3 верхние формочки, поднимается второй кружок, ребенок бросает игрушку в отверстие, психолог возвращает второй кружок на место, на него ставит верхнюю часть пирамидки. Ребенка просят найти игрушку. На данном этапе помощь не предлагается.

Контрольная серия. Ребенка просят составить пирамидку из 6 цилиндров с отверстиями. Повторяются 4 этапа поиска игрушки без уроков. Если ребенок не находит игрушку после двух серий, выполнение задания прекращается.

Данная методика позволяет определить, как ребенок устанавливает причинно следственные связи по мере усложнения задачи, в какой мере может использовать внешнюю помощь, как переносит полученный способ умственного действия на новое аналогичное задание.

Методика «Пересечение трубы» активно апробируется, результаты ее использования будут опубликованы.

#### Литература:

1. Иванова С. Я. «Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей», М; МГУ, 1976
2. Луцковская О. П. «Игры с вкладышами» /К. Соломина «Ваш малыш: день за днем от рождения до 3 лет» (стр.357-360)/, М; «АСТ», 2010. Стребелева Е. А. «Методические рекомендации к психолого- педагогическому изучению детей (2-3 лет)» /«Ранний возраст №4, 2001г.»

**Психотические расстройства в остром периоде  
коронавирусной инфекции - Covid-19  
(на примере Рязанской области)**

*Рычкова М.А., Сомкина О.Ю., Кагарличенко А.А.*

Государственное бюджетное учреждение Рязанской области  
«Областная клиническая психиатрическая больница  
им. Н.Н. Баженова»

В конце 2019 г. в Китайской Народной Республике были зарегистрированы первые случаи атипичной пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, получившей впоследствии название - COVID-19 (SARS-CoV-2). Инфекция быстро распространилась, вызвав глобальную пандемию.

В ходе ряда исследований, как отечественных, так и зарубежных [1], а также клинических наблюдений установлено, что Covid-19 – заболевание системное, поражающее, в том числе, как периферическую, так и центральную нервную систему. В литературе описана мультифакторная природа развития психопатологической симптоматики при новой коронавирусной инфекции [1]. Показано, что вирус может непосредственно проникать через гематоэнцефалический барьер в ЦНС, непосредственно вызывая повреждение нейронов и глиальных клеток. Кроме того, для Covid-19 характерно и опосредованное поражение ЦНС, которое провоцируется выраженным системным воспалением, чрезмерным иммунным ответом, так называемым «цитокиновым штормом», в результате чего в том числе и увеличивается проницаемость гематоэнцефалического барьера.

Сложная эпидемиологическая обстановка, страх людей за свое здоровье и жизнь, различные социальные факторы, спровоцировали рост аффективных и тревожных расстройств, нарушений сна. Однако возникают и острые психотические расстройства, которые протекают преимущественно с клиникой делирия, в ряде случаев отмечается шизофреноподобная симптоматика.

На базе ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова в мае 2020 года было развернуто отделение для оказания помощи больным психиатрического профиля с новой коронавирусной инфекцией лег-

кой и средней степени тяжести. За 2 года в «ковидном» госпитале получили лечение более 500 пациентов, которые поступали как из отделений психиатрической больницы, так и из специализированных инфекционных стационаров.

Из пациентов, не наблюдавших ранее у психиатров, большая часть была госпитализирована в стационар с психотической симптоматикой, в форме делирия. Однако наблюдались случаи с шизофреноподобной, шизоаффективной симптоматикой.

Как правило, при средне-тяжелом или тяжелом течении коронавирусной инфекции при наличии сопутствующей соматической патологии развитие острых психозов является прогностически неблагоприятным фактором для жизни [2].

Вместе с тем, у пациентов соматически благополучных, молодого возраста острое психотическое расстройство купируется, в дальнейшем данные пациенты либо не наблюдаются у психиатров, либо выявляют невротическую симптоматику, выраженную не сильнее, чем у остальных пациентов, перенесших COVID-19.

Как правило, острые психотические расстройства успешно купировались на фоне лечения основного заболевания, а так же с помощью применения психотропного лечения.

Клинический пример.

Пациентка Л., 1986 г.р. поступила в «ковидный» госпиталь психиатрической больницы впервые в жизни 15.10.2020г. Раннее развитие без особенностей. Образование средне-специальное. По образованию медицинская сестра. Работает медицинской сестрой в анестезиолого-реанимационном отделении. Замужем. Имеет двоих малолетних детей. На момент госпитализации находилась в отпуске по уходу за младшим ребенком до трех лет (детям 5 лет и 2 года 11 месяцев). Ранее к психиатру за помощью не обращалась. Травм, в том числе головы, эпилептиформных, оперативных вмешательств не имела. Вредные привычки отрицает. Хронических заболеваний не имеет. На работе и в семье характеризуется положительно. Странностей в поведении не отмечалось. Заболела остро с повышением температуры до субфебрильных цифр, лечилась дома несколько дней. Уже дома отмечены странности в поведении – была суетливой и тревожной. Через 4 дня от начала заболевания температура повысилась до фебрильных цифр, воз-

никло обморочное состояние, на КТ картина, характерная для вирусной пневмонии (КТ-1). Одновременно у пациентки появились страхи, в связи с чем, пошла с супругом в церковь, где поставив свечу, стала вести себя нелепо: каталась по полу, кричала, каялась. В этот же день была госпитализирована в инфекционное отделение больницы имени Семашко, где инфекционистом был выставлен диагноз новой коронавирусной инфекции, осложненной вирусной пневмонией. Из больницы отправляла мужу сообщения, что ее хотят убить. По наблюдениям медицинского персонала заявляла, что «она Бог», «вокруг демоны», громко молилась, пугала других больных. Ночью самовольно покинула территорию больницы босиком в ночной рубашке, оставив на своей тумбочке собственноручно оставленную записку, имевшую суицидальный подтекст (со слов медицинского персонала). Пешком пациентка ушла в другой район города, затем вернулась домой в сопровождении «странного человека», требовала, чтобы супруг отдал ему все деньги, которые есть в доме. В этот же день в сопровождении супруга по СМП была госпитализирована в «ковидный» госпиталь ГБУ РО ОКПБ им. Н.Н. Баженова. При поступлении статус оценивался, как галлюцинаторно-параноидный. Была в сознании, всесторонне верно ориентирована. Высказывала бредовые идеи греховности, называла врача «батюшкой», громко молилась, крестилась, говорила, что на ней «большой грех», падала на колени, была крайне эмоционально лабильной, долго не выпускала из рук пластиковую канистру, называя своим «талисманом». Соматическое состояние было относительно удовлетворительным. В «ковидном» госпитале ОКПБ находилась 12 дней, прошла курс лечения коронавирусной инфекции и вирусной пневмонии в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ. Острый психоз купирован в течение этого времени назначением нейролептической терапии. С резидуальным бредом, тревогой переведена в общепсихиатрическое отделение для дообследования и дальнейшего лечения. Была всесторонне обследована, установлен диагноз: Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении. В лечении получала нейролептики, антидепрессанты. За общий период госпитализации, который составил 49 дней, психотическая симптоматика была полностью купиро-

вана, пациентка выписана с закрытым листком нетрудоспособности и могла приступить к труду. По данным ОКПБ до настоящего времени за помощью к психиатрам больше не обращалась.

#### Литература.

1. Шепелева И.И. COVID-19: поражения нервной системы и психолого-психологические осложнения / И.И. Шепелева, А.А. Чернышова, Е.М. Кирьянова и др. // Социальная и клиническая психотерапия. – 2020. – Т.30, №4. – С. 76-82.
2. Мосолов С.Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 / С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2021. - №3. – С. 2-24.

### **Психофизический параллелизм в контексте острой коронавирусной инфекции**

*Сорокин М.Ю.<sup>1</sup>, Маркин К.В.<sup>2</sup>, Кибитов А.А.<sup>1</sup>*

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (1)

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова (2)

У инфицированных Sars-Cov-2 частота нарушений сознания, растерянность или ажитация встречаются от 20% до более чем половины пациентов в отделениях интенсивной терапии [3]. В отечественном исследовании получены данные, что делирий развивается у 31% пациентов коронавирусного стационара [1]. В течение полугода после выздоровления от COVID-19 психические расстройства фиксируют у 34% реконвалисцентов, причём для 13% психиатрический диагноз выставляется впервые в жизни. Среди долгосрочных ассоциированных с коронавирусом психических нарушений тревожные расстройства выявляются у 17% пациентов, получавших помощь амбулаторно и у 19% выписанных из стационаров [4].

Наиболее вероятными патофизиологическими механизмами развития нейропсихиатрических нарушений при COVID-19 счи-

таются нейровоспаление, микрогеморрагии и возникающая гипоксия мозга [2]. Тем не менее, вероятная общность патофизиологических механизмов развития отдельных компонентов нарушения психических функций у лиц, инфицированных Sars-CoV-2 остаётся недостаточно изученной. Наличие подобного общего патофизиологического механизма могло бы позволить оценивать тревожные симптомы и количественные нарушения сознания как компоненты психопатологического синдрома при COVID-19.

Цель исследования: определить патофизиологические механизмы, ассоциированные с развитием наиболее распространённых типов нарушения психического статуса пациентов с COVID-19 в условиях инфекционного стационара – тревоги и нарушений сознания.

Задачи: 1) описать основные патофизиологические механизмы COVID-19 и оценить количественно маркеры системного воспаления, а также нарушений дыхательной функции, 2) оценить распространённость нарушений сознания и симптомов тревоги у пациентов с остропротекающим COVID-19 в условиях инфекционного стационара, 3) выявить взаимосвязь между психопатологическими патофизиологическими характеристиками пациентов.

Материалы и методы. В течение декабря 2020 – июня 2021 в рамках обязательной практической подготовки 14 ординаторов НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева и ВМедА им. С.М. Кирова, получающих первичную специализацию по психиатрии, неврологии, психотерапии и наркологии, оценивали психический статус пациентов инфекционных стационаров, госпитализированных в связи с заболеванием COVID-19. Добровольное согласие на участие в исследовании дали 127 пациентов. В итоговый анализ включены данные 89 человек, для которых были собраны параметры их психического статуса.

В качестве патофизиологических параметров течения заболевания фиксировали: уровень С-реактивного белка (СРБ), температуру тела, процент поражения легких по результатам компьютерной томографии (КТ), сатурацию, частоту дыхательных движений (ЧДД). Также оценивали наличие хронических заболеваний по основным системам органов: сердечно-сосудистая, ды-

хательная, нервная, пищеварительная, эндокринная, мочеполовая. Учитывали случаи психических расстройств в анамнезе.

В текущем статусе пациентов оценивали уровень сознания и тревоги. За основу оценки данных психических процессов были выбраны вопросы из полустандартизированного интервью “Present State Examination 10” [5]. Для стандартизации описания психического состояния и минимизации субъективных искажений оценки психических процессов между врачами-исследователями степень фиксируемых психопатологических феноменов была предварительно определена дихотомической шкалой, где 0 баллов - отсутствие и 1 балл - наличие нарушений.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием программного продукта SPSS 16. Проводили оценку распределения методом Колмогорова-Смирнова, дисперсионный анализ, а также логистический регрессионный анализ.

Результаты. Проанализированы данные 40 мужчин и 49 женщин, средний возраст 49 (min 19; max 95) лет, имевших подтверждённый диагноз COVID-19 методом ПЦР в 70 случаях, по данным КТ в 10 случаях, на основании характерной клинической картины у 9 пациентов.

По данным анамнеза хронические заболевания эндокринной системы были у 11 пациентов, дыхательной системы – у 13, сердечно-сосудистой – у 29, желудочно-кишечной – у 19, нервной – у 5, мочеполовой – у 6. О наличии в прошлом психических расстройств сообщили 6 пациентов. Медиана числа сопутствующих заболеваний составила 1 (min 0; max 4).

Уровень поражения лёгких КТ 0 выявлен у 9 человек, КТ 1 – у 30, КТ 2 – у 23, КТ 3 – у 13. Медиана температуры тела пациентов составила 37.5<sup>0</sup>C (Q25=37.0; Q75=38.5), уровня СРБ Me=10.0мг/л (Q25=5.4; Q75=36.5), сатурации Me=96% (Q25=92.3; Q75=98), ЧДД Me=18 (Q25=16; Q75=21).

Изучаемые психопатологические феномены тревоги и нарушений сознания были выявлены у 28 пациентов (31.5%): 22 случая тревожной симптоматики, 7 случаев нарушений сознания. При этом, степень их ассоциации была низка: Fisher's Exact=0.675 (df=1), p=0,49 и лишь у одного человека симптомы тревоги и нарушения сознания присутствовали одновременно. Подтвержде-



нием различных патофизиологических механизмов, определяющих развитие изучаемой психопатологии при остром течении новой коронавирусной инфекции стали данные регрессионного анализа.

В таблице 1 представлены значимые предикторы развития тревоги у пациентов «красной зоны», госпитализированных в связи с COVID-19. Прогностическая способность построенной модели составила 81.4% ( $p=0.02$ ).

*Таблица 1.*

Анамнестические и клинические предикторы, ассоциированные с риском развития тревоги у больных COVID-19

Анамнестические и клинические параметры	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Анамнез психических расстройств	2,1	1,0	4,3	1	0,04	8,4
Сатурация	0,2	0,1	4,8	1	0,03	1,3
Сердечно-сосудистые заболевания	2,1	0,7	9,4	1	0,01	8,4
Заболевания нервной системы	3,2	1,5	4,7	1	0,03	25,6
Заболевания мочеполовой системы	2,3	0,98	5,4	1	0,02	9,8
Constant	-24,1	10,1	5,7	1	0,02	0,00

В таблице 2 представлены значимый и имеющий тенденцию к значимости предикторы развития тревоги у пациентов «красной зоны», госпитализированных в связи с COVID-19. Прогностическая способность данной модели составила 94.5% ( $p=0.004$ ).

*Таблица 2.*

Демографические и клинические предикторы, ассоциированные с нарушениями сознания у больных COVID-19

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Возраст	0,1	0,05	5,01	1	0,03	1,11
СРБ	0,02	0,01	3,5	1	0,06	1,02

Constant	-10,171	3,498	8,45	1	0,004	0,000
----------	---------	-------	------	---	-------	-------

Закключение. Проведённое исследование продемонстрировало высокую распространённость психопатологических нарушений у госпитальных больных острой коронавирусной инфекцией COVID-19 – 31.5% для тревоги и нарушений сознания. При этом, не подтверждена ни феноменологическая, ни патофизиологическая ассоциация исследованных нейро-психиатрических симптомов. Более того, данные регрессионного анализа свидетельствуют, что повышение показателя сатурации на 1% было ассоциировано с увеличением риска развития тревоги у пациентов в 1,3 раза. Таким образом, симптомы тревоги могут рассматриваться в рамках скорее личностной, чем обусловленной инфекционно-воспалительным процессом реакции организма.

#### Список литературы.

1. Петрова Н.Н., Пашковский В.Э., Сивашова М.С., Гвоздецкий А.Н., Прокопович Г.А. Влияние психических расстройств на исход COVID-19 // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13, № 5. – С. 40-47.
2. Rutkai I., Mayer M.G., Hellmers L.M., Ning B., Huang Z., Monjure C.J., Coyne C., Silvestri R., Golden N., Hensley K., Chandler K., Lehmicke G., Bix G.J., Maness N.J., Russell-Lodrigue K., Hu T.Y., Roy C.J., Blair R.V., Bohm R., Doyle-Meyers L.A., Rappaport J., Fischer T. Neuropathology and virus in brain of SARS-CoV-2 infected non-human primates // Nat. Commun. – 2022. – Vol. 13, Issue 1. – P. 1745.
3. Sorokin M.Y., Palchikova E.I., Kibitov A.A., Kasyanov E.D., Khobeysh M.A., Zubova E.Y. Mental State of Inpatients With COVID-19: A Computational Psychiatry Approach // Front. Psychiatry. – 2022. № 13. – P. 801135.
4. Taquet M., Geddes J.R., Husain M., Luciano S., Harrison P.J. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records // Lancet Psychiatry. – 2021. – Vol. 8, Issue 5. – P. 416-427.

5. Wing J.K., Babor T., Brugha T., Burke J., Cooper J.E., Giel R., Jablenski A., Regier D., Sartorius N. SCAN. Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry // Arch. Gen. Psychiatry. – 1990. – Vol. 47 Issue 6. – P. 589-593.

**Делирий не на фоне деменции в связи с другими вирусными и бактериальными инфекциями.  
Клинический случай.**

***Сулонова А.Ю., Бурмистрова М.А.***

ГБУ Рязанская областная клиническая психиатрическая  
больница им. Н.Н. Баженова

Как психиатры, работающие в больнице мы регулярно видим пациентов с депрессией, склонностью к нанесению самоповреждений, деменцией и психозами. С началом эпидемии COVID-19 мы заметили значительный рост числа дезориентированных, спутанных, а подчас и галлюцинирующих пациентов – все это черты делирия. Делирий – это краткосрочное состояние спутанности, появляющееся в результате болезней, подобных COVID-19. Состояние пациентов может измениться очень быстро – буквально в пределах нескольких часов, и они уже не знают, где они находятся, и что с ними происходит. Существует множество возможных причин возникновения психических проблем: возможно, что вирус напрямую поражает мозг, или что иммунная система организма входит в состояние гиперактивации. За время пандемии мы не раз сталкивались с клиническими случаями психоза после или на фоне ковида, все женщины поступали впервые в жизни, были трудоустроены и социально благополучны. Клинический случай: Пациентка М. 1969г.р. Находилась на стационарном лечении в ГБУ РО ОКПБ с 21.10.21г. по 25.11.21г., с диагнозом: Делирий не на фоне деменции в связи с другими вирусными и бактериальными инфекциями. F 05.06 Анамнез: Поступает впервые в жизни. Доставлена бригадой СМП из «красной зоны» Касимовского межрайонного медицинского центра, где находилась на лечении по поводу: новой коронавирусной инфекции

(вирус идентифицирован 11.10.2021г.). Средней степени тяжести. Двусторонней внебольничной вирусной пневмонии КТ-1 , ДН-1 ст. При поступлении жалобы на слабость, растерянность, нелепости в своем поведении и восприятии. В ГБУ РО ОКПБ впервые. Ранее к психиатрам не обращалась. Единственный ребенок в семье. Воспитывалась матерью (отец из семьи ушел). Росла и развивалась без особенностей. В школу пошла с 7 лет. Училась на отлично. Окончила на отлично и музыкальную школу. После школы училась во Владимирском музыкальном училище. Работала по распределению в области. Затем вернулась в г.Касимов и до настоящего времени работает преподавателем в музыкальной школе. Замуж вышла впервые в 50 лет. Детей нет. Всю жизнь жила с матерью. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, травма позвоночника (перелом в 20 летнем возрасте), миома матки. Отмечала аллергические реакции по типу отека Квинке в основном на продукты питания. Последнее время проживала с мужем. В начале октября заболела коронавирусной инфекцией. Была госпитализирована в ковидный госпиталь в г.Касимове - 07.10.2021г. Заболеванию со слов пациентки протекало тяжело. По записи психиатра (приглашенного 20.10.2021г.) – состояние пациентки изменилось с 12.10.21г.: не спала ночами, была плаксивой, навязчивой с разговорами. Через 2 дня появились бредовые высказывания, считала, что муж – серийный убийца, что он выкинул из окна ее мать. Стала бояться идти домой. Сказала, что не будет больше работать учителем, а будет жить при больнице и работать «нянечкой». С 15.10.21г. отмечались эпизоды психомоторного возбуждения - многоречива, неусидчива, выходила из «красной зоны» в ординаторскую к врачу. На замечания не реагировала. Получала 10 мг. тиодазина, на котором стала чуть спокойнее, но бред сохранялся. Критика отсутствует. Боится встречаться с мужем, начинает плакать. В беседе с врачом заявляла, что муж – серийный убийца, боится его. В нем якобы живут две личности: одна добрая, заботливая, другая – монстр. Разубеждениям не поддавалась. Критика к состоянию отсутствует. С 20.10.21г. психическое состояние с отрицательной динамикой: стала выдавать истерические припадки (лежала на полу, просьбы не выполняла, рот был открыт. В ночь на 21.10.21г. стала оголяться, подходила

к окнам, замирала в однообразной позе. Заявляла – «я домой не поеду». В беседе растеряна, эмоционально лабильна (то плачет, то становится злобной). Ходит кругами по палате погруженная в свои переживания. Остается бред – «муж меня выбросит из окна, он убийца». При этом стоит у окна в палате в ботинках, голая. С учетом психического состояния рекомендован перевод в ГБУ РО ОКПБ. Госпитализирована в 12е отделение. 22.10.2021г. Переведена в 1-е отделение ГБУ РО ОКПБ. Соматический статус (при поступлении): высокого роста, крепкого телосложения, нормального питания. Температура тела 36.3°C. Кожные покровы обычной окраски. Чистые. Сыпи, повреждений нет. Зев чистый. В лёгких дыхание аускультативно - везикулярное, хрипы не выслушиваются. SpO<sub>2</sub>- 98%^ Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 140/80 мм.рт.ст., ЧСС 98. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме, со слов пациентки. Неврологический статус (при поступлении): менингеальных знаков нет. Лицо симметричное, язык по средней линии. Зрачки S=D, фотореакция сохранена. СХР живые, S=D. Парезов и параличей нет. Координаторные пробы выполняет. Психический статус (при поступлении): была в сознании, ориентировалась в месте и времени верно, себя называла. В беседе была тревожна, напряжена. Была уложена в постель. Заявляла, что замерзла. Понимала, что привези в психиатрическую больницу после разговора с мужем. Госпитализации не противилась, «если надо, то полежу». Была фиксирована на отношениях с мужем. Считала, что «хочет меня убить, но теперь не уверена ». Аффективно была заряжена в адрес него. Наличие «голосов» отрицала, хотя при подробном расспросе заявляла, что слышала в больнице, как персонал (врач, может медсестра), якобы говорили ей, что скоро приедет муж и заберет ее сегодня. И так на протяжении пары дней. Это вызывало страх у нее и, видимо, поэтому она стала не совсем правильно себя вести. Активно на момент беседы бредовых идей не высказывала. Разговаривала тихим голосом. Фон настроения ситуационно был снижен. Агрессии и аутоагрессии не выявляла Критика к своему состоянию формальная, сниженная. Дала письменное согласие на госпитализацию. Проведены обследования:

По данным реестра, у больной мазок на SARS CoV2 от 20.10.2021г. – отрицательный.

Исследование крови методом ИФА на антитела к SARS-CoV2 (COVID-19): Ig G и IgM (от 28.10.2021): Ig G 10,24 УЕ, Ig M 0.02 УЕ.

ИФА ВИЧ (от 02.11.2021г): отрицательный.

Исследование крови на гепатиты методом ИФА (от 27.10.2021г): HBsAg, Анти-HCV отрицательный.

Исследование крови методом ИФА на сифилис (27.10.2021г): отрицательный.

Исследование протромбинового времени (от 01.11.2021): ПВ – 17”.

Общий анализ крови (от 25.10.2021г): эритроциты  $4,28 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 130 г/л, гематокрит 38,1%, MCV 89,0, MCH 30,4, MCHC 341, тромбоциты  $225 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 17 мм/ч, лейкоциты  $9,7 \cdot 10^9$ /л, лимфоциты 39%, моноциты 5%, нейтрофилы: сегменты 56%.

Б/х анализ крови (от 25.10.2021г): АЛТ 13 Е/л, АСТ 26 Е/л, общий билирубин 13,47 мкмоль/л, общий белок 75 г/л, мочевины 4,33 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, холестерин 5,8 ммоль/л, креатинин 90 мкмоль/л, прямой билирубин 0, непрямого билирубин 13,47 мкмоль/л, СРБ отрицательный, тимоловая проба 1,67 Ед.

Общий анализ мочи (от 15.11.2021г): кол-во - 60,0, цвет – солома, прозрачная, уд.вес – 1025, реакция – кислая, белок – 0, глюкоза – 0, ацетон – 0, желчные пигменты – 0, уробилин – 0, эпителий плоский – 1-2 в п/з, лейкоциты – 5-7 в п/з, эритроциты изменённые – 1-2 в п/з, бактерии – 1.

Кал на ПМКГ (от 28.10.2021 г.): ПМКГ не обнаружено.

Слизь из зева и носа на дифтерию (от 28.10.2021г): п. Леффлера не обнаружены.

Исследование на энтеробиоз (от 28.10.2021г): отрицательный.

Rg-грамма (от 04.10.2021г): признаков патологии не выявлено.

Эхо-Эг (от 16.11.2021г): смещение срединных структур г/мозга не выявлено. Ms=Md=75 мм. Третий желудочек не расширен.

ЭЭГ (от 16.11.21): в пределах нормы.

ЭКГ (от 17.11.2021г): Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Начальные признаки гипертрофии левого желудочка. Нарушение проводимости по правой ножке п. Гиса.

Осмотр терапевта (от 12.11.2021г): гипертоническая болезнь 2 ст, 2 ст, р 3-4. Последствия COVID-19.

Осмотр офтальмолога (от 17.11.2021г): миопия высокой степени обоих глаз.

Осмотр невролога (от 01.11.2021г): постковидная энцефалопатия с психозом. Выраженный астенический синдром. Ранний восстановительный период.

Осмотр эндокринолога (от 11.11.2021г): здорова.

Осмотр доцентом кафедры психиатрии Шитовым Е.А. (от 23.11.2021): делирий не на фоне деменции в связи с другими вирусными и бактериальными инфекциями.

Психологическое исследование (от 09.11.21г): испытуемая обнаружила нарушения динамики и продуктивности умственной деятельности, невысокий уровень обобщения, неразвитость навыков абстрагирования, снижение памяти, недостаточную критичность к своим затруднениям. (от 24.11.21г.): состояние познавательной деятельности испытуемой несколько улучшилось, однако внимание и работоспособность ее истощаемы, долговременное запоминание всех видов снижено. Проведено лечение: галоперидол, хлорпромазин, амитриптилин, гидроксизин, оланзапин, метипред, эликвис, омепразол, метопролол, фестал. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось. Психический статус (при выписке): сознание ясное, ориентирована в месте, времени, себя называет правильно. Продуктивному контакту доступна. На вопросы отвечает в плане заданного, охотно. Внешне спокойна, упорядочена. На момент осмотра: бредовых идей не высказывает, обманов восприятия не обнаруживает, агрессивных, аутоагрессивных и суицидальных тенденций нет. Фон настроения ровный. Критика к своему состоянию сохранена. Выписана домой в сопровождении мужа, даны необходимые рекомендации.

## Литература:

1. Lange revalidatie voor coronapatiënten na ic: PTSS en geheugenverlies. – Internet (nu.nl), 24.04.20.

### **Возможности сказкотерапии в психодиагностике социальной ситуации развития ребенка с личностным расстройством: анализ клинического случая**

*Туровская Н.Г., Кондратович А.В., Туровская О.Д.*

Волгоградский государственный медицинский университет,  
Волгоградская областная детская клиническая психиатрическая  
больница, Психологический центр «Развитие»

Как отмечают Шевченко Ю.С. и Северный А.А., в случае формирования психических расстройств в детском возрасте энцефалопатические, дизонтогенетические и психогенные механизмы находятся в непрерывном динамическом взаимодействии. Так, по мнению указанных авторов, «перинатальная энцефалопатия» может реализовываться в форме «синдрома дефицита внимания с гиперактивностью», а наличие данного патологического состояния само порождает конфликты ребенка с окружающими и ответное реагирование на них в форме «невротических», «психосоматических» или «патохарактерологических реакций» [4]. Таким образом, нарушенная социальная ситуация развития еще более усугубляет дезадаптацию ребенка с нервно-психическим расстройством эндогенной или экзогенно-органической этиологии.

Из вышеизложенного следует, что оказание помощи ребенку с нервно-психическим расстройством должно осуществляться комплексно с участием специалистов разных профилей (врачей, психологов, педагогов и др.) [3]. При этом особое внимание со стороны работающих с ребенком психологов и педагогов должно уделяться диагностике и коррекции его социальной ситуации развития.

Одним из эффективных методов психологического анализа социальной ситуации развития ребенка является сказкотерапевтический подход. Рассмотрим возможности использования этого



метода в работе психолога с детьми с нервно-психическими расстройствами.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе Волгоградской областной детской клинической психиатрической больницы. В исследовании участвовали подростки 11–15 лет. Пациентам предлагалось выполнить задание «Карта сказочной страны» (Зинкевич–Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б.) [1]. Метод «Карта сказочной страны», в первую очередь, направлен на то, чтобы изучить процесс формирования у подростка образа цели. Помимо этого, анализ «Карты сказочной страны» может помочь психологу понять: каким было прошлое подростка, с какими проблемами ему пришлось столкнуться и на сколько они отразились на его текущем состоянии. Смысл задания состоит в том, что подросток рисует на листе бумаги карту «Сказочной страны», которая символизирует его внутренний мир. Потом прокладывает на созданной карте маршрут путешествия и описывает его, четко выделяя место входа, выхода из «страны» и образ цели.

**Результаты.** Результаты проведенного исследования показали, что 82% детей с нервно-психической патологией без интеллектуального снижения этого возраста понимают смысл предлагаемого задания и справляются с ним. Детям с легкой интеллектуальной недостаточностью требуется помощь психолога в идентификации и вербализации эмоциональных состояний, названия которых используются в обозначении «географических объектов» на «Карте сказочной страны». Некоторые дети с помощью данного задания смогли раскрыть слабо осознаваемые или вербализуемые переживания. Все участвовавшие в исследовании пациенты не проявляли сопротивления в процессе выполнения задания, относились к нему как к творческому, что позволило предположить его отдаленный психотерапевтический эффект.

Рассмотрим результаты психологического анализа особенностей выполнения данного задания ребенком 11 лет с выраженными нарушениями поведения, развившимися как вследствие последствий раннего органического поражения головного мозга перинатального генеза, так и сложной социальной ситуации развития. На карте испытуемого мы видим следующие обозначения: река Страха, статуя Свободы, страна Любви, гора Оханья, роза

Счастья. Из биографии мальчика мы знаем, что у него была тяжелая семейная ситуация: в далеком детстве от него отказалась мать, но практически сразу ребенка усыновила другая женщина. У мальчика были выраженные проблемы поведения, поэтому приемная мать устала от него и решила отдать в детский дом. У испытуемого это событие вызвало сильные переживания: он не знал, что его мать - приемная, и был уверен в том, что она любит его, и у них хорошие отношения. Поэтому страна Любви на карте внутреннего мира, которую нарисовал мальчик, занимает самое значимое место. По пути через страну Любви, ребенок проходит через гору Оханья (для него это огорчение, грусть). Горы на подобных рисунках символизируют духовный рост, саморазвитие. В данном случае этот этап в жизни испытуемого связан с негативными эмоциями. В начале маршрута путешествие проходит через реку Страха и статую Свободы, что отражает наличествующий внутри личностный конфликт у ребенка между желанием приобрести независимость (не подчиняться требованиям взрослых) и страхом быть отвергнутым социумом. Целью маршрута мальчика является роза Счастья, что вполне закономерно, ведь на данный момент именно это является его основной потребностью. Описывая свой путь, ребенок смог только перечислить объекты, через которые проходил маршрут путешествия, однако после этого охотно включился в коррекционный процесс с использованием психологической игры «Властелин чудес» (Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б.) [2], направленной в том числе на развитие у играющих самосознания и способности вербализовывать свои переживания и мотивы поведения.

**Выводы.** Таким образом, сказкотерапевтический подход к диагностике представлений о будущем подростков с нервно-психическими расстройствами позволяет выявить их личностные особенности, возможные психологические проблемы в той или иной сфере и, следовательно, наметить пути и «мишени» будущей психологической коррекции. Важно добавить, что этот метод достаточно эффективен в работе с детьми с легкой интеллектуальной недостаточностью.

Список литературы:

1. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б. Психодиагностика через рисунок в сказкотерапии. \_ СПб.: Речь, 2004. – 144 с.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д., Кудзилов Д.Б. Властелин чудес (настольная игра). \_ СПб.: Речь, 2004.
3. Туровская Н.Г., Анализ случая психокоррекционного сопровождения ребенка с нарушением поведения церебрально-органического генеза / Н.Г. Туровская // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – №2. – С. 75–81.
4. Шевченко Ю.С., Северный А.А. Концепция многоуровневой терапии как идеология межпрофессионального взаимодействия // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2013. Том 13. № 2. С. 35 – 40.

### **Дестигматизация психических расстройств детского возраста**

***Филимонов А.П.<sup>1</sup>, Филимонова Е.С.<sup>2</sup>***  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России<sup>1</sup>  
ГБОУ РО «ОКПБ им. Н.Н.Баженова»<sup>2</sup>

Одной из важнейших проблем современной психиатрии является стигматизация пациентов с психическими расстройствами. Стигма «психически больного» негативно сказывается на качестве жизни и значительно ухудшает социальную адаптацию в целом. Основная трудность заключается в том, что многие люди с психическими расстройствами подвергаются систематической дискриминации в большинстве областей их жизнедеятельности: в семье и в социуме, в средствах массовой информации и даже в области здравоохранения. Особенное значение это имеет для пациентов детского возраста, т.к. жертвами социального отчуждения являются не только сами дети, но их родители. Скрыть факт психического расстройства у ребенка гораздо сложнее, чем у взрослого. Проблемы в образовательном процессе, буллинг со стороны одноклассников, «косые взгляды» родителей других детей, рост внутрисемейного напряжения и переваливание ответственности за болезнь ребенка между родителями, разводы и т.д., и т.п. На формирование стигмы в этом случае оказывают влияние

три взаимосвязанных фактора: проблема знания (невежество), проблема отношения (предрассудки), проблема поведения (дискриминация). Именно на эти основополагающие факторы направлены следующие этапы дестигматизации.

*Анализ ситуации:* изучение уникальных для данной семьи особенностей, будь то социальные характеристики (качество и уровень жизни, ближайшее социальное окружение) или психологический климат внутри семьи (взаимодействие между родителями, формирование коалиций, симбиотические отношения и т.д.). Крайне важным является выявление стигматизационных установок у родственников пациента. Анализ подобной информации позволяет выяснить сильные и слабые стороны семьи, характер и специфику ее самостигматизации; определить наиболее актуальные на данный момент последствия действия стигмы и разработать индивидуальную программу дестигматизации.

*Реализация программы дестигматизации.* С учетом особенностей данной семьи работа по дестигматизации проводится в трех направлениях:

1. *Проблема знания* решается с помощью донесения объективной информации о психических заболеваниях и о способах их лечения с приведением позитивных примеров из практики, что позволяет нейтрализовать стигматизационные установки;
2. *Проблема отношений* внутри семьи сглаживается, благодаря «прорабатыванию» чувства вины членов семьи больного, снятию внутрисемейного напряжения и объединению родителей;
3. *Проблема дискриминации* решается через создание индивидуальных мер, направленных на восстановление старых социальных связей семьи. Так же, положительно себя зарекомендовали групповая терапия с привлечением родственников других больных детей и создание тематических групп в социальных сетях. При этом реализуется сразу две цели - получение семьей социальной, эмоциональной поддержки и расширение социальных связей семьи, вывод ее из социальной изоляции.

*Завершение процесса.* Финальный этап дестигматизации за-

ключается в оценивании проделанной работы, как с точки зрения семьи пациента, так и с точки зрения специалиста. Положительными результатами, по нашему мнению, считается нивелирование стигматизирующих факторов и формирование у семьи компенсаторных механизмов, позволяющей ей самостоятельно противодействовать стигме психического расстройства в будущем.

## **COVID-ассоциированные психические расстройства у больных реанимационного отделения**

*Щепкин Е.С., Шитов Е.А.*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г.Рязань

### **Актуальность исследования.**

Эпидемия коронавируса (COVID-19) не только увеличивает угрозу для физического здоровья, но также влияет на психическое благополучие граждан. Более **15 миллионов** человек в России и более **80 миллионов** в мире уже перенесли коронавирусную инфекцию. В исследовании Центра по контролю и профилактике заболеваний говорится о том, что вероятность попасть в отделение интенсивной терапии при COVID-19 составляет **6,7%**. Учитывая огромное количество заболевших COVID-19, и несмотря на то, что треть из них не испытывают проблем с психическим здоровьем - **воздействие на психику значительно**. У **85-90%** людей в реанимации возникают психические расстройства.

### **Цель исследования.**

Изучить виды психических расстройств у пациентов с COVID-19, частоту и причины их возникновения.

### **Задачи исследования.**

1. Выделить и сгруппировать психические нарушения, возникающие во время госпитализации;
2. Определить распространенность психических нарушений;
3. Предположить причины их возникновения.

### **Материалы и методы исследования.**

Нами были изучены 67 историй болезни пациентов реанимационного отделения в ГКБ г. Ессентуки за период с 01.09.2021

по 31.12.2021. Возраст участников исследований от 19 до 73 лет. Были проведены встречи с практикующими врачами и средним медицинским персоналом, работающими в отделении интенсивной терапии. Изучена литература, освещающая вопросы психических расстройств у заболевших COVID-19.

#### **Результаты исследования.**

В ходе исследования выявили следующее: лишь у 10% пациентов не наблюдались нарушения психики. У оставшихся были выявлены следующие нарушения: астенические проявления (90%), нарушения сна (83%), тревожно-фобические нарушения (84%), нарушение когнитивных функций (38%), расстройства поведения: агрессия, аутоагрессия, грубость и протест (42%), делириозные состояния (23%).

#### **Обсуждение.**

Вероятные причины психических нарушений при тяжелом течении корона-вирусной инфекции.

1. Прямая вирусная инвазия ЦНС - индукция медиаторов воспаления, инфекция нервных клеток SARS-COV-2;

2. Гипоксия;

3. Фармакологическое действие препаратов;

4. Длительное время механической вентиляции;

5. Социальная изоляция;

6. Эпигенетические модификации генов, связанных со стрессом.

#### **Выводы.**

Таким образом, более 90 %, страдающих корона-вирусной инфекцией в тяжелой форме и проходивших стационарное лечение в реанимации, имеют психические расстройства. В результате нашего исследования мы оценили встречаемость отдельных психопатологических расстройств и обсудили возможные причины осложнений со стороны нервной системы.

## Когнитивная триада тревожных расстройств

*Шитов Е.А.*

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань

Основоположником **Когнитивной психотерапии (КП)** является Аарон Бэк. В основе КП лежит представление о том, что психические процессы взаимосвязаны, и эмоциональные или поведенческие проблемы человека (в том числе, депрессия, тревога, личностные расстройства) связаны с нарушением мышления (т.н. когнитивными искажениями). Одновременно с Аароном Бэком взаимное влияние процессов мышления и эмоций (поведения) изучал **Альберт Эллис**, основавший **метод рационально-эмотивной психотерапии**.

Когнитивные (Познавательные) процессы **влияют на специфические для каждого восприятие и интерпретацию текущей ситуации**, и далее вызывают изменения эмоции и поведения (модель ABC). Чаще всего человек **осознает (отдает себе отчет)** только содержание окончательного звена данной цепи – **текущее эмоциональное состояние** (например, тревога или депрессия). В то время как, ситуация, и, что более важно, ее **индивидуальное восприятие и интерпретация** (то есть **промежуточный процесс мышления**) текущей ситуации **остается вне процесса осознания**. В основе специфического восприятия и интерпретации текущих событий лежат **базовые убеждения** (представления или **схемы**) **о самом себе, окружающих и собственном будущем**. Когнитивная психотерапия представляет методы выявления и коррекцию данных базовых убеждений и связанных с ними когнитивных искажений. Благодаря этому происходит излечение от эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств.

Известно, что когнитивная триада депрессии включает в себя следующие базовые убеждения.

- **Негативное представление о самом себе** (я – плохой, ничтожный, никчемный, бесполезный, неудачник).
- **Негативное отношение к окружающему** (мир – несправедливый, плохой; люди – плохие, несправедливые).

- **Негативное отношение к будущему** (в будущем все будет также плохо).

Такое негативное восприятие текущей ситуации приводит человека к переживанию **тоски, депрессии, вины, обиды** и поведенческим проявлением сниженного настроения – **апатии, безучастности к собственному будущему**. Также происходит **обесценивание себя и собственных усилий по изменению жизненной ситуации** (вплоть до сверхценных или даже бредовых **идей самообвинения и самоуничужения**). Подчеркиваются **собственные ошибки и провалы**, обесцениваются достижения (искажение процессов припоминания).

Базовые убеждения или схемы – это **основные глубинные представления о самом себе и окружающем мире**, которые формируются в процессе индивидуального развития и воспитания ребенка. **Глубинные базовые убеждения (когнитивные процессы) взаимосвязаны с эмоциями, их телесным выражением и поведением**. Поэтому можно выделить когнитивный, эмоциональный и поведенческий компонент базового убеждения (схемы).

- **Мысли** (когнитивный компонент или описанная выше когнитивная триада)

- **Эмоции** и связанные с ними телесные и вегетативные реакции (выражение эмоций). В случае **тревожных расстройств (агорафобия)** такой эмоцией является страх и ожидание физической угрозы. В случае **социальной фобии** – такими эмоциями являются страх и стыд, ожидание негативной оценки или критики.

- **Поведение** (В случае тревожных расстройств, мы наблюдаем поведенческие паттерны избегания, вызывающих страх ситуаций). И также попытки компенсации глубинного страха (паттерны зависимости от близких, «предназначенных» для обеспечения безопасности тревожного пациента).

В случае тревожных расстройств мы выявляем следующие базовые убеждения. Когнитивная триада тревоги.

Базовые представления о самом себе (самоопределения) в случае агорафобии: человек ожидает физическую угрозу исходящую из внешнего мира, который представляется опасным, уг-



рожающим, враждебным, давящим. Отношение к себе включает негативное восприятие собственной физической силы, волевых качеств, характера (слабый, безвольный, бессильный, беспомощный). В процессе терапии выявлено, что негативное восприятие себя связано с реальным опытом, имеющимся у тревожного человека, связанный с детским возрастом, когда он (или она) был реально маленьким и зависел от заботящихся о нем взрослых (родители, бабушки и т.п.).

В случае социофобии, происходит ожидание негативной оценки или критики от окружающих людей, которых тревожный пациент воспринимает как критикующих, обесценивающих. В самовосприятии звучат различные социально-значимые характеристики (недостойный, незначительный, неважный, ненужный, бесполезный, плохой); интеллект (глупый, тупой) или внешние данные (некрасивый, уродливый, толстый, худой, «уши торчат», «нос горбатый»). Возможно, что негативное восприятие себя и людей связано с реальным опытом строгого воспитания, критики, обесценивания.

Будущее тревожного человека непредсказуемо, не подвластно контролю и полно опасностей и угроз.

Эмоции, которые переживают тревожные пациенты включают страх, ощущение угрозы или ожидание критики, и чувство стыда, связанное с негативными самопрезентациями.

Мы считаем важным выявлять и прорабатывать телесный компонент эмоционального переживания. Это может быть стремление избежать опасности (убежать, спрятаться, замереть) или бороться и нападать на вызывающий страх или стыд объект (провоцировать).

Для успешной проработки базовых убеждений мы используем следующие техники:

- Техники регрессии (в том числе внушенная регрессии возраста в гипнозе).
- Различные направления метафорической терапии (метафора является способом обойти психологические защиты, осознать ранние травмы и принятые в момент травмы решения).

- Техники эмоционального и физического отреагирования (выражение эмоций, испытанных в момент травмы, помогает принять новое решение).

- Техники гештальт-терапии (взаимодействие с фигурой (образом) явившейся источником травмы и связанного с травмой решения).

«Проработка» базовых убеждений на всех уровнях (когнитивном, эмоциональном, телесном и поведенческом) является способом изменить их, а значит изменить восприятие ситуации как угрожающей или обесценивающей.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Шустов Д.И. Рецензия на сборник	3
Комаров В.В. Сергей Викторович Игнатъев: планы и достижения	5
Алигаева Н.Н. Временная перспектива осужденных-рецидивистов как показатель психологического здоровья	23
Баранов А.В. Трудности дифференциальной диагностики психических расстройств у пациентов с употреблением каннабиноидов	26
Бурмистрова М.А., Суслонова А.Ю. Клинический случай недифференцированной формы шизофрении	32
Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В. Психиатрическая грамотность среди подростков и молодежи	38
Гущина О.М., Хвастовец Т.И., Байкова М.А. Клинический случай дифференциальной диагностики пограничного расстройства личности	44
Давыдова Ю.Д., Казанцева А.В., Еникеева Р.Ф., Мустафин Р.Н., Лобаскова М., Малых С.Б., Хуснутдинова Э.К. Исследование роли детско-родительских отношений в	49

развитии агрессивного поведения у здоровых индивидов Жукова Ю.А., Павлов А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у пациента в клинической практике	53
Киатрова Л.Р., Агибалова Т.В. Особенности проспективно- го мышления у пациентов с патологическим влечением к азартным играм	57
Кирсанова О.Н., Титова А.Н., Полкова К.В., Ковалева Е.В., Карасева Ю.В. Военно-психиатрического обследование: анализ нозологической структуры психических расстройств в 2021 г.	61
Кирюхин О.Л. Сахарный диабет 2 типа и психические рас- стройства	65
Комарова А.П., Агибалова Т.В., Петросян Т.Р., Комаров С.Д. Суицидальное поведение у ВИЧ-инфицированных па- циентов наркологического стационара	70
Кузина Ю.В., Васин А.С., Мужеская Т.В., Лукашук А.В. Реабилитационный процесс в наркологии на примере рабо- ты отделения стационарной реабилитации в ГБУ РО ОКНД	74
Ландышев М.А., Солодов А.А., Петров А.В., Спирина Т.А., Полякова О.И. Перевод длительно госпитализированных пациентов в ПНИ, как одна из задач МРО	79
Макарьева О.В., Котов А.Г. К вопросу о причинах совер- шения ООД и их повторности у лиц, находящихся на при- нудительном лечении и зависимости совершения ООД от их интеллектуального уровня	84
Маркина В.Р., Назимов О.С., Федотов И.А. Изучение рас- пространенности депрессивных симптомов у стационарных больных с расстройствами шизофренического спектра	88
Марков А.В., Курасов Е.С., Шамрей В.К. Психическое со- стояние лиц с зависимостью от синтетических катинонов на этапе становления ремиссии с разными сроками трезвости	94
Медведева Т.И., Жабина Д.В., Бойко О.М., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю. Субъективная оценка когнитивных нарушений после перенесенного COVID-19	96

Мелёхин А.И. Диффузная нарциссическая уязвимость и соматизация у женщин	101
Мухторов Б.О. Бабарахимова С.Б. Абдуллаева В.К. Оценка уровня тревожности и депрессии у мальчиков-подростков допризывного возраста с несуицидальным самоповреждающим поведением	107
Павлович В.В. Использование метафорических ассоциативных карт в работе с подростками	111
Полкова К.В., Комаров Е.В., Старостенко А.Е. Тесное общение с человеком, совершившим суицид: влияние на аутоагрессивные характеристики молодых людей мужского пола	115
Поплевченков К.Н., Агибалова Т.В., Застрожин М.С., Бузик О.Ж. Комплексная оценка тяжести зависимости от психостимуляторов у больных в процессе реабилитации	121
Прибылова Т.Н. Методика: «Перекрытие трубы» для исследования наглядно действенного мышления у детей 2- 5 лет	127
Рычкова М.А., Сомкина О.Ю., Кагарличенко А.А. Психотические расстройства в остром периоде коронавирусной инфекции - Covid-19 (на примере Рязанской области)	130
Сорокин М.Ю., Маркин К.В., Кибитов А.А. Психофизический параллелизм в контексте острой коронавирусной инфекции	133
Суслонova А.Ю., Бурмистрова М.А. Делирий не на фоне деменции в связи с другими вирусными и бактериальными инфекциями. Клинический случай	138
Туровская Н.Г., Кондратович А.В., Туровская О.Д. Возможности сказкотерапии в психодиагностике социальной ситуации развития ребенка с личностным расстройством: анализ клинического случая	143
Филимонов А.П., Филимонова Е.С. Дестигматизация психических расстройств детского возраста	146
Щепкин Е.С., Шитов Е.А. COVID-ассоциированные психические расстройства у больных реанимационного отделения	148

