ТОМСКИЙ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР

НИИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ



Томск–2026

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

Российское общество психиатров

Сибирское отделение Российской академии наук

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

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Сборник статей по материалам докладов
Выпуск 21

Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием, посвященная 45-летию НИИ психического здоровья и 135-летию кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

(Томск, 13-14 октября 2026 г.)

под редакцией академика РАН Н.А. Бохана

Томск

2026

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

Рецензенты:

И.И. Шереметьева – д.м.н., профессор, ректор ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.А. Овчинников – д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России

А437 Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник статей по материалам докладов юбилейной научно-практической конференции с международным участием (Томск, 13-14 октября 2026 г.) [Электронное издание]. Выпуск 21 / под редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Томск, 2026. 116 с.

ISBN 978-5-908032-53-7

Очередное издание «Актуальных вопросов психиатрии и наркологии» включает статьи, подготовленные по материалам докладов XXI юбилейной научно-практической конференции с международным участием. В рамках научного юбилейного форума ожидается участие ведущих специалистов региона Сибири и Дальнего Востока, научных сотрудников и практических врачей, клинических ординаторов, аспирантов и студентов, а также заинтересованных представителей профессионального сообщества: психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, неврологов и врачей других специальностей. В рамках мероприятия состоятся пленарные заседания и научные симпозиумы (этнокультуральные и этические аспекты психического здоровья, горизонты молекулярной психиатрии в условиях многозадачности современных вызовов). В ходе постерной сессии будут демонстрироваться постерные презентации. Научная программа юбилейной конференции охватывает широкий спектр проблем и рассматривает перспективы развития научных, методологических, организационных основ современной психиатрии и наркологии, закономерности формирования непсихотических психических расстройств в условиях Сибири и Дальнего Востока, клинико-диагностические аспекты эндогенных, пограничных, аффективных и аддиктивных расстройств, молекулярно-генетические, молекулярно-биологические и нейрофизиологические исследования в сфере психиатрии и наркологии, роль нейроиммуноэндокринных факторов в патогенезе психических и аддиктивных расстройств, современные подходы к образованию в области психиатрии, наркологии и психотерапии, междисциплинарнарные аспекты, персонализированный подход, бригадные методы в оказании помощи пациентам с коморбидной психической и соматической патологией, раннее выявление психических расстройств и сопровождение рисков, совершенствование оказания психиатрической и наркологической помощи населению, эффективность и безопасность применения современных психотропных средств. Для психиатров, наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников, организаторов здравоохранения.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

академик РАН **Н.А. Бохан** (главный редактор)
д.м.н., профессор **С.А. Иванова** (зам. главного редактора)
д.м.н., **Т.В. Казенных** (зам. главного редактора)
к.м.н. **О.Э. Перчаткина** (ответственный за выпуск)
И.А. Зеленская (выпускающий редактор)

Генеральный спонсор:
ООО «Свикс Хэлскеа»

Спонсоры:
ООО «Мерц Фарма», БЕЛУПО, лекарства и косметика
ООО «КРКА ФАРМА», ООО «ЭГИС-РУС»
ГК «Исток-Аудио», Компания «Авинейро», ГК ХимРар

© Актуальные вопросы психиатрии и наркологии, 2026

© НИИ психического здоровья, 2026

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

Russian Society of Psychiatrists

Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Siberian State Medical University"
of the Ministry of Health of the Russian Federation

RELEVANT ISSUES OF PSYCHIATRY AND ADDICTOLOGY

Collection of papers based on materials of reports
Issue 21

Jubilee Scientific and Practical Conference with International Participation

dedicated to the 45th anniversary of the Mental Health Research Institute and
135th anniversary of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy
FSBEI HE "Siberian State Medical University" Ministry of Health of Russia

(Tomsk, October 13-14, 2026)

Edited by academician of RAS N.A. Bokhan

Tomsk

2026

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

Reviewers:

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

A.A. Ovchinnikov – MD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Addictology and Psychotherapy of SBEI HPE "Novosibirsk SMU" of the Ministry of Health of the Russian Federation

Relevant issues of psychiatry and addictology: Collection of papers based on materials of reports of the jubilee scientific and practical conference with international participation (Tomsk, October 13-14, 2026) [Electronic edition]. Issue 21 / edited by academician of RAS N.A. Bokhan. Tomsk, 2026. 116 p.

ISBN 978-5-908032-53-7

The next edition of "Relevant issues of psychiatry and addictology" includes papers prepared based on reports of the XXI jubilee scientific and practical conference with international participation. Within the framework of the scientific event, it is envisaged to involve leading experts from the region of Siberia and the Far East, researchers and practitioners, clinical residents, postgraduate students and students, as well as all interested professionals: psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, psychologists, neurologists and physicians of other specialties. The event will include plenary sessions and scientific symposia (ethnocultural and ethical aspects of mental health, horizons of molecular psychiatry in the face of multifaceted modern challenges). Poster presentations will be shown during the poster session. The scientific program of the anniversary conference covers a wide range of issues and considers the prospects for the development of scientific, methodological, organizational foundations of modern psychiatry and addictology, patterns of the development of nonpsychotic mental disorders in the conditions of Siberia and the Far East, clinical and diagnostic aspects of endogenous, borderline, affective and addictive disorders, molecular-genetic, molecular-biological and neurophysiological research in the field of psychiatry and addictology, the role of neuroimmunoendocrine factors in the pathogenesis of mental and addictive disorders, modern approaches to education in the field of psychiatry, addictology and psychotherapy, interdisciplinary aspects, a personalized approach, team methods in providing assistance to patients with comorbid mental and physical pathology, early detection of mental disorders and risk management, improving the provision of psychiatric and substance abuse treatment care to the population, the effectiveness and safety of the use of modern psychotropic agents. For psychiatrists, addiction specialists, psychotherapists, psychologists, social workers, healthcare providers.

EDITORIAL BOARD

academician of RAS **N.A. Bokhan** (editor-in-chief)
D. Sc. (Medicine), Prof. **S.A. Ivanova** (deputy editor-in-chief)
D. Sc. (Medicine) **T.V. Kazennykh** (deputy editor-in-chief)
PhD **O.E. Perchatkina** (Publications Assistant)
I.A. Zelenskaya (Production Editor)

General Sponsor:
LLC "Svix Healthcare"

Sponsors:
Merz Pharma LLC, BELUPO, Medicines and cosmetics
KRKA PHARMA LLC, EGIS-RUS LLC
Istok-Audio Group, Avineiro Company, HimRar Group

© Relevant issues of psychiatry and addictology, 2026
© Mental Health Research Institute, 2026

Возможности и специфика предоставления психиатрической помощи комбатантам на различных этапах оказания медицинской помощи

Аболонин А.Ф.[1], Воеводин И.В.[1], Желобенко Е.Н.[2], Курасов Е.С.[2]

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

[2] Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Во все времена войны и катастрофы сопровождаются не только физическими травмами, но и тяжелейшими психическими потрясениями. Психические расстройства, возникающие у военнослужащих в ходе боевых действий, – это сложные реакции психики на экстремальные условия высокоинтенсивного стресса, витальную угрозу и переживание травматического опыта. Такие состояния могут проявляться как в острой форме во время военного конфликта, так и развиваться спустя месяцы или даже годы после возвращения в мирную жизнь.

Острая реакция на стресс (включая боевой стресс) возникает непосредственно во время или сразу после травмирующего события. Характеризуется дезориентацией, тревогой, дрожью, нарушением речи, ступором или агрессией. Реакция на экстремальную ситуацию, сопровождающаяся оцепенением, отчаянием, страхом, раздражением, гневом, учащённым сердцебиением, головокружением, может пройти самостоятельно при изоляции от стресса, но при отсутствии поддержки – перейти в хроническую форму.

Расстройства адаптации проявляются трудностями в социальной и личной жизни после возвращения домой: конфликты в семье, усталость, нарушения сна и аппетита, потеря интереса к работе, апатия, злоупотребление алкоголем. Часто не достигают уровня ПТСР, но существенно снижают качество жизни. Депрессивные итревожные расстройства включают глубокую депрессию, генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, социальную фобию. Посттравматическое стрессовое расстройство – одно из наиболее распространённых и изученных состояний. ПТСР может развиться после переживания или наблюдения за тяжёлыми травмирующими событиями: убийствами, ранениями, пытками, потерей товарищей. Истерические и психосоматические расстройства, например, соматоформные расстройства, развиваются в ситуации, когда человек испытывает физические симптомы (боль, паралич, нарушения зрения), но органических причин не обнаруживается. Также возможны диссоциативные состояния – потеря памяти, внезапные побеги (фуга), ощущение отчуждённости от себя (дереализация, деперсонализация) (Ливанец С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. 2005).

Боевые действия на Украине коренным образом отличаются от войн в предыдущие периоды. Широкое применение высокоточного, неконвенционального оружия, FPV-дронов породило особую напряжённость и жестокость боевых действий. «Открытое» поле боя обусловливает невозможность действий большими группами, рассредоточение и изоляцию бойцов и мелких групп, предполагая опору только на себя и индивидуальную боевую медицинскую и психологическую подготовку. Борьба с дронами становится тяжёлым противостоянием с высокой вероятностью гибели или получения тяжёлого увечья и затрудняет поиск, вынос и оказание помощи раненым. В таких условиях тотального контроля противником поля боя, целенаправленного боевого воздействия в значительной степени утрачивается элемент случайности и возможности избежать поражения в боевом противостоянии. Необходимость постоянно, круглосуточно мониторить боевую ситуацию, отражать или избегать огневого поражения ведёт к чрезвычайному нервно-психическому напряжению людей, находящихся как на первой линии, так и в ближайшем тылу. В соответствии с этим уже через короткое время (2-3 недели) пребывания на линии боевого соприкосновения

начинают формироваться проявления нервно-психической патологии. Если же проводятся интенсивные боевые действия по штурму и захвату территорий, то эта нагрузка кратно возрастает, так как в такие моменты увеличивается количество медицинских и безвозвратных (погибшие, пропавшие без вести) потерь. Как правило, ранения при воздействии современного оружия (FPV-дронов) ракетных и артиллерийских ударов, отличаются крайней тяжестью, что производит тяжёлое шокирующее воздействие на психику любого человека.

На этом фоне возникают сильные реакции тревоги, страха, внутреннего напряжения, а в небольшом количестве случаев развиваются острые стрессовые реакции, которые, как правило, длятся недолго и заканчиваются в течение 72 часов. Более затяжные стрессовые реакции требуют дифференциальной диагностики и эвакуации в госпитали, имеющие профильного специалиста. Одной из часто встречающихся патологий являются диссоциативные и конверсионные расстройства в виде мутизма, слепоты, параличей и других расстройств, имитирующих соматические и неврологические заболевания.

Практически у всех бойцов, участвующих в штурмовых действиях, в первые недели в той или иной степени наблюдаются признаки боевой психической травмы в виде нарушения сна, флешбэков, повышенной реактивности, постоянного внутреннего напряжения. В дальнейшем в зависимости от личностных особенностей, окружающей обстановки, межличностного взаимодействия, длительности нахождения в районе боевых действий может наступать нарушение реакций адаптации или состояние субкомпенсации. Даже ротация с последующим отдыхом и восстановлением в течение 2-4 недель без медико-психологического сопровождения не приводит к полноценной реабилитаций и возвращению к норме. Сохраняются фиксированность на событиях, происходящих в боевой зоне, отдельные нарушения сна, признаки гиперреактивности и повышенной тревожности. При наличии личностно значимых потерь развиваются депрессивные расстройства.

К сожалению, штатная структура медицинских подразделений не позволяет иметь врачей-психиатров и организовывать психопрофилактические мероприятия на месте расположения. И на начальных этапах оказание специализированной помощи значительно затруднено. Необходимо отметить, что оказание специализированной помощи начинается с госпитального звена, куда попадают больные с выраженными психическими и поведенческими расстройствами. В полевых госпиталях и медбатах при наличии профильного специалиста проводится первичная диагностика, при выявлении тяжёлых и выраженных психических расстройств и заболеваний больные направляются в госпитали, имеющие в своей структуре психиатрические отделения, для лечения и решения вопроса о дальнейшем пребывании в Вооружённых Силах. Обсуждение дальнейшего пребывания касается комбатантов, не получивших значительных травматических повреждений в зоне боевых действий.

Отдельного внимания требует вопрос оказания специализированной помощи военнослужащим с ранениями. Сам факт любого ранения, а тем более средней или тяжёлой степени является психотравмирующим фактором, так как затрагивает и разрушает комплекс представлений о целостности собственного тела. Это и сильный болевой синдром, и нарушение функции органа, и проекция на будущее своей функциональности и состоятельности. Всё это в комплексе вызывает негативные переживания. Трудности длительного лечения и адаптации переносят негативную проекцию в будущее, формируют представление о собственной несостоятельности. Ощущение собственной ущербности является причиной развития депрессивных расстройств. На это наслаиваются тревожные ожидания собственной оценки потери функции, которые часто не совпадают с реальными объективными критериями, отражёнными в соответствующих приказах. Таким образом, формируются тревожно-

депрессивные расстройства. Начиная с ранних этапов, тревожно-депрессивные и диссомнические расстройства являются стержневым синдромокомплексом расстройств адаптации, формирующихся в дальнейшем на протяжении нескольких месяцев течения ПТСР с различной выраженностью симптоматики у комбатантов, проходящих лечение в военных лечебных учреждениях. К этому следует добавить определённое количество органических, диссоциативных и конверсионных расстройств личности, определяющих особенности и варианты клинической картины. Все эти нарушения снижают мотивацию к лечению травматических повреждений, ведут к затягиванию лечебного процесса и снижению его эффективности. Исходя из этого, становится понятной необходимость проведения медико-психологической реабилитации на всех этапах оказания помощи и сопровождения комбатантов, так же как и необходимость осуществления психопрофилактических мероприятий в боевых подразделениях, выведенных на ротацию.

Опираясь на вышеизложенное, на базе одного из медицинских учреждений в зоне конфликта нами впервые была внедрена научно обоснованная система медико-психологической реабилитации включающая несколько этапов: 1) сплошное тестирование для выявления психопатологических расстройств; 2) при их выявлении назначение комплексного медикаментозного и физиотерапевтического воздействия; 3) проведение индивидуальной психотерапии и коллективного психотерапевтического воздействия.

Тестирование включало объективизацию уровня тревоги и депрессии с использованием Госпитальной шкалы тревоги и депрессии и расширенного опросника для выявления уровня и структуры ПТСР PCL-5 (WHO 2019). Если пациент набирал баллы, свидетельствующие о наличии клинически значимых тревожно-депрессивных и стрессовых расстройств, ему назначалась соответствующая медикаментозная терапия. При назначении психофармакотерапии применяли современные схемы с назначением нейролептиков и антидепрессантов с быстрым наступлением терапевтического эффекта, подкрепляемые физиопроцедурами и психотерапией. Кроме того, пациенту назначалась транскраниальная магнитная терапия по различным методикам в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего органического поражения головного мозга, КВЧ-терапия, лазеротерапия. Все пациенты посещали комнату психологической разгрузки для снятия эмоционального напряжения и восстановления внутренних ресурсов, которая стала вариантом групповой психотерапии. Основным методом воздействия были сеансы аудио- и видеовоздействия, сопровождающиеся специально подобранными роликами для классической гипнотерапии и тематическими роликами для глубокой релаксации и трансовой терапии. Пациенты, имеющие внутриличностные проблемы или выраженные проявления ПТСР, депрессивные расстройства, посещали сеансы индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии и ДПДГ (Van der Kolk B.A. 2014; Александров Е.А., Александрова Н.А., 2023). Авторами показано, что травма «застревает» не только в мыслях, но и в нервной системе, в телесных реакциях, проявляясь в постоянном вздрагивании, оцепенении, нарушениях сна, сбоях в регуляции эмоций.

Проведённая комплексная медико-психологическая реабилитация показала высокий уровень эффективности. Более 87% пациентов отмечали исчезновение или значительное снижение симптомов ПТСР. Восстановление ночного сна отмечали 76% пациентов. Нормализация настроения зафиксирована у 68% пациентов. Проведение комплексной психотерапии в значительной степени повысило доверие и эмпатию, мотивацию и активность пациентов в реабилитационном процессе. Практически не встречалось отказов от реабилитации и пропусков реабилитационных мероприятий. Улучшились результаты физической реабилитации и количество выздоровевших

и возвращённых в строй военнослужащих. Исходя из вышеизложенного, возможно предположить необходимость системного похода к профилактике, лечению и реабилитации нервно-психических расстройств, возникающих в результате боевых действий. Необходимо отладить систему первичной психопрофилактики на уровне войскового звена (возможно выездными группами специалистов, организующих психологическую поддержку и психотерапию). Требуется расширение комплексной реабилитации на уровне госпитального звена, включающее сплошное тестирование на наличие психопатологической симптоматики (аффективные расстройства, ПТСР, личностные и органические нарушения), выделение групп риска, проведение дифференцированного медикаментозного, психотерапевтического и физиотерапевтического воздействия. При этом должна существовать непрерывная система проддержки в сфере психореабилитации, основанная на стандартизированном подходе к диагностике и терапии (со стандартными схемами, медикаментами, психотерапевтическими методиками), которая не прерывалась бы при перемещении раненого из одного госпиталя в другой. Такой подход позволит уменьшить сроки госпитализации и повысить качество лечения комбатантов.

Психотерапевтические интервенции в кризисных ситуациях

Алигаева Н.Н.

ФНБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

В последние годы мир столкнулся с беспрецедентной концентрацией кризисных факторов. Пандемия, геополитическая нестабильность, вынужденная миграция и рост уровня социальной тревожности создали среду, в которой кризис стал частью повседневной реальности. Кризис понимается как состояние, которое может возникнуть в результате конкретных жизненных событий, и сопровождается значительным стрессом, эмоциональной дезорганизацией, фрустрацией, психосоматическими расстройствами. Психотерапия в кризисных ситуациях, также известная как кризисная интервенция, представляет собой краткосрочные стратегические вмешательства, направленные на помощь клиенту в управлении острым стрессом и восстановлении психического равновесия.

Актуальность исследования психотерапевтических интервенций в таких условиях обусловлена тем, что традиционные модели терапии, рассчитанные на длительную проработку глубинных конфликтов, зачастую оказываются неэффективными в моменте «здесь и сейчас». Когда человек находится в состоянии острого стресса, его психика работает в режиме выживания, а не рефлексии. Поэтому сегодня критически важно переосмыслить, как именно психотерапия может трансформироваться в инструмент оперативной стабилизации, способный предотвратить развитие посттравматического стрессового расстройства и других деструктивных состояний вследствие психотравмирующего воздействия. С позиции репарационной психологии, кризис определяется как декомпенсаторная реакция психики на травматическое воздействие (острое или кумулятивное), проявляющаяся в нарушении когнитивно-эмоциональной регуляции и неэффективности привычных механизмов совладания. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы не просто снять острые симптомы, а научить человека гибко подстраиваться под новые реалии. Подход помогает раскрыть внутренние резервные способности, чтобы в перспективе реализовать новый потенциал развития – это и есть посттравматический рост. Данное состояние актуализирует глубинные экзистенциальные конфликты, создавая потребность в репарации психической структуры. В контексте терапии кризис рассматривается как возможность для личностной трансформации: выход из него предполагает не только

восстановление гомеостаза, но и посттравматическое развитие, выражающееся в переработке травматического опыта и обновлении адаптационных стратегий (Свердлова А.И., Мартусова И., Оганджанова А.Г., 2025).

Наиболее эффективная стратегия помощи базируется на доказательных методах (КПТ, ДПТ, терапия, основанная на ментализации) в сочетании с обязательной системной семейной интервенцией. Основными задачами специалиста выступают стабилизация состояния, развитие навыков совладания и мобилизация ресурсов ближайшего окружения. Категория сопереживания (сочувствия, эмпатии) выступает ключевой для понимающей психотерапии, ставящей акцент на глубоком понимании внутреннего мира клиента (Андрощук А.В., 2026). Когнитивно-поведенческая терапия демонстрирует высокую эффективность в кризисной интервенции за счет структурированности, коррекции дисфункциональных когнитивных схем, формирования адаптивных поведенческих паттернов. Тем не менее при комплексной травматизации КПТ-инструментарий целесообразно дополнять методами эмоциональной регуляции и проработки аффективного опыта. Экзистенциальный подход фокусируется на разрешении фундаментальных противоречий человеческого бытия (свобода и ответственность, поиск смысла в индифферентной среде) и расширении жизненных перспектив клиента. При этом в состояниях острого дистресса и дезорганизации данный метод требует предварительной стабилизации психического состояния. Гештальттерапия направлена на достижение целостности восприятия через осознание актуальных потребностей и восстановление нарушенных границ контакта с реальностью. Несмотря на акцент на ответственности и работе в ситуации «здесь и сейчас», метод имеет ограничения в кризисных ситуациях: недостаточная фокусировка на поведенческой саморегуляции может создавать риски ретравматизации у пациентов с тяжелыми травматическими нарушениями (Свердлова А.И., Мартусова И., Оганджанова А.Г., 2025).

Дыхательные практики также представляют собой эффективный инструмент регуляции психоэмоционального состояния, что обусловлено прямой нейрофизиологической связью дыхания с центральной и вегетативной нервной системой. Современные методы психокоррекции базируются на синтезе восточных традиций (пранаямы) и достижений психологии XX века. К ключевым подходам относятся трансперсональные техники (холотропное дыхание С. Грофа, вайвейшн Дж. Леонарда и Ф. Лаута), физиологически ориентированные системы (методы дыхательной гимнастики К.П. Бутейко и А.Н. Стрельниковой, БОС-терапия), а также авторские методики психофизиологической саморегуляции, такие как «Синхрогимнастика» Х.М. Алиева и концепция интегративной психологии В.В. Козлова (Чалкевич А.В., 2026). Интегративные методы работают комплексно, затрагивая разные стороны психической жизни человека и снижая внутренний конфликт, помогают выстроить более согласованное отношение к себе и жизненным обстоятельствам, что становится опорой психической устойчивости.

Кризисная психотерапия подростков представляет собой специфическую область клинической практики. Эффективная модель помощи подросткам должна опираться на комплексный подход, включающий обеспечение безопасности, всестороннюю биопсихосоциальную диагностику и поэтапную терапевтическую стратегию: от стабилизации состояния к глубинной проработке и профилактике рецидивов. Ключевыми детерминантами успеха выступают мультимодальность интервенций, сочетающая различные форматы работы, и формирование устойчивого терапевтического альянса, основанного на эмпатии и доверии между специалистом, подростком и его ближайшим окружением (Андрощук А.В., 2026).

Несмотря на обилие методик (от классического дебрифинга до современных протоколов десенсибилизации и переработки движениями глаз), в научном сообществе

сохраняется ряд фундаментальных противоречий, которые и составляют ядро научной проблемы: 1) противоречие между требованием жесткой стандартизации экспериментальных процедур, обеспечивающей их валидность, и необходимостью гибкой адаптации протоколов к специфическим условиям дефицита времени и ресурсов при кризисных ситуациях; 2) рассогласованность между необходимостью оперативного купирования острого психоэмоционального состояния и долгосрочными рисками «терапевтической инвалидизации», при которой симптоматическое облегчение может препятствовать мобилизации адаптационных механизмов личности; 3) проблема эффективности универсальных протоколов для разных типов кризисов (техногенные катастрофы, личные утраты, социальные потрясения).

Таким образом, кризисные ситуации требуют оперативной и целенаправленной психотерапевтической помощи. Психотерапевтические интервенции играют важную роль в процессе восстановления и помогают клиентам справляться с травматическим опытом и восстанавливать психическое здоровье. Осознание особенностей кризисной психотерапии и использование проверенных методов может существенно улучшить исходы для клиентов. Дальнейшее развитие дисциплины предполагает создание валидизированных протоколов интервенции, адаптированных к различным типам кризисов и социокультурным особенностям популяции.

Методологические трудности объективной оценки приверженности лечениюу пациентов с наркологическими расстройствами

Антонова А.С.

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

Оценка приверженности и вовлеченности пациента в лечение в наркологической практике сопряжена с комплексом методологических трудностей, обусловленных спецификой аддиктивных расстройств, особенностями когнитивно-мотивационной сферы пациентов и ограничениями существующих стандартных измерительных инструментов. В наркологии приверженность охватывает многокомпонентный поведенческий конструкт: соблюдение принципов фармакотерапии, участие в психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях, изменение паттернов потребления психоактивных веществ (далее – ПАВ), формирование альтернативных копинг-стратегий и поддержание социальной реинтеграции с профессиональной реабилитацией и трудоустройством. Наиболее распространенными инструментами оценки приверженности остаются шкалы самоотчета (опросники, дневники пациента, интервью). Однако в популяции пациентов с наркологическими расстройствами их достоверность существенно снижается в силу ряда факторов: анозогнозия с непониманием необходимости лечения и когнитивные искажения. Отсутствие осознания болезни и её последствий приводит к систематическому занижению тяжести состояния и переоценке собственных возможностей контроля над употреблением ПАВ. В результате пациент может искренне считать себя приверженным лечению, несмотря на продолжающееся употребление.

Социальная желательность. Стремление представить себя в более благоприятном свете перед врачом или исследователем обусловливает искажение ответов: пациенты склонны скрывать срывы, преуменьшать частоту употребления или завышать регулярность посещения терапевтических сессий.

Нарушения памяти и внимания. Хроническое употребление ПАВ нередко сопровождается когнитивными дефицитами (нарушения оперативной памяти, снижение концентрации), что затрудняет ведение дневников и снижает точность ретроспективной оценки собственного поведения. Данные самоотчета в наркологии не

могут рассматриваться как единственный и надежный критерий приверженности и должны дополняться объективными методами.

Объективные методы оценки приверженности также имеют существенные ограничения в контексте наркологических расстройств, преимущественно в подсчете выданных/принятых доз. Этот метод широко применяется в фармакотерапии, но не отражает реального употребления ПАВ. Пациент может получать назначенные препараты, но не принимать их либо компенсировать терапию употреблением алкоголя или других наркотиков. Кроме того, в наркологии значительная часть лечения носит немедикаментозный характер (психотерапия, реабилитация), и этот метод неприменим к оценке вовлеченности в такие компоненты терапии.

Мониторинг биомаркеров. Использование лабораторных показателей (например, этанола, этилглюкуронида, метаболитов наркотиков в крови, моче, волосах) позволяет объективно подтвердить факт употребления ПАВ. Однако биомаркеры фиксируют лишь «конечный результат» (употребление), не раскрывая причин несоблюдения рекомендаций и не позволяя дифференцировать единичный срыв от отказа к возврату систематического употребления. Кроме того, чувствительность и специфичность ряда биомаркеров варьируют в зависимости от индивидуальных особенностей метаболизма, времени взятия пробы и типа употребляемого вещества.

Данные медицинской документации. Частота посещений, выполнение назначений и другие показатели, фиксируемые в амбулаторных картах, могут служить косвенным индикатором приверженности. Однако они не отражают реального поведения пациента вне медицинского учреждения и не позволяют оценить качество выполнения рекомендаций в повседневной жизни.

Приверженность лечению при аддиктивных расстройствах характеризуется выраженной флуктуацией (Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А., 2014): периоды высокой мотивации и активного участия в терапии могут сменяться этапами снижения вовлеченности и рецидивов. Это создает дополнительные методологические проблемы: выбор временного окна оценки. Однократные измерения (например, за 1 неделю или 1 месяц) могут не отражать долгосрочную тенденцию и приводить к ошибочным выводам о стабильности приверженности.

Определение порога «достаточной» приверженности. В наркологии отсутствует консенсус относительно того, какой уровень вовлеченности в терапию следует считать «приверженным». Например, посещение 50% психотерапевтических сессий – это признак низкой приверженности или допустимый уровень при выраженной социальной дезадаптации пациента?

Учет рецидивов как части терапевтического процесса. В современных моделях лечения зависимостей рецидив нередко рассматривается не как абсолютное свидетельство несоблюдения терапии, а как этап, требующий коррекции стратегии. Это усложняет интерпретацию показателей приверженности и требует разработки дифференцированных критериев оценки.

Разработка и валидация специализированных инструментов оценки приверженности в наркологии сталкивается с рядом сложностей, прежде всего с отсутствиеи «золотого стандарта». В отличие от некоторых соматических областей, где биохимические или инструментальные показатели могут служить объективным критерием эффективности лечения, в наркологии такой стандарт отсутствует. Исходы терапии (длительность ремиссии, качество жизни, социальная адаптация) зависят от множества факторов и не могут напрямую использоваться для валидации шкал приверженности.

Гетерогенность выборки. Пациенты с наркологическими расстройствами представляют собой крайне неоднородную группу по типу употребляемого ПАВ, стадии заболевания, наличию сопутствующих психических и соматических

расстройств, уровню социальной адаптации. Это затрудняет разработку универсальных инструментов и требует создания дифференцированных методик для различных подгрупп.

Этические и организационные ограничения. Проведение исследований с использованием инвазивных методов (например, регулярного забора биологических образцов) или интенсивного мониторинга (ежедневные телефонные опросы, носимые устройства) может быть затруднено из-за низкой вовлеченности пациентов из-за недостатка знаний о предоставляемой медицинской услуге, проблем с информированным согласием и ресурсоемкости.

Для преодоления указанных трудностей перспективными представляются следующие подходы: интеграция мультиметодных оценок. Комбинирование субъективных и объективных методов (например, опросники мотивации, панели биомаркеров, данные о посещаемости) позволяет получить более полную картину приверженности и компенсировать ограничения отдельных инструментов; использование цифровых технологий. Мобильные приложения, телемедицинские платформы и носимые устройства могут обеспечить непрерывный мониторинг ключевых показателей (посещаемость сессий, прием препаратов, признаки употребления), а также снизить влияние социальной желательности за счет автоматизированного сбора данных; разработка специализированных шкал; создание инструментов, учитывающих специфику аддиктивных расстройств, что позволит повысить точность оценки приверженности.

Таким образом, на современном этапе сохраняются существенные методологические трудности, препятствующие объективной оценке приверженности лечению у пациентов с наркологическими расстройствами. Многоаспектность феномена приверженности, влияние комплекса клинических, психологических и социальных факторов обусловливают необходимость дальнейшего изучения данного вопроса.

Повышенная утомляемость в структуре астении у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет

Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Мальцев В.С., Сазонова О.В., Васильева М.Г., Карташова И.Г., Рудницкий В.А.

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

Частый в повседневной практике врача симптом, на который жалуются многие пациенты с непсихотическими психическими расстройствами, – повышенная утомляемость. Несмотря на самообращение к психиатру, пациенты имеют достаточно для данного состояния причин со стороны соматической сферы. Наличие нескольких заболеваний внутренних органов к возрасту 40 лет и старше отражается на симптомокомплексе, который встраивается в текущее психическое состояние больных на момент госпитализации. Слабость, утомляемость, нарушения сна, являясь перекрестными проявлениями астении и депрессии, усугубляются на фоне сопутствующих заболеваний. Факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, такие как ожирение, артериальная гипертония, дислипидемия, инсулинорезистентность, сахарный диабет и другие, наряду с влиянием тиреоидных гормонов являются преобладающим фоном у пациентов, обратившихся к психиатру.

Целью данного исследования было изучение клинических проявлений астении у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет.

На базе первого клинического психиатрического отделения клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было проведено сплошное обследование 204

женщин в возрасте 40-65 лет, поступивших в течение года на лечение по поводу непсихотических психических расстройств и подписавших письменное информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз текущего психического расстройства устанавливался в соответствии с критериями МКБ-10: «Расстройства адаптации» (F43, 97 человек), «Органические непсихотические расстройства» (F06.4, F06.6, F55), «Другие тревожные расстройства» (F41, F38), «Аффективные расстройства» (F34.1, 11), «Соматоформные расстройства» (F45, F3). В 69 случаях (при расстройствах адаптации и тревожных расстройствах) был выставлен второй диагноз «Органическое астеническое расстройство». Результаты обследования с помощью клинико-психопатологического, физикального, психологического, клинико-лабораторного и статистического методов вносились в Карту комплексной оценки психического и физического здоровья женщины. Данные о клинических проявлениях астении дополнялись ранговой оценкой пациентами утомляемости и определением выраженности астении с помощью субъективной Шкалы оценки астении MFI-20 (The Multidimensional Fatigue Inventory; Smets E.M.A., Garssen B.J., Bonke B., De Haes J.C., 1995). Статистическую обработку проводили с использованием программы Statistica 12.0 (применялись непараметрические методы, корреляционный анализ и анализ таблиц сопряженности).

На момент обследования 109 (53,43%) пациенток были впервые обратившимися, 45 (22,05%) человек поступили повторно, остальные имели три и более госпитализаций в анамнезе. Из 204 женщин 48 (57,14%) находились в периоде постменопаузы. Продолжали трудовую деятельность 159 человек (77,94%). Более половины обследованных сохраняли фиксацию на предшествующих психотравмирующих событиях, связанных с конфликтами на работе или с членами семьи. При этом состояли в браке или в отношениях 116 женщин, проживали в одиночестве – 88.

Согласно анамнестическим данным и текущему соматическому статусу, у обследованных женщин были подтверждены следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь (преимущественно II стадии) – 75,98% (n=155), болезни щитовидной железы (чаще хронический тиреоидит) – 48,5% (n=99), болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы – 39,7% (n=81), болезни суставов (остеоартрозы) – 35,8% (n=73), болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки – 20,1% (n=41), синдром раздраженного кишечника – 14,7% (n=30), болезни печени – 6,4% (n=13). Обнаружена высокая сочетаемость гипертонической болезни с метаболическими нарушениями углеводного и жирового обменов (сахарный диабет 2 типа в 5,4% случаев, нарушение толерантности к глюкозе – 12,3%, ожирение – 37,3% и другие).

Утомляемость беспокоила 196 женщин (96,1%). Спектр актуальных жалоб включал головные боли (у 152 пациенток), головокружение (n=124), нарушения сна (n=168), сонливость (n=98), нарушения внимания и памяти (n=104), изменчивость настроения, сниженное настроение (n=152), пессимистические мысли (84), приливы жара (n=89), приступы удушья (n=38), повышенную возбудимость, раздражительность (n=120). Выраженность утомляемости между группами работающих и неработающих, замужних и одиноких, с первичной или повторными госпитализациями, с наличием или отсутствием менопаузы значимых различий не обнаруживала; не зависела от наличия гипертонической болезни, возраста на момент обследования, возраста наступления менопаузы, длительности менопаузы.

Субъективная ранговая оценка утомляемости на момент обследования показала отрицание данного симптома 8 женщинами (средний возраст 55,0 (48,5–58,0) лет) (группа 0); 32 пациентки (53,0 (48,0–56,5) лет) отмечали периодически возникающие состояния утомляемости (группа 1); 80 пациенток (52,0 (45,5–57,0) лет) – часто ощущаемую повышенную утомляемость (группа 2); а 84 женщины (52,0 (45,5–57,0)

лет) – жаловались на постоянную, выраженную утомляемость (группа 3). На постоянную утомляемость чаще жаловались пациентки с головной болью (F=3,245; p=0,000). В группе 1 таких пациентов было значимо меньше. В группах 2 и 3 частота жалоб на головную боль, снижение настроения, пессимистические мысли, приливы жара и ряд других симптомов не различалась. Но были выявлены различия по частоте приступов удушья (χ^2=7,27; p=0,006999), повышенной возбудимости, раздражительности (χ^2=6,18; p=0,012906), сонливости (χ^2=13,96; p=0,000187), которые наблюдались чаще в группе 3.

Были сопоставлены показатели субшкал MFI-20 и предъявляемые жалобы на утомляемость. Получены статистически значимые корреляции в зависимости от выраженности утомляемости по всем субшкалам, наиболее существенные по суммарному показателю астении (Rs=0,47; p<0,001) и субшкале «Общая астения» (Rs=0,53; p<0,001). Определены средние суммарные показатели астении по MFI-20, составившие в группе 0 – 36,5 (31,0–41,5), в группе 1 – 54,0 (48,0–62,0), в группе 2 – 57,0 (49,0–65,0), в группе 3 – 66,0 (59,0–72,0) баллов. В группе 1 наибольшая выраженность астении наблюдалась по субшкале «Общая астения» (усталость). В группе 2 показатели выше 12 баллов отмечены по субшкалам «Общая астения», «Физическая астения» (слабость, в том числе в мышцах, конечностях, усталость, желание отдохнуть), «Пониженная активность». В группе 3, наряду с перечисленными выше значениями, получены высокие показатели по субшкале «Психическая астения» (повышенная утомляемость, трудности удержания внимания, ухудшение сообразительности и памяти). Во всех группах не зафиксировано повышения показателей по субшкале «Снижение мотивации», что косвенно свидетельствует о наличии у пациенток планов, желания их реализовывать и получать удовольствие от выполненных дел.

Таким образом, пациенты с жалобами на постоянную утомляемость (группа 3) чаще обнаруживали раздражительность, повышенную возбудимость, сниженное настроение, пессимистические мысли, сонливость, приступы удушья и отличались более выраженными проявлениями психической астении.

Структура отравлений наркотическими средствами в Чувашской Республике и меры профилактики

Булыгина И.Е., Голенков А.В., Калинина Е.В.

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова» Минздрава России, Чебоксары, Россия

Незаконное производство и оборот наркотических и психотропных веществ (НПВ), а также употребление их представляют непосредственную угрозу общественному здоровью и напрямую влияют на показатели продолжительности жизни. Токсикологическая ситуация, сложившаяся в настоящее время в Российской Федерации и Чувашской Республике (ЧР), несмотря на реализацию профилактических мероприятий на основе межведомственного взаимодействия, характеризуется ростом употребления различных НПВ и соответственно не снижающимся количеством острых отравлений этими веществами. Уровень смертности от отравлений наркотическими средствами в ЧР ниже, чем в Приволжском Федеральном округе в 2,2 раза (ЧР – 1,4 на 100 тысяч населения, ПФО – 3,2 на 100 тысяч населения), что стало возможным в результате межведомственной координации и совершенствования технологий оказания медицинской помощи на всех этапах лечения.

В то же время насильственная смерть в структуре общей смертности населения ЧР занимает IV место (I место – класс СС3; II место – нервные болезни; III место – новообразования). Количество умерших в ЧР от насильственных причин смерти за

2021-2025 гг. и 8 месяцев 2026 г. из года в год уменьшается в среднем на 9-10% от общего количества умерших, в том числе снижается смертность и от отравлений, включая НПВ, однако зарегистрированные в 2026 г. данные показывают, что наблюдался рост доли смертей от отравлений наркотическими веществами в общей структуре острых отравлений.

Количество умерших от отравлений НПВ в республике также имеет выраженную тенденцию к снижению: 2021 г. – 38 чел. (7,9% от общего количества умерших от отравлений), 2022 г. – 26 (8,4% от общего количества умерших от отравлений), 2023 г. – 26 (6,5% от общего количества умерших от отравлений), 2024 г. – 16 (4,5% от общего количества умерших от отравлений), 2025 г. – 14 (4,7% от общего количества умерших от отравлений), за 8 месяцев 2026 г. – 15 чел. (8,2% от общего количества умерших от отравлений). Основной причиной отравлений на протяжении последних 5 лет в республике является употребление метадона (выявлен в биологических средах организма – в 37 случаях (64,9%). В 8 (14%) выявлены производные каннабиса, в 7 (12%) – синтетические наркотики, в 3 (5%) – неуточненные наркотики, в 2 случаях (3,5%) – другие и неуточненные психодислептики (галлюциногены).

К ключевым факторам, повышающим риск смертельного исхода, согласно данным медицинской документации относятся употребление наркотических веществ на фоне алкогольного опьянения, что потенцирует действие наркотика; непонятный для потребителя состав вещества, когда под видом одного наркотика продается другой; содержание в наркотике токсических веществ и непредсказуемость дозы из-за примесей, что резко увеличивает опасность передозировки; общее состояние здоровья и сопутствующие заболевания.

В целях снижения смертности от отравлений НПВ в республике реализуется комплекс мероприятий, в том числе и медицинского характера. В целях оказания экстренной медицинской помощи лицам в состоянии отравления НПВ все бригады укомплектованы средствами оказания экстренной помощи, включая антидотную терапию. Специалисты скорой помощи имеют необходимую профподготовку, прошли обучение по вопросам неотложной токсикологии и наркологии на базе института усовершенствования врачей Минздрава Чувашии. Время прибытия скорой медицинской помощи в течение 20 минут выполняется в 98% случаев.

Актуализированы маршруты оказания токсикологической и реанимационной помощи, внедрены современные технологии детоксикации. В диагностически сложных случаях организуются телемедицинские консультации специалистов токсикологов с врачами районных больниц. Всего за 8 месяцев 2025 г. проведено 23 ТМК. Внедрен алгоритм взаимодействия между отделением токсикологии и наркологической службой. Все пациенты, госпитализированные в состоянии отравления НПВ, в обязательном порядке консультируются психиатром-наркологом непосредственно в токсикологическом отделении, в условиях районных больниц в отделение реанимации. Для объективизации состояния опьянения НПВ во всех центральных районных больницах имеется возможность предварительной идентификации указанных веществ в биологических средах организма в течение первых 2 часов. Химико-токсикологическая лаборатория БУ «Республиканский наркологический диспансер» Минздрава Чувашии оснащена полным комплектом необходимого оборудования.

На базе ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии организована подготовка ординаторов по вопросам неотложной токсикологии и наркологии. Всего за I полугодие 2026 г. обучено 12 человек. На начало октября 2026 г. запланирован новый цикл занятий по вопросам неотложной помощи на базе института. Передача сведений о лицах, госпитализированных с отравлениями в регистры медицинских организаций и в правоохранительные органы осуществляется

в соответствии с приказом Минздрава России от 24.06.2021 № 664н «Об утверждении Порядка информирования медицинскими организациями органов внутренних дел в случаях, установленных пунктом 5 части 4 статьи 13 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Медицинская организация, в которую доставлен пациент с острым отравлением, информирует территориальный орган МВД по месту нахождения медицинской организации о поступлении данного человека для своевременного выявления факторов и условий, способствующих отравлению НПВ. Мониторинг отравлений, включая отравления НПВ, осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2000 № 460 «Об утверждении учетной документации токсикологического мониторинга» и приказом Роспотребнадзора от 18.12.2015 № 1325 «Об утверждении формы отраслевого статистического наблюдения №12-15».

Установлено, что уровень отравлений НПВ зависит непосредственно от доступности наркотического средства, его качества, ценовой политики, организации межведомственного реагирования. Негативной тенденцией настоящей наркоситуации, несмотря на профилактическую работу, проводимую всеми субъектами профилактики, отмечается доступность метадона на территории республики, который вызывает тяжелые отравления.

Персонологические и когнитивные аспекты коморбидности тревожных и личностных расстройств

Быкова М.А., Диденко А.В., Аленина О.К., Казенных Т.В.

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

Высокая коморбидность тревожных расстройств, клиническая гетерогенность и нестабильность диагностических границ обосновывают изучение механизмов, общих для различных психопатологических состояний. Особое значение имеет сочетание тревожных расстройств с расстройствами личности, связанное с более тяжёлым и длительным течением, нарушением функционирования и трудностями терапии. Трансдиагностический подход позволяет рассматривать тревожную симптоматику в контексте взаимодействия личностной уязвимости, эмоциональной дисрегуляции и когнитивных процессов.

В выполненном исследовании обобщены литературные данные о коморбидности расстройств тревожного спектра и расстройств личности, систематизированы общие персонологические и когнитивные механизмы, определены направления дальнейших исследований.

Работа представляет собой теоретический обзор литературы о коморбидности тревожных расстройств, личностной патологии и трансдиагностических факторах уязвимости, проведенный на основе анализа российских и зарубежных литературных источников за период с 2015 по 2026 г. в информационных базах Medline, PubMed, eLibrary по ключевым словам: anxiety disorder(s), comorbidity, personality disorder, тревожные расстройства, «коморбидность», расстройства личности. Рассмотрены данные эпидемиологических, клинических и метааналитических исследований, а также дименсиональные модели психопатологии.

Обобщённые в обзоре данные указывают на частое сочетание тревожных расстройств с депрессивными и личностными расстройствами. Особенно выражены связи с расстройствами личности кластера С – избегающим, зависимым и обсессивно-компульсивным, а также с пограничным расстройством личности. Личностная патология ассоциирована с персистированием тревожной симптоматики и снижением

уровня функционирования. Вместе с тем клинико-психопатологическое перекрытие само по себе не доказывает общности этиологических механизмов.

К основным персонологическим факторам общей уязвимости относятся нейротизм, негативная аффективность и нарушения эмоциональной регуляции. В рамках трансдиагностических моделей они рассматриваются как предпосылки различных клинических проявлений, тогда как более специфические характеристики, включая тревожную чувствительность и нетерпимость к неопределённости, могут определять особенности симптоматики. Иерархическая таксономия психопатологии (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology – HiTOP) позволяет описывать эти связи через общие измерения, выходящие за границы отдельных диагнозов. Когнитивный уровень представлен повторяющимся негативным мышлением – беспокойством и руминацией, преимущественным вниманием к угрозе, негативными метакогнитивными убеждениями, подавлением тревожных мыслей , невозможностью контролировать свои мысли и дефицитом контроля внимания. Их взаимодействие может поддерживать тревогу и эмоциональную дисрегуляцию. Результаты структурного моделирования согласуются с выделением общего фактора когнитивной уязвимости наряду со специфическими компонентами. Личностные характеристики при этом рассматриваются как дистальные предпосылки, а когнитивные процессы – как возможные проксимальные посредники формирования и поддержания симптомов.

Отдельное направление связано с феноменом «дезадаптивной теплоты», объединяющим патологическую уступчивость, страх отвержения и чрезмерную потребность в близости, описывающим трудности приспособления личности – психологической дезадаптации. В обзоре обсуждается гипотеза о его связи с сочетанием высокой негативной аффективности, низкой диссоциальности и низкой отстранённости. Такой межличностный паттерн может дополнять оценку тревожной и личностной патологии, однако его самостоятельность как трансдиагностического конструкта требует эмпирической проверки. Для его изучения перспективны латентный профильный и иерархический факторный анализ с оценкой связи выделяемых характеристик с личностным функционированием.

Интеграция личностных, когнитивных и межличностных параметров представляет перспективное направление изучения коморбидности тревожных расстройств и расстройств личности. Оценка общих факторов уязвимости может дополнить категориальную диагностику и помочь в выборе индивидуальных психотерапевтических мишеней. Приоритетными задачами являются уточнение общего и специфических компонентов уязвимости, проверка конструкта «дезадаптивной теплоты» и проведение лонгитюдных исследований. Малые и гетерогенные выборки, недостаток внешней репликации и ограниченная изученность причинных связей требуют осторожности при интерпретации имеющихся данных.

Частота встречаемости субпороговых тревожных расстройств при депрессивных расстройствах

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д.

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

В клинической практике наряду со случаями, полностью отвечающими критериям тревожных расстройств, нередко встречаются пациенты с комплексом различных субклинических тревожных симптомов в сочетании с признаками других расстройств из категорий F42-F48. Такие случаи сочетанной патологии плохо распознаются клиницистами и кодируются по критериям МКБ-10 как «Другие смешанные тревожные расстройства». Несмотря на то что данный диагноз охватывает комплекс

полиморфной симптоматики, не достигающий уровень отдельного тревожного расстройства, тем не менее он зачастую приводит к значительному дистрессу, а при сочетании с депрессивными расстройствами ухудшает прогноз обоих заболеваний, снижает эффективность лечения, социальную адаптацию и сбалансированность семейной системы пациентов (Shankman S.A. et al., 2009; Karsten J. et al., 2011; Haller H. et al., 2014).

В работе дана оценка нозологической структуры тревожных расстройств в случае их коморбидности с депрессивными расстройствами с определением частоты встречаемости субпороговых тревожных расстройств.

На базе отделения аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ было обследовано 80 пациентов с коморбидными депрессивными и тревожными расстройствами (25 мужчин и 55 женщин). В 45% случаев (n=36) у обследованных пациентов был диагностирован депрессивный эпизод различной степени тяжести, в 35% (n=28) – рекуррентное депрессивное расстройство, в 20% случаев (n=16) – дистимия. Из основных методов исследования использовались клинико-катамнестический, клинико-психопатологический, статистический.

В исследуемой выборке паническое расстройство выявлялось в 43,7% случаев (n=35), в 22,5% (n=18) диагностировано генерализованное тревожное расстройство, в 5,0% (n=4) – агорафобия с паническим расстройством, в 3,8% (n=3) – социальная фобия. Пациенты с диагнозом «Другие смешанные тревожные расстройства» составили 25,0% (n=20), что указывает на значительную долю пациентов с данной диагностической категорией.

При коморбидности тревожных и депрессивных расстройств каждый четвертый пациент имеет диагноз «Другие смешанные тревожные расстройства», что диктует необходимость разработки новых диагностических и лечебно-реабилитационных подходов при ведении пациентов данной категории.

Исследование выполнено в рамках ПНИ «Персонализированная терапия больных расстройствами шизофренического и аффективного спектра на основе клинически верифицированных констелляций маркеров их морфологического, биохимического и когнитивного фенотипов». Номер госрегистрации 1025031000106-5-3.2.24.

Молкулярно-генетическая панель риска формирования текущего депрессивного эпизода на основе определения генетических показателей

Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А.

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

Депрессивные расстройства являются одной из ведущих причин снижения качества жизни и социального функционирования пациентов, в связи с этим профилактика депрессии является одной из приоритетных задач современной медицины. Как важный клинический и биологический маркер депрессии рассматривается ангедония (снижение или утрата способности получать удовольствие) (Kibitov A.O. et al., 2021). Для достижения профилактических целей необходимо иметь возможность выявлять группу риска в популяции, т.е. лиц с высоким генетическим риском развития депрессии. В настоящее время наиболее широко используется метод оценки полигенного риска для получения доказательств генетического эффекта, даже когда ни один из маркеров не является значимым, для установления общей генетической основы для связанных расстройств и построения моделей прогнозирования индивидуального риска заболевания (Wang C. et al., 2015; Kibitov A. O. et al., 2021).

Оценка полигенного риска использует статистику ассоциаций генотипов индивидуумов в независимой тестовой выборке и суммирует эти эффекты по нескольким SNP (Purcell S.M., 2009; Ferrer-Albert A. et al., 2020). Различия в индексе полигенного риска (ИПР) между пациентами и контрольной группой в независимой выборке показывают, что ИПР отражает генетическую предрасположенность, которая позволяет прогнозировать статус (оценка тяжести состояния, наличие осложнений, динамика симптомов) и исход (выздоровление, улучшение, стабилизация состояния, ухудшение, развитие осложнений, летальный исход) заболевания (Di Y. et al., 2021; Rødevand L. et al., 2021). Исследователи разрабатывают модели, которые позволяли оценить риск неблагоприятного исхода (например, затяжного течения, частых рецидивов, неполной ремиссии) для конкретного пациента.

Целью исследования явилась разработка молекулярно-генетической панели риска формирования текущего депрессивного эпизода на основе определения генетических показателей.

Для выявления группы риска предрасположенности к депрессивным расстройствам использована методология индекса полигенного риска (ИПР), заключающаяся в анализе суммарных эффектов большого количества генетических маркеров, что повышает объяснительную мощность генетических данных по сравнению с анализом вклада отдельных генетических маркеров. Предварительно проводили оценку ассоциации с депрессивными расстройствами 58 однонуклеотидных полиморфизмов генов трех систем: киназной (*PIP5K2A, SGK1, GSK3B, AKT1*), нейротрофической (*BDNF, NGF, NRG1*) и серотонинергической (*HTR1A, HTR1B, HTR2A, HTR2C, HTR3A, HTR3B, HTR6, MAO-A, TPH1, TPH2*). Генотипирование осуществляли методом ПЦР в реальном времени с помощью наборов TaqMan1 Validated SNP Genotyping Assay фирмы «Life Technologies» на приборе QuantStudio 5 (Applied Biosystems, США) (входит в ЦКП «Медицинская геномика» Томского НИМЦ). Выделение геномной ДНК для генотипирования проводили стандартным фенол-хлороформным микрометодом.

Выполнено обследование 339 пациентов с депрессивными расстройствами (275 женщин и 64 мужчины), а также 285 психически и соматически условно здоровых лиц (189 женщин и 96 мужчин) в возрасте от 25 до 70 лет. Пациенты проходили курс лечения в отделении аффективных состояний клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Диагностическая оценка и клиническая верификация диагнозов депрессивный эпизод (F32) и рекуррентное депрессивное расстройство (F33) устанавливались по критериям МКБ-10. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинской декларацией по правам человека с соблюдением этических принципов ведения исследований человека и согласно протоколу, утвержденному биоэтическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Обязательным являлось наличие информированного согласия от испытуемых лиц на проведение генетических исследований.

Разработку прогностической модели предсказания риска развития депрессивного эпизода проводили в программной среде R. На первом этапе проводили анализ ассоциаций генетических маркеров с текущим депрессивным эпизодом по типу случай-контроль с помощью логистической регрессии, включающей в качестве предикторов генетический полиморфизм (аддитивный эффект), пол и возраст. На следующем этапе проведен расчет ИПР путем умножения индекса генотипа (0, 1, 2) на соответствующий регрессионный коэффициент с последующим суммированием полученных генетических рисков. Суммирование производили последовательно для 2, 3, 4 и т.д. полиморфизмов, упорядоченных по степени увеличения p-значения по результатам логистической регрессии.

Полученные величины ИПР использовали в качестве предиктора в логистической регрессии. Для расчета вклада ИПР в риск развития текущего депрессивного эпизода использовали коэффициент детерминации. Различия считались статистически значимыми при уровне значимости $p<0,05$.

С помощью логистической регрессии установлена статистически значимая ($p<0,05$) ассоциация 6 полиморфизмов с депрессией. Показано, что максимальный вклад в развитие текущего депрессивного эпизода вносили полиморфные варианты rs1176744 гена рецептора серотонина *HTR3B*, rs1417374 гена нейрональной киназы PIP4K2A, rs7124442 гена нейротрофического фактора *BDNF*, rs9373085 гена нейрональной киназы *SGK1*, rs9316233 и rs2224721 гена рецептора серотонина *HTR2A*.

Расчет ИПР с последующим регрессионным анализом показал, что совместный вклад 13-19 изученных нами полиморфизмов объясняют около 15% риска текущих депрессивных эпизодов.

Таким образом, 13-19 исследуемых полиморфизмов обладают потенциально достаточно высоким предиктивным потенциалом. Кроме 6 полиморфных вариантов, достигших уровня статистической значимости ($p<0,05$) и вносящих наибольший вклад в развитие текущего депрессивного эпизода (rs1176744 гена *HTR3B*, rs1417374 гена *PIP4K2A*, rs7124442 гена *BDNF*, rs9373085 гена *SGK1*, rs9316233 и rs2224721 гена *HTR2A*), совместный вклад в предрасположенность к депрессивным расстройствам также вносят полиморфные варианты rs943190, rs746203, rs11013052, rs946961 гена *PIP4K2A*, rs1743939 гена *SGK1*, rs130058 гена *HTR1B*, rs7997012 гена *HTR2A*, rs6318, rs5946189 гена *HTR2C*, rs1176713 гена *HTR3A*, rs1800532, rs7933505 гена *TPH1*, rs3924999 гена *NRG1*.

Большая часть исследуемых полиморфных вариантов, вносящих весомый совместный вклад в предрасположенность к депрессивным расстройствам, согласно методологии индекса полигенного риска, показала свою связь с развитием текущего депрессивного эпизода в проведенном предварительно ассоциативном исследовании, продемонстрировав протективный или предиспонирующий эффект. Для части полиморфных вариантов (rs1800532, rs7933505 гена *TPH1*, rs1176713 гена *HTR3A*) вклад в развитие ДР показан только при совместном участии, а статистически значимых результатов в ассоциативном исследовании нами не получено. Однако, согласно более ранним исследованиям, установлен вклад полиморфных вариантов как гена серотонинового рецептора *HTR3A* (Gatt J.M. et al., 2010), так и гена триптофангидроксилазы *TPH1* (Abbar M. et al., 2001) в патогенез депрессивных расстройств.

Методом расчета индекса полигенного риска показан совместный вклад полиморфных вариантов генов изучаемых нами трех систем: киназной, серотонинергической и нейротрофической, в патогенез депрессивного эпизода, объясняющий 15% общепопуляционного риска возникновения депрессивных расстройств. Выявленная комбинация может быть предложена для описания генетического профиля депрессии и рассматриваться в качестве перспективного молекулярно-генетического маркера предрасположенности к депрессивным расстройствам.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ №17-29-02205 «Разработка молекулярно-генетической панели депрессивных расстройств на основе полиморфизмов генов нейрональных киназ, нейротрофических белков и генов серотонинергической системы».

Особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях пациентов с расстройствами личности

Гайнутдинов Р.Р., Диденко А.В., Бохан Н.А.

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

Семейные отношения часто рассматриваются как имеющие большое значение в формировании расстройств личности (РЛ), как в контексте выбора родителями не оптимального стиля воспитания, так и связанных с этим травматических событий. Кроме того, значимыми являются и биологические факторы, лежащие в основе личностной патологии в генезе дисфункциональных семейных отношений.

По результатам работы представлена оценка семейных отношений в родительской семье у пациентов с РЛ.

Исследовалось 100 пациентов, проходивших лечение в Томской клинической психиатрической больнице (66 женщины, 34 мужчины) с диагнозами групп F60 (Специфические расстройства личности) и F61.0 (Смешанное расстройство личности). Оценивался формат воспитания: полная семья, неполная семья, приёмная/опекунская семья и отношения с биологическими родителями, в качестве вариантов ответы были предложены «доверительные», «ровные», «напряженные» и «не общаюсь».

Наиболее часто пациенты сообщали о том, что воспитывались в неполной семье – 49%, в полной семье воспитывалось 42%, не родными родителями воспитывались 9% опрошенных. Женщины примерно с одинаковой частотой воспитывались в полной и неполной семье 45% и 42% соответственно, остальные 12% воспитывались в приёмной или опекунской семье. Среди мужчин в неполной семье воспитывалось 61% обследованных и только 35% – в полной. В неполной семье чаще воспитывались пациенты с пограничным РЛ (ПРЛ) (53%, n=26), шизоидном (66,7%, n=4), смешанным РЛ (57,14%, n=8). В приёмной семье воспитывались 17,5% пациентов с ПРЛ (n=7), 1 пациентка со смешанным РЛ и 1 пациент с шизоидным РЛ. О воспитании в полной семье чаще сообщали пациенты с истерическим РЛ (62,5%, n=10), тревожно-уклоняющимся РЛ (62,5%, n=5) и импульсивным вариантом эмоционально неустойчивого РЛ (66,67%, n=4). Таким образом, можно отметить большую частоту воспитания в неполной или не родной семье среди пациентов с ПРЛ, смешанным и шизоидным РЛ. Данный факт связан с большей тяжестью психопатологических проявлений в противовес пациентам с истерическим, тревожно-уклоняющимся и импульсивным РЛ, которые чаще воспитывались в полной семье, что может быть одной из причин формирования у них менее тяжелых вариантов РЛ. Как доверительные свои отношения с матерью характеризовали 22% обследованных, ровные – 26%, напряженные – 48%, не общались с родителями 4%, все из которых женщины. Среди мужчин доверительными отношения называли 35,29%, ровными – 32,35%, напряженными – 32,35%, среди женщин доверительными – 15%, ровными – 22,7%, напряженными – 56,6%. Наиболее часто о напряженных отношениях с матерью заявляли пациентки с ПРЛ (60% n=24), тревожно-уклоняющимся РЛ (50% n=1) и истерическим РЛ (40% n=2). Среди пациентов мужского пола о доверительных отношениях с матерью чаще всего заявляли обследуемые с истерическим РЛ (54,55%, n=6), ПРЛ (44,44%, n=4). Таким образом, отмечено значительное или даже полярное различие в отношениях с матерью у лиц с истерическим РЛ и ПРЛ в зависимости от пола, что требует дополнительных исследований в этом направлении на большей выборке.

Отношения с отцом как доверительные характеризовали 23% опрошенных, как ровные – 28%, напряженные – 17%, не общались с отцом 32% опрошенных. Среди женщин доверительные отношения с отцом имели 24,24% опрошенных, ровные –

25,76%, напряженные – 15,15%, не общались – 34,85%. Среди мужчин доверительные отношения зафиксированы в 20,59% случаев, ровные – в 32,35%, напряженные – в 20,59%, не общались – в 26,47%. Отношения с отцом наиболее часто описывались как доверительные пациентами с истерическим РЛ, среди лиц мужского пола такие отношения встречались в 27,27%случаев, среди лиц женского пола – в 40%, преимущественно у пациенток с импульсивным вариантом эмоционально неустойчивого РЛ (33,33%) и у пациенток с ПРЛ (27,5%). Среди лиц мужского ола с ПРЛ преобладали ровные отношения с отцом – 44,44%. Напряженные отношения также чаще имели пациентки с истерическим РЛ (40%). Наиболее часто без отца воспитывались пациентки с ПРЛ (37,5%), тревожно-уклоняющимся РЛ (женщин 33,3%; n=2, мужчин 50,0%; n=1) и смешанным РЛ (50% для обоих полов). В отношениях с отцом выявлено заметно большее количество случаев неучастия в воспитании, кроме того такие случаи в основном приходятся на ПРЛ и смешанное РЛ, кроме того, отношения с отцами чаще характеризовались как доверительные или ровные а не напряженные, что суммарно может свидетельствовать о меньшей вовлеченности отцом во взаимодействие с детьми.

Исходя из полученных данных, констатировано, что наиболее часто на напряженные отношения или неучастие одного из родителей, чаще отца, указывали пациенты с ПРЛ и смешанным РЛ, эти же пациенты чаще воспитывались в неполных или не родных семьях. В связи с тем, что эти расстройства имеют большую склонность к неблагоприятным исходам в виде самоповреждающего или суицидального поведения, данный аспект может иметь прогностическую и диагностическую ценность. Обращают на себя внимание значительные различия в отношениях с родителями у пациентов с ПРЛ разных полов. В целом отношения с родителем противоположного пола оценивались как более лучшие, чем между пациентом и родителем своего пола. Семейные отношения у пациентов с РЛ требуют дальнейших исследований, так как данная информация поможет расширить представления о клинико-патогенетических факторах, участвующих в формировании биологических и социальных факторов в формировании личностной патологии.

Редкие самоубийства: критерии и их научно-практическая значимость

Голенков А.В.

ГБОУ ВО «Чувашский государственный университет И.Н. Ульянова» Минздрава России, Чебоксары, Россия

Как известно, в мире происходит от 800 000 до 1 млн самоубийств (СУ), что составляет примерно 1 случай на 8 350 жителей. Это соответствует критериям редкого заболевания (события), 1 случай болезни на 2 000 человек (Европа) или 10 на 100 000 (Россия). Отсюда понятно, что в суицидологии критерии редкости суицидального поведения (СП) должны иметь свои количественные и качественные нюансы.

Цель: сформулировать критерии редких СУ и определить их научно-практическую значимость.

Проанализированы рубрики МКБ-10 X60-84 Преднамеренные самоповреждения (ПС) и Y87.0 Последствия умышленного самоповреждения, по материалам эпидемиологических исследований СУ в Российской Федерации, совершенных детьми и подростками, лицами трудоспособного и пожилого (старческого) возрастов (Голенков А.В., 2023; Голенков А.В. и др., 2024).

Согласно МКБ-10, редкими (неквалифицированными) способами СУ, по-видимому, являются самоотравления другими лекарственными средствами, действующими на вегетативную нервную систему, неуточненными лекарственными медикаментами и биологическими веществами (X63-64), выстрел (самострел) из

другого неуточненного огнестрельного оружия (X74), ПС других уточненных и неуточненных действий (X83) и (X84). Очевидно, к этому реестру следует отнести случаи СУ с несколькими шифрами по причине схожести с обычным или привычным (необычным) СУ, а также такие, которые повторяются (фиксируются) через большие промежутки времени (1 раз в несколько лет). В данном случае к таким СУ уместно применить понятия «курьезное» (странное, диковинное) и «парадоксальное» (необычное).

Редкими являются СУ, совершаемые детьми младше 8 лет и людьми в возрасте 90 лет и старше в силу невозможности реализации суицидальных замыслов такими детьми и малочисленности представителей этой возрастной группы. К довольно редким можно отнести СУ, совершаемые после убийства, двойные (массовые), по мотивам протеста, ритуала, реализации бредовых идей и др.

Подавляющее большинство СУ и попыток совершаются с помощью ограниченного числа распространенных методов (в РФ – это повешение, прыжки (падение) с высоты, использование колюще-режущих предметов, отравления, использование огнестрельного оружия), поскольку все прочие мало распространенные способы в сумме составляют от 7% (у детей и подростков) до 11,2% (у лиц трудоспособного возраста) и 21-22,2% (у людей пожилого и старческого возрастов). При этом у подростков и женщин применение огнестрельного оружия в качестве орудий СУ в РФ и её регионах встречается очень редко (около 1% случаев).

С учетом сказанного можно построить весьма условную «линейку редкости и атипичности» СУ: рутинный случай, нетипичное СУ, редкий и казуистический случай, уникальное и неклассифицируемое СУ. При построении их классификации, по нашему мнению, нобходимо учитывать как минимум 6 критериев: СУ, связанные с профессиональной деятельностью или специальными знаниями; сложные и многоэтапные методы СУ; СУ, связанные с экзотическими локациями/территориями или обстоятельствами; СУ, основанные на культурных или религиозных практиках; медицинские и патофизиологически нестандартные СУ; казуистические и уникальные случаи СУ (Голенков А.В., 2026).

Было предложено несколько критериев редких СУ с учетом МКБ-10 (рубрики X60-84 и Y87.0), половозрастных показателей, их мотивов, структуры способов совершения (частоты использования). Это позволяет структурировать подходы к риску совершения СУ от стандартной оценки к более глубокому анализу. Особо редкие случаи (казуистические) СУ заставляют учитывать и развивать более сложные, нелинейные модели суицидального поведения (ПС), учитывать внезапность, рациональный выбор и культурный контекст.

Проблемы фармакогенетики антидепрессантов в контексте демографии

Головина А.Р.

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

В национальном проекте «Демография» обозначена цель: повысить рождаемость, увеличить продолжительность здоровой жизни людей и создать условия для роста населения. В рамках этой цели установлены целевые показатели, одним из которых является повышение суммарного коэффициента рождаемости до 1,6 к 2030 г. и до 1,8 к 2036 г. По последним открытым данным Росстата, за 2024 г. рост бесплодия выявили у 245,8 тыс. женщин (5,5% к 2020 г.) и у 32,7 тыс. мужчин (6,9%). Одну из причин определяют прием определенных лекарственных препаратов: антидепрессанты, нейролептики, химиотерапевтические средства, которые снижают качество спермы и нарушают гормональную регуляцию.

Цель: осветить проблемы фармакогенетики антидепрессантов в настоящее время.

Задачи: проанализировать фармакологические исследования антидепрессантов, изучить генетические маркеры эффективности и переносимости антидепрессивной терапии, рассмотреть основные проблемы применения фармакогенетических тестов в клинической практике и обозначить необходимые действия для продвижения изучения в этой области.

В настоящее время набирает оборот разработка и внедрение маркерных панелей для врачей-психиатров. В частности, в Новосибирске студент из НГУ создал проект «Создание мультиплексной ПЦР-панели для фармакогенетической оценки метаболизма антидепрессантов». Работа направлена на решение проблемы современной психиатрии – длительного и часто неэффективного подбора медикаментозной терапии при депрессивной симптоматике. Особенностью работы является использование панели, включающей 10-20 маркеров, что повысит точность интерпретации результатов и эффективность в отличие от предыдущих презентованных моделей, рассчитанных на меньшее количество маркеров. В академическом справочнике выделена отдельная глава, в которой освещены основные гены, исследуемые и применяемые для назначения антидепрессантов. Разные группы (СИОЗС, СИОЗСН, ТЦА, атипичные) подбирают под индивидуальные особенности пациента: тяжесть состояния, сопутствующие заболевания, другие лекарства, которые человек принимает. Авторами подробно раскрываются вопросы о нейробиологических механизмах депрессии, классических подходах к лечению антидепрессантами, современных теориях (о роли нейропластичности – способности мозга перестраивать связи между нейронами) (Macaluso M., 2019).

В первую очередь были изучены SLC6A4 (транспортер серотонина) и HTR2A (рецептор серотонина 2А), регулирующие уровень и длительность действия серотонина в мозге. Исследования связывают определенные варианты этих генов с эффективностью и переносимостью СИОЗС. Гены *CYP2D6* и *CYP2C19* (гены метаболизма) чрезвычайно важны, так как определяют скорость выведения многих антидепрессантов из организма. Полиморфизмы этих генов могут приводить или к повышенной концентрации препарата и риску побочных эффектов или, наоборот, к недостаточной эффективности. Применявшаяся лекарственная терапия или психообразовательная программа не дала того эффекта, на который рассчитывали исследователи (Walden L. M., 2019).

В ходе исследований выявляются определенные проблемы в данной области, что значительно замедляет процесс реальной интеграции в практику врача. На данном этапе получены скромные результаты из-за недостатка метода или ресурсов. Метаанализ 13 клинических исследований, проведенный в 2022 г., показал, что у пациентов, получавших антидепрессанты с учетом их генотипа, вероятность достижения ремиссии была примерно в 1,4 раза выше, чем у тех, кто получал стандартное лечение без учета генотипа. Несмотря на статистическую значимость, такой размер эффекта указывает на существующие ограничения подхода: польза реальна, но не кардинальна для большинства пациентов (Brown L.C., 2022). Эти результаты указывают на необходимость разработки более надежных и прогностических биомаркеров для персонализации лечения депрессии.

Важная проблема – изучение тест-систем и генетических аспектов в группах населения неевропейского происхождения. Как уже говорилось выше, метаболизм большинства антидепрессантов зависит от ферментов CYP2D6 и CYP2C19. По данным метаанализов, их активность сильно отличается между популяциями. Центральная Индия (509 пациентов) CYP2D6: медленные метаболизаторы – 46,2%, ультрабыстрые – 5,3%. CYP2C19: аномальные фенотипы метаболизма – 74,2%. Клиническая значимость: 86% пациентов имели хотя бы один фенотип, требующий коррекции дозы

или смены препарата по рекомендациям CPIC. Для 20,6% пациентов с вариантами аллелей *CYP2C19* требовалась альтернативная терапия: растительные препараты, методы акупунктуры, гомеопатия, диетические изменения, психологические техники, а также другие подходы, которые не всегда имеют прочную научную базу в рамках доказательной медицины (Garg R., 2026). Метаанализ коллег из Китая в 2025 г. подтверждает этнические различия. L-аллель полиморфизма гена *5-HTTLPR* связан с более высокой вероятностью ответа на СИОЗС у белых людей по сравнению с азиатами. Это может объяснять более низкий клинический ответ и переносимость у азиатских пациентов (Porcelli S., 2012).

В связи со сложностью интерпретации генетических маркеров для персонализации лечения можно сделать вывод, что в современных условиях стимулирования рождаемости и укрепления семьи существует необходимость в генетически детерминированной обоснованности выбора препарата и дозировки для лечения депрессии, а также в раннем определении генетической предрасположенности к заболеваниям и формам лечения в тех нозологиях, которые доступны. Эти работы проводятся параллельно с разработкой тест-систем, но имеют определенные трудности. Поскольку разработка новых антидепрессантов затягивается, требуется персонализированный подход лечения с помощью доступных на сегодняшний день антидепрессантов, например за счет использования информации о фармакогеномике в протоколах принятия терапевтических решений. Во многих публикациях невозможно проследить закономерность результатов при приеме антидепрессантов у пациентов с коморбидными заболеваниями на фоне дополнительной терапии другими лекарственными средствами, что не позволяет исключать искаженные данные. Необходимы более детализированные и масштабные проекты, по результатам которых появится возможность изучать фенотипирование генов вне зависимости от влияния других препаратов, кроме антидепрессантов, или их учет в статистических данных, но это влечет за собой увеличение масштабности исследования. Однако обсуждение масштабов и продолжительности положительного эффекта остается дискутабельным.

Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь

Голубева Т.С., Логинова А.Ю.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

В Республике Беларусь в предшествующий пятилетний период реализовывалась подпрограмма «Предупреждение и преодоление пьянства и алкоголизма, охрана психического здоровья» Государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность» на 2021-2025 гг., а также межведомственные планы, направленные снижение потребления ПАВ населением и увеличение охвата реабилитацией лиц, страдающих зависимостью от ПАВ. Результатам проводимой государственной политики явился рост показателя охвата реабилитацией лиц с синдромом зависимости от ПАВ (с 3,23% от числа находящихся под диспансерным наблюдением в 2021 г. до 11,37% в 2025 г.) и снижение потребления зарегистрированного алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше (с 11,2 литра в 2021 г. до 10,5 литра в 2025 г.).

Для мониторинга наркологической ситуации в республике среди прочих используются показатели общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, которые являются косвенными маркерами эффективности проводимых профилактических и лечебных мероприятий.

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей динамики общей заболеваемости, динамики и нозологической структуры первичной заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь.

Для расчета показателей общей и первичной заболеваемости, связанных с употреблением ПАВ, использованы сведения формы государственной статистической отчетности 1-наркология (Минздрав) «Отчет о заболеваниях психическими расстройствами в связи с употреблением ПАВ и контингентах пациентов» за 2021–2025 гг. Осуществлен расчет интенсивных показателей, сформированы динамические ряды общей и первичной заболеваемости за период с 2021 по 2025 г., изучена нозологическая структура первичной заболеваемости. Первичная заболеваемость рассчитана на основании сведений о численности пациентов с наркологическими расстройствами, зарегистрированных государственной организацией здравоохранения впервые в жизни в текущем году. Анализ показателей первичной заболеваемости осуществлен по отдельным диагностическим группам: алкогольные психозы, синдром зависимости от алкоголя, синдром зависимости от наркотических средств, синдром зависимости от ненаркотических средств (токсикомании), употребление алкоголя с вредными последствиями, употребление наркотических и ненаркотических средств с вредными последствиями. Для расчета интенсивных показателей использовали данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

В Республике Беларусь наблюдается тенденция к снижению показателей общей и первичной заболеваемости наркологическими расстройствами. С 2021 г. по 2025 г. общая заболеваемость снизилась на 9,3% (с 2 689,4 до 2 438,2 на 100 тысяч населения). За этот же период первичная заболеваемость снизилась на 14,6% (с 312,1 до 266,5 на 100 тысяч населения). По сравнению с 2024 г. в 2025 г. общая заболеваемость снизилась на 0,8% (с 2 457,7 до 2 438,2 на 100 тысяч населения), первичная – на 6,3% (с 284,5 до 266,5 на 100 тысяч населения).

Численность пациентов с наркологическими расстройствами, зарегистрированных государственными организациями здравоохранения Республики Беларусь в 2025 г., составила 222 105 человек, или 2 438,2 на 100 тысяч населения. Из них впервые в жизни зарегистрировано 24 273 человека, или 266,5 на 100 тысяч населения.

Анализ динамики первичной заболеваемости наркологическими расстройствами по основным диагностическим группам выявил следующее. Отмечается рост первичной заболеваемости алкогольными психозами (с 7,3 на 100 тысяч населения в 2021 г. до 10,7 в 2025 г.). Максимальные показатели первичной заболеваемости алкогольными психозами зарегистрированы в 2024 г. – 11,1 на 100 тысяч населения и в 2025 г. – 10,7 на 100 тысяч населения.

С 2021 г. наблюдается рост первичной заболеваемости синдромом зависимости от алкоголя (127,7 на 100 тысяч населения – 2021 г., 131,5 – в 2025 г.), однако с 2024 г. по 2025 г. данный показатель снизился на 5,8% (с 139,6 до 131,5 на 100 тысяч населения). Рост первичной заболеваемости синдромом зависимости от наркотических средств отмечался с 2021 г. по 2023 г. (с 4,2 до 5,8 на 100 тысяч населения), в дальнейшем наблюдалось его снижение до 5,4 на 100 тысяч населения в 2025 г. Уровень первичной заболеваемости синдромом зависимости от ненаркотических средств незначительно вырос: с 0,4 на 100 тысяч населения в 2021 г. до 0,5 в 2025 г. Снижение показателя первичной заболеваемости, связанной с употреблением ПАВ, происходило за счет снижения регистрации случаев употребления алкоголя с вредными последствиями на 33,1% (с 154,6 на 100 тысяч населения в 2021 г. до 103,4 в 2025 г.), а также употребления наркотических средств с вредными последствиями на 14,1% (с 16,5 на 100 тысяч населения в 2021 г. до 14,2 в 2025 г.).

С июня 2020 г. в Республике Беларусь врачами психиатрами-наркологами прекращено осуществление профилактического наблюдения за совершеннолетними гражданами, которые употребляют алкоголь с вредными последствиями, но не имеют клинических проявлений сформировавшегося синдрома зависимости, при отсутствии их согласия.

В соответствии со статьей 32 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» пациенты, у которых врачом-специалистом установлено потребление без назначения врача наркотических средств, психотропных веществ, потребление их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, подлежат ежеквартальным медицинским профилактическим осмотрам. Численность таких лиц по окончании 2025 г. составила 4 966 человек (54,5 на 100 тысяч населения), из них 4 236 мужчин (85,3%, 100,8 на 100 тысяч мужского населения) и 730 женщин (14,7%, 14,9 на 100 тысяч женского населения). Наблюдается снижение числа пациентов данной категории по сравнению с уровнем 2021 г. (6 124 человек, или 66,2 на 100 тысяч населения) на 17,6%.

Выявленные закономерности снижения первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя с вредными последствиями, при росте первичной заболеваемости алкогольными психозами, синдромом зависимости от алкоголя на фоне остающегося высокого уровня потребления зарегистрированного алкоголя на душу населения в возрасте 15 лет и старше в республике свидетельствуют о латентности наркологических расстройств, связанных с употреблением алкоголя, среди населения и недостаточности профилактической работы с группами риска развития синдрома зависимости от алкоголя. Обнаруженные закономерности снижения первичной заболеваемости наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотических средств, показывают эффективность проводимых межведомственных мероприятий по профилактике наркомании.

Полученные сведения подчеркивают актуальность организации и проведения мероприятий по профилактической работе с группами риска развития синдрома зависимости от алкоголя, получению гражданами необходимой медицинской помощи, способствующей прекращению употребления психоактивных веществ и купирующей вредные последствия.

Особенности сексуального профиля и аддиктивных установок у пациентов коммерческих реабилитационных центров

Грачева Ю.В., Григорьева А.А.

[1] Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

В последние десятилетия в России активно и динамично развиваются коммерческие реабилитационные центры, предлагающие различные программы (детоксикация и фармакотерапия, психотерапевтические программы) лечения зависимостей. Их контингент отличается по возрасту, уровню образования, социальному статусу, типу, длительности зависимости, мотивации к лечению и особенностям личности. При этом большинство исследований по-прежнему сосредоточены на пациентах государственных наркологических служб, тогда как специфика пациентов коммерческих центров, особенно в аспекте сексуального поведения и сопряжённых рисков, изучена недостаточно.

Аддиктивное поведение у женщин является особой клинико-социальной проблемой, поскольку часто сочетается с рискованным сексуальным поведением. Показано, что употребление ПАВ у женщин связано с более частыми незащищёнными контактами, множеством партнёров, сексуальными связями в состоянии интоксикации и повышенным риском сексуального насилия (Hahn et al., 2019; Шайдулина и др., 2020). Это увеличивает вероятность инфицирования ВИЧ, вирусными гепатитами и другими ИППП, а также имеет долгосрочные последствия для репродуктивного здоровья и социальной адаптации (UNAIDS, 2022; WHO, 2021). В этих документах продвигается идея «социальной защиты, чувствительной к ВИЧ» (денежные пособия, программы поддержки, льготные кредиты), которые реально помогают уязвимым группам не выпадать из жизни, продолжать лечение и не терять доход. Изучение женского аддиктивного поведения требует анализа не только факта употребления ПАВ, но и системы аддиктивных установок, связанных с сексуальностью, интимными отношениями и телесностью. Описано, что у части женщин формируются устойчивые убеждения о сексуальности как основном источнике удовольствия, признания и подтверждения собственной ценности, что способствует развитию сексуальных аддикций и рискованного сексуального поведения (Carnes et al., 2019; Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В., 2012). В реабилитации такого рода поведенческие установки могут приводить к замещению одной формы зависимости другой и препятствовать формированию здоровых моделей эмоциональной и физической близости и самоуважения.

Сексуальный профиль пациенток коммерческих реабилитационных центров – характер сексуальной мотивации, поведенческие паттерны, уровень рискованности практик, особенности сексуальной идентичности и удовлетворённости – является важным диагностическим и прогностическим ресурсом. Его изучение позволяет уточнить взаимосвязи между химическими и поведенческими (в частности сексуальными) формами зависимости и адаптировать реабилитационные программы под гендерные особенности (Back et al., 2021; Greenfield et al., 2010).

Цель исследования – пилотное изучение взаимосвязей между особенностями сексуального профиля женщин, их аддиктивными установками и характеристиками употребления ПАВ в выборке пациенток коммерческих реабилитационных центров.

Выборка и методы. В исследовании участвовали 25 женщин 18–44 лет, проходящих лечение в коммерческих реабилитационных центрах и имеющих различный стаж употребления ПАВ. Для оценки особенностей сексуального поведения использовалась методика Оценка сексуального профиля (Потёмкина О.Ф., 1993). Аддиктивные установки изучались с помощью теста МакМаллана–Гайхар (McMullin Addiction Thought Scale, 1999), оценивающего отношение к употреблению ПАВ, склонность к уходу от реальности и оправдание аддиктивного поведения. Для статистической обработки данных применялся корреляционный анализ Пирсона ($p<0,05$; $p<0,01$).

В ходе статистического анализа полученных данных выявлено, что стаж употребления ПАВ отрицательно связан с «щепетильностью» ($r\approx-0,44$; $p<0,05$), данная взаимосвязь отражает снижение осторожности и соблюдения норм в сексуальной сфере по мере увеличения длительности употребления и согласуется с данными о росте рискованного сексуального поведения у женщин с длительным стажем употребления – риском зависимости, тяжестью симптомов, особенностями поведения (сильная социальная тревожность или импульсивность чаще идут в паре с определёнными особенностями поведения – избегающее поведение, проблемы с регуляцией эмоций) (Hahn et al., 2019; Surratt et al., 2018). «Экспрессивность» (эмоциональная открытость) положительно связана с «гиперсексуальностью» ($r\approx0,53$; $p<0,01$). Стаж употребления ПАВ также положительно коррелирует с «гиперсексуальностью» ($r\approx0,48$; $p<0,05$), что

может отражать усиление сексуальной активности и использование сексуальности как средства получения признания, ресурсов или эмоциональной разрядки. В блоке «корысть – жертвенность – ответственность – ревность – разнообразие» установлено, что «корысть» отрицательно связана с «жертвенностью» ($r \approx -0{,}63$; $p<0{,}01$), «ответственностью» ($r \approx -0{,}54$; $p<0{,}01$) и «ревностью» ($r \approx -0{,}40$; $p<0{,}05$). Это указывает на снижение готовности к самоотдаче и долгосрочной ответственности при доминировании прагматичной установки в интимных отношениях. «Жертвенность» положительно коррелирует с «нежностью» ($r \approx 0{,}54$; $p<0{,}01$), «ответственностью» ($r \approx 0{,}61$; $p<0{,}01$) и «ревностью» ($r \approx 0{,}61$; $p<0{,}01$), формируя образ эмоционально вовлечённой, склонной к самоотдаче женщины с выраженным страхом утраты партнёра. «Ответственность» также связана с «ревностью» ($r \approx 0{,}54$; $p<0{,}01$). Показатель «разнообразие» (стремление к вариативности сексуальных практик) положительно связан с «корыстью» ($r \approx 0{,}54$; $p<0{,}01$) и «гиперсексуальностью» ($r \approx 0{,}48$; $p<0{,}05$) и демонстрирует отрицательную связь с «нежностью» ($r \approx -0{,}30$; тенденция), что указывает на стиль, при котором ориентация на новизну и выгоду доминирует над потребностью в эмоциональной близости. «Фемининность» положительно ассоциирована с «щепетильностью» ($r \approx 0{,}40$; $p<0{,}05$) и «нежностью» ($r \approx 0{,}44$; $p<0{,}05$), отражая традиционный «заботливый» образ женской сексуальности. Одновременно снижение «щепетильности» при увеличении стажа употребления ПАВ свидетельствует о напряжённом сосуществовании культурно ожидаемых гендерных сценариев с включенностью аддиктивных практик. «Неприятие служебных романов» положительно связано с «нежностью» ($r \approx 0{,}63$; $p<0{,}01$), что можно трактовать как ориентацию на персонализированные, эмоционально насыщенные отношения. В совокупности опубликованные данные указывают на наличие как минимум двух условных моделей: прагматично-гиперсексуальной (корысть, гиперсексуальность, разнообразие, снижение щепетильности) и эмоционально-ответственной (нежность, жертвенность, ответственность, фемининность, ревность), причём увеличение стажа употребления ПАВ смещает баланс в сторону первой.

Полученные результаты согласуются с данными о том, что употребление ПАВ у женщин связано с ростом сексуальной активности и с трансформацией сексуального сценария в сторону повышенного риска (Back et al., 2021; Gilchrist G. et al., 2020). Снижение «щепетильности» и усиление «гиперсексуальности» по мере повышения стажа употребления отражают увеличение числа незащищённых контактов и партнёров, уязвимости и открытости к давлению и насилию. Социальное давление со стороны окружения, системы, норм (угрозы, принуждение, шантаж, издевательства, оскорбления) влияет на поведение человека и способствует возникновению насильственных действий (Hahn et al., 2019; Meyer et al., 2020). Связи между «корыстью», «гиперсексуальностью», стремлением к «разнообразию» и снижением «нежности», «ответственности» и «щепетильности» демонстрируют сдвиг от эмоционально-ориентированного к функционально-прагматическому типу сексуальности, когда сексуальность используется как ресурс и средство быстрого снижения напряжения, тревожности, дискомфорта, острых проявлений стресса (Carnes et al., 2019; Greenfield et al., 2010). Одновременное сохранение кластера «нежность – жертвенность – ответственность – фемининность – ревность» подчёркивает внутреннюю амбивалентность и возможный риск нестабильных, конфликтных отношений. Психологическая работа с женщинами, употребляющими ПАВ и проходящими реабилитацию в коммерческих центрах, должна включать не только коррекцию употребления, но и работу с сексуально-ролевой идентичностью, установками в отношении интимных отношений и навыками защиты личных границ. Мировой опыт подчёркивает эффективность гендерно чувствительных программ, совмещающих интервенции по снижению употребления ПАВ с компонентами сексуального и репродуктивного здоровья и обучением снижению сексуального риска (UNAIDS, 2022; WHO, 2021; Gilchrist G. et al., 2020).

Методы саморегуляции психологического состояния медицинского персонала психиатрического стационара и их роль в профилактике профессионального выгорания

Державина Е.С.

Астрахань, Россия

В современной психологической и медицинской литературе описано много способов снятия напряжения, которые медицинский персонал психиатрического стационара может использовать самостоятельно.

Цель работы – обосновать комплекс методов саморегуляции (техники когнитивно-поведенческой терапии, диафрагмальное дыхание, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, майндфулнесс) для снижения стресса, профилактики эмоционального выгорания и улучшения психоэмоционального состояния специалистов. Одним из стрессовых факторов в работе медицинского персонала психиатрического стационара является оказание помощи и сопровождение сложных пациентов, периодические конфликты при взаимодействии с их родственниками, а также взаимоотношения с коллегами и руководством. Дополнительными стрессорами выступают агрессивное или непредсказуемое поведение пациентов, ночные смены, высокая ответственность за жизнь и здоровье, конфликты с родственниками и коллегами, а также эмоциональная близость с пациентами, приводящая к истощению и чувству вины.

Рассмотрим подробно способы регуляции психоэмоционального состояния медицинского персонала в профессиональной деятельности.

Техники когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) показаны для самостоятельного применения при тревоге, депрессии, стрессе . Наиболее эффективным методом работы с дисрегулирующими мыслительными паттернами, негативными эмоциональными реакциями и поведенческой дисрегуляцией является применение техник классической когнитивно-поведенческой терапии Бека – целенаправленное воздействие на систему глубинных убеждений и автоматических мыслей человека. Техники, основанные на распознавании и реструктуризации дисфункциональных автоматических мыслей, помогают снизить тревожность за счёт реалистичной оценки масштаба возможных негативных последствий события. Клинический психолог учится замечать негативные интерпретативные схемы и неадаптивныве способы осмысления опыта, проверять их фактами и заменять с опорой на пациента на более реалистичные. Это снижает эмоциональную дисрегуляцию, импульсивность и повышает стрессоустойчивость. КПТ имеет широкий спектр применения – от тревожных и депрессивных состояний до регуляции психоэмоционального состояния и улучшения профессионального функционирования. Техники эффективны при системном применении в повседневной жизни.

*Диафрагмальное дыхание (*при заболеваниях дыхательной и опорно-двигательной систем, ЖКТ, психоэмоциональных расстройствах). Осознанное брюшное дыхание активирует парасимпатическую нервную систему, способствует расслаблению и насыщению крови кислородом. Психофизиологические исследования подтверждают влияние дыхательных практик на вегетативную нервную систему. Это быстрый способ восстановления в коротких перерывах между напряжёнными и непростыми профессиональными ситуациями, связанными с уходом за пациентами с психическими расстройствами.

Прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону. Метод основан на последовательном напряжении и расслаблении различных мышечных групп в теле человека, что оказывает влияние на психическое состояние человека посредством механизма обратной связи. Эффективен при тревожных расстройствах, панических

атаках, фобиях, нарушениях сна, психосоматическеих заболеваниях. Использование мышечной релаксации в повседневной профессиональной деятельности медицинского работника может стать важной составляющей профилактики телесного напряжения. Эффективное применение требует чередования напряжения и расслабления, охвата основных групп мышц и сосредоточенности на внутренних ощущениях. Регулярная практика данной техники позволит сотруднику развить чувствительность к сигналам собственного тела, своевременно распознать нарастающее мышечное напряжение и вовремя устранить его. Метод можно использовать как экспресс-технику перед важными событиями или в профилактических целях для людей с высокой ответственностью на работе или малоподвижным образом жизни.

Майндфулнесс (осознанность). Целенаправленное перенаправление внимания на настоящий момент без оценочных суждений. Помогает отвлечься от руминаций в виде навязчивых мыслей о прошлом или будущем. Развивает способность к безоценочному наблюдению за мыслями, эмоциями и телесными ощущениями, что снижает импульсивность и улучшает эмоциональную регуляцию. Диалектико-поведенческая терапия, использующая практики осознанности, доказывает их эффективность при эмоциональной дисрегуляции и повышении стрессоустойчивости.

При регулярном и корректном использовании описанных методов саморегуляции медицинский персонал снизит отвлекаемость в профессиональной деятельности, повысит свою трудовую эффективность, что будет способствовать сознательному регулированию поведенческих реакций, улучшению состояния пациентов, поддержанию качества медицинской помощи и созданию безопасной среды в отделении, а также минимизирует вероятность конфликтов с родственниками пациентов, коллегами и руководством.

Анализ половой и возрастной структуры пациентов психиатрического дневного стационара № 8 филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «ПНД №8» в 2021-2025 гг.

Дядичко А.Н., Мартынова Т.О., Портнягин С.А.

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

В течение последних лет произошло существенное изменение половой и возрастной структуры пациентов дневного стационара ПНД № 8 г. Москвы, что требует аналитической интерпретации.

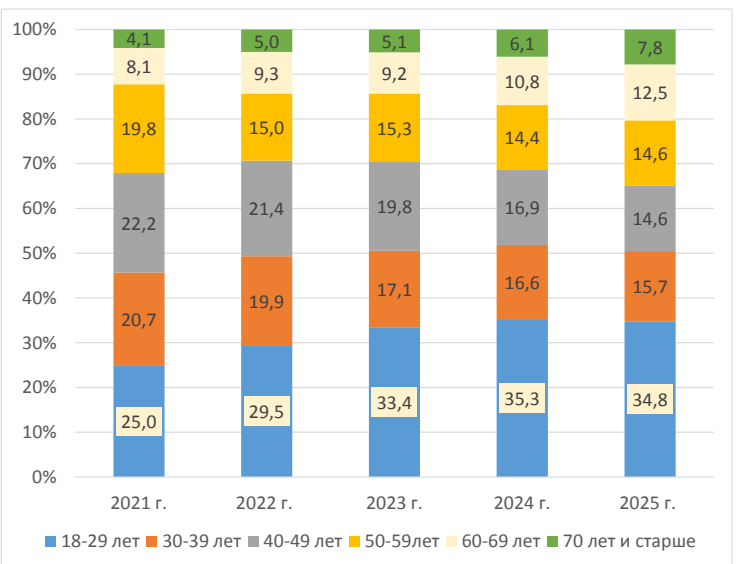
Изучена половая и возрастная структура пациентов психиатрического дневного стационара № 8 филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «ПНД № 8» (далее – ПДС № 8) в 2021-2025 гг. согласно данным подсистемы «Клиническая информационная система» «Единой медицинской информационно-аналитической системы города Москвы» КИС ЕМИАС и медицинской информационной системы с применением программной методологии В.М. Тавровского (МИС-Т), предназначенной для каждого этапа лечебно-диагностического процесса (приём, диагностика, лечение), в которой приведены чёткие алгоритмы действий врача с целью повышения качества и эффективности медицинской помощи.

Филиал ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «ПНД № 8» оказывает психиатрическую помощь взрослому населению нескольких районов Восточного административного округа г. Москвы (381 тыс. взрослого населения). Численность обслуживаемого взрослого населения примерно соответствует аналогичным показателям крупных областных центров. Среднегодовое число пациентомест ПДС № 8 составило в 2021-2023 гг. – 75, в 2024 г. – 71, в 2025 г.– 50 (в 2024 г. сокращено число пациентомест).

Т а б л и ц а 1. **Возрастная структура пациентов ПДС № 8 в 2021-2025 гг.**

Возраст	2021 г.		2022 г.		2023 г.		2024 г.		2025 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18–29 лет	163	25,0	194	29,5	230	33,4	238	35,3	212	34,8
30–39 лет	135	20,7	131	19,9	117	17,1	112	16,6	96	15,7
40–49 лет	146	22,2	141	21,4	136	19,8	114	16,9	89	14,6
50–59 лет	129	19,8	98	15,0	104	15,3	97	14,4	89	14,6
60–69 лет	53	8,1	61	9,3	63	9,2	73	10,8	76	12,5
70 лет и старше	27	4,1	33	5,0	35	5,1	41	6,1	48	7,8
Итого	653	99,9	658	100,1	685	99,9	675	100,1	610	100

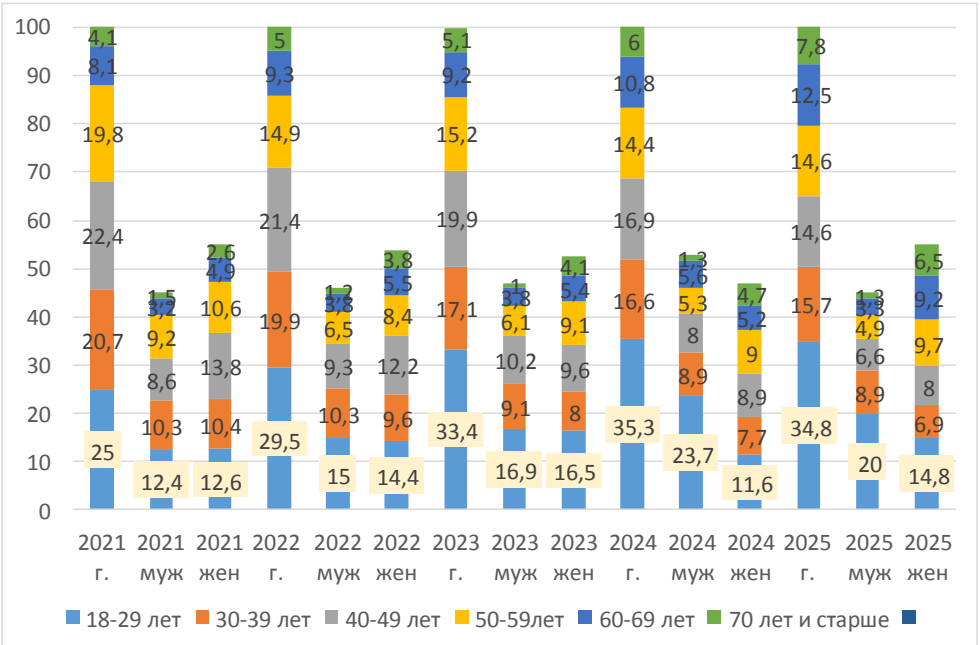
При анализе данных таблицы 1 и рисунка 1 отмечается, что среди пациентов ПДС № 8 зафиксирован устойчивый рост числа лиц в возрасте от 18 до 29 лет (максимально на 41% – с 25,0% до 35,3%), а также рост числа лиц 60 лет и старше – с 12,2% до 20,3%, то есть на 66%. Пропорционально сокращается число лиц остальных возрастных категорий. Повышение доли лиц старшего возраста, возможно, объясняется постарением населения и активной работой здравоохранения с данной категорией (создание кабинетов по оказанию помощи лицам пожилого и старческого возрастов в ПНД в 2020 г.). Прокомментировать тенденцию роста доли молодежи возможно снижением стигматизации обращающихся за психиатрической помощью в молодежной среде и, вероятно, ростом заболеваемости психическими расстройствами среди молодого населения. Также влияние на обращаемость за психиатрической помощью мужчин призывного возраста могут оказывать ситуация специальной военной операции, проводящейся Россией с 2022 г., и желание молодых людей информировать военкоматы о наличии имеющихся психических расстройств. Для проверки последнего предположения на рисунке 2 отражена половая и возрастная структура пациентов ПДС № 8, чтобы понять, сколько мужчин молодого призывного возраста (18-29 лет) находились на лечении.



Р и с у н о к 1. **Возрастная структура пациентов ПДС № 8 в 2021-2025 гг.**

Согласно данным, представленным на рисунке 2, в 2021-2023 гг. отмечался рост доли лиц 18-29 лет – с 25% до 33,4%, с приблизительно равным соотношением мужчин и женщин. В 2024 г. доля мужчин 18-29 лет (23,7%) превышала долю женщин

того же возраста (11,6%) более чем в 2 раза (204,3%). В 2025 г. данный разрыв сократился в пределах 135,1% (20% мужчин 18-29 лет и 14,8% женщин того же возраста). То есть рост доли лиц молодого возраста 18-29 лет нельзя объяснить только условиями СВО, так как в 2021-2023 гг. соотношение мужчин и женщин было примерно равным.



Р и с у н о к 1. **Половая и возрастная структура пациентов ПДС № 8 в 2021-2025 гг.**

Таким образом, по результатам обследования пациентов ПДС № 8 в 2021-2025 гг. отмечался устойчивый рост числа лиц в возрасте от 18 до 29 лет (максимально на 41%). Неуклонный рост доли лиц молодого возраста нельзя объяснить условиями проводимой Россией СВО, так как повышение обращаемости за психиатрической помощью наблюдается как среди мужчин, так и среди женщин. Изменение показателя можно связать со снижением стигматизации обращающихся за психиатрической помощью в молодежной среде и, вероятно, ростом заболеваемости психическими расстройствами среди молодого населения. Помимо того отмечался рост числа лиц 60 лет и старше (на 66%), связанный, скорее всего, с открытием кабинета по оказанию помощи лицам пожилого и старческого возрастов в ПНД № 8.

Психотерапевтическое сопровождение несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемые деяния сексуальной направленности в состоянии «возрастной невменяемости

Евтухович Е.Д.[1], Олекс А.Ю.[2], Чемкаев А.Н.[3]

[1] Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Республика Беларусь
[2] Минский городской клинический центр детской психиатрии и психотерапии, Минск, Республика Беларусь
[3] Минский городской клинический центр психиатрии и психотерапии, Минск, Республика Беларусь

Основой уголовной ответственности человека является наличие у него способности к самостоятельному, свободному выбору действий с учетом действующих в обществе

норм и правил. Формируется такая способность в процессе возрастного развития и социализации. Вменяемость, как предпосылка вины, определяет возможность наступления уголовной ответственности. Невменяемость же, обусловливая невиновное совершение уголовно наказуемого деяния, исключает возможность уголовной ответственности.

Особое место среди понятий «вменяемость» и «невменяемость» занимает термин «возрастная невменяемость». Наличие в законодательствах Республики Беларусь и Российской Федерации данного уголовно-правового института позволяет при реализации уголовного преследования ориентироваться на индивидуальные особенности личности несовершеннолетнего, совершившего уголовно наказуемое деяние. Белорусским и российским уголовным законодательством установлено, что несовершеннолетнее лицо, достигшее возраста, с которого наступает уголовная ответственность, при наличии отставания в психическом развитии (не связанного с психическим расстройством), обусловившего ограничение данного лица восознанной (осознанно-волевой) регуляции своих действий (бездействия) во время совершения общественно опасного деяния, не подлежит уголовной ответственности.

Проявления психической незрелости несовершеннолетнего, обозначаемые понятием «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством», носят целостный характер, затрагивают не только познавательную деятельность, но и личностные свойства подростка, определяющие потенциальную возможность наличия выраженной дефицитарности осознанно-волевой регуляции поведения в юридически значимый период времени.

Сомнения в способности несовершеннолетнего осуществлять осознанную регуляцию своих действий (бездействия) в момент совершения общественно опасного деяния могут быть основаны не только на данных об отставании в психическом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой он действовал. В ряде случаев недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля поведения может объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний.

Данное положение приобретает особую актуальность при рассмотрении уголовно наказуемых деяний сексуальной направленности, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать диапазон восприятия подростком ситуации, связанной с сексуальностью. Ограничение может касаться прогноза последствий осуществляемых действий, ошибочного понимания психического состояния потерпевшего, причин его поведения. При этом оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые предопределяют возможность достижения осознания соответствующих требований и способность им следовать.

Выявляемые у несовершеннолетних лиц, совершивших деяния сексуальной направленности, нарушения психосексуального созревания (половое самосознание, половая роль и психосексуальная ориентация) могут оказывать влияние на их поведение в момент совершения данных деяний и, как следствие, на способность сознавать фактический характер или общественную опасность своих действий.

Любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам, а отражают широкий спектр дизоногенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать также анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку данные отклонения являются составной частью психического развития. Также отметим и более сложный для понимания субъектом преступления характер признаков преступных деяний сексуальной направленности в сравнении с иными противоправными деяниями, объективная сторона которых выражается физическим воздействием субъекта

преступления на потерпевшего, что в целом соответствует особенностям онтогенеза человека. Обозначенные особенности следует учитывать при выявлении «возрастной невменяемости» несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния сексуальной направленности.

По мнению авторов, существует необходимость законодательного закрепления механизма постделиктной адаптации несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемые деяния сексуальной направленности в состоянии «возрастной невменяемости». Такая адаптации будет способствовать снижению потенциальной общественной опасности преступивших закон подростков, адаптации их к дальнейшему социальному функционированию с учетом актуального субъективного отношения к совершенному деянию (например, отсутствие способности испытывать чувство вины либо, наоборот, давление «груза вины»), позволит гармонизировать психическое состояние и развитие, в том числе в контексте профилактики психических и поведенческих расстройств.

Важнейшим аспектом такой адаптации является психотерапевтическое сопровождение несовершеннолетнего. Перспективным в данном контексте представляется использование когнитивно-поведенческой терапии в её «зонтичной» дефиниции – совокупности психотерапевтических методов, основанных на изменении дисфункциональных мыслей, убеждений и поведения. В качестве мишеней психотерапевтического воздействия можно определить: повышение компетентности в сексуальных вопросах до релевантного возрасту уровня, включая понимание (осознание) недопустимости нарушения половой неприкосновенности и половой свободы; устранение когнитивных искажений (искаженных моделей мышления); повышение эмпатии к жертве; изменение аномального сексуального интереса; улучшение эмоционального управления и контроля над насильственными или аномальными сексуальными побуждениями; недопущение противоправного сексуального поведения; обеспечение должной социальной (в том числе учебной, трудовой и т.д.) коммуникации и адаптации. Реализация психотерапевтического эффекта при этом возможна посредством изучения и осознания собственных мыслей, изменения поведения, работы с эмоциями, развития навыков совладания со стрессом, усиления самоконтроля, работы с системой ценностей.

Жизненные условия и обстоятельства, в которых происходит развитие подростков и их формирование, весьма разноплановы, как разнообразны и личностные особенности конкретного индивидуума. При привлечении несовершеннолетнего лица к уголовной ответственности следует учитывать многообразие указанных обстоятельств и особенностей для решения вопроса, возможно ли такое привлечение за совершение конкретного деяния с учетом условий и обстоятельств его совершения. При выявлении «возрастной невменяемости» несовершеннолетнего лица, совершившего общественно опасное деяние сексуальной направленности, целесообразно осуществить его психотерапевтическое сопровождение, в том числе в целях предупреждения со стороны подростка новых общественно опасных деяний.

Связь уровня тестостерона сыворотки крови с клиническими показателями у пациентов с алкогольной зависимостью

Епимахова Е.В., Ветлугина Т.П., Прокопьева В.Д., Кисель Н.И., Воеводин И.В.

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

Несмотря на значительные успехи в изучении патогенеза алкогольной зависимости (АЗ) и разнообразие терапевтических подходов, проблема достижения длительной ремиссии у пациентов сохраняет свою актуальность. Патологическую тягу к алкоголю

и риск рецидива связывают с нейроадаптивными изменениями в системах вознаграждения и стресс-системах мозга в ответ на нарушения в эндокринной регуляции [Wemm S.E., Sinha R., 2019; Molina P.E., Simon L., 2026] в ответ на хронический стресс, воздействие токсинов. В ряде исследований подтверждена связь между уровнем полового гормона тестостерона и риском формирования алкогольной зависимости [Erol A., Ho A.M., Winham S.J., 2019; Zegarelli R.A., Radke A.K., 2025]. Так как тестостерон влияет на импульсивность, склонность к рискованным поступкам и поиск острых ощущений – это может стимулировать к более частому и интенсивному употреблению алкоголя. Показано, что хроническое употребление алкоголя связано со значительным снижением циркулирующих концентраций тестостерона у мужчин [Santi D. et.al, 2024], при этом высокие уровни тестостерона взаимосвязаны с риском рецидива болезни [Ho A.M. et al., 2019, Ветлугина Т.П. и др., 2021].

Целью настоящего исследования было изучение уровня тестостерона в сыворотке крови пациентов с алкогольной зависимостью в динамике на этапах алкогольного абстинентного синдрома, постабстинентного состояния и в ремиссии с выявлением ассоциаций с клиническими характеристиками заболевания.

Обследовано 20 пациентов мужского пола с алкогольной зависимостью в возрасте 30-55 лет (49 [43,5; 56,5]), поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом по МКБ-10: Психические и поведенческие расстройства, связанные с употреблением алкоголя (синдром зависимости – F10.21 и синдром отмены – F10.30). Клинико-биологические исследования пациентов проводили в динамике: 1-я точка – на этапе алкогольного абстинентного синдрома, на 2-3-й день отмены алкоголя после купирования острых его проявлений; 2-я точка – перед выпиской из стационара, после проведения курса стандартной терапии в течение 14–17 дней (постабстинентное состояние, начальный этап формирования терапевтической ремиссии); 3-я точка – в состоянии ремиссии в среднем через 5 месяцев (5,36±3,45) после выписки из стационара. Контрольную группу при биологических исследованиях составили 18 условно здоровых мужчин, соответствующих по возрасту группе пациентов. Клиническая оценка проводилась по Квантифицированной шкале комплексной оценки психопатологических расстройств в ремиссии (КШКОПРР). Забор крови для лабораторного исследования осуществляли из локтевой вены утром натощак с использованием стерильной системы однократного применения Vacutainer с активатором свертывания для получения сыворотки. Концентрацию тестостерона определяли методом иммуноферментного анализа с применением набора «Тестостерон – ИФА – БЭСТ» (Вектор-БЭСТ, Россия). Постановку методики осуществляли в соответствии с инструкцией к набору. Измерение результатов проводили на мультимодальном ридере Varioskan LUX (Thermo Scientific, США) (ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ). Концентрацию гормона выражали в нмоль/л.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием пакета программ SPSS, версия 23.0. Описательная статистика представлена медианой (Me) и межквартильным интервалом [Q1; Q3]. Сравнительный межгрупповой анализ количественных данных проводили с использованием тестов Манна-Уитни для независимых выборок, Вилкоксона для зависимых выборок. Корреляционный анализ проводили с использованием коэффициента Спирмена. Статистически значимыми различия считали при $p<0,05$.

Выявлено превышение пороговых значений баллов по шкале КШКОПРР более чем в 3 раза в 1-й точке исследования (16,0 [15,0;18,0] при пороговом значении психопатологической симптоматики ≤5,0). После курса терапии во 2-й точке средний балл по шкале КШКОПРР составил 4,0 [2,0; 6,0] и в ремиссии (в 3-й точке

исследования) – 5,0 [3,0; 4,5], что свидетельствует о позитивной динамике клинических параметров после антиалкогольной терапии. Концентрация тестостерона в сыворотке крови статистически значимо не отличалась от значений в контрольной группе на всех этапах исследования (в контрольной группе – 14,52 [9,65; 22,05] нмоль/л; в 1-й точке – 13,28 [10,17; 18,78] нмоль/л; во 2-й точке – 13,04 [8,89; 16,82] нмоль/л; в ремиссии – 12,92 [10,04; 19,47] нмоль/л). Методом корреляционного анализа выявлена взаимосвязь между уровнем тестостерона во 2-й точке и суммарным баллом по шкале КШКОПРР в ремиссии (rs=0,482; p=0,037). Положительная корреляция в данном случае свидетельствует о том, что сохранение (появление) психопатологической симптоматики у пациентов в ремиссии связано с высоким уровнем тестостерона при выписке. При разделении пациентов на группы по выраженности психопатологических расстройств в ремиссии по шкале КШКОПРР выявлено, что у тех пациентов, суммарный балл которых в ремиссии превышал пороговые значения, уровень тестостерона на момент выписки был статистически значимо (p=0,036) выше, чем у пациентов с суммарным баллом в пределах нормативных значений.

Выявленные ассоциации между уровнем тестостерона и выраженностью психопатологической симптоматики позволяют рассматривать данный показатель в качестве диагностического маркера неустойчивой ремиссии после проведения противоалкогольной терапии.

Исследование выполнено в рамках бюджетного финансирования ГЗ № 075-00491-26-00 по теме ПНИ «Разработка новых комплицированных психонейротехнологий ранней диагностики и направленной терапии стресс-индуцированных и аддиктивных расстройств на основе психофармакологического воздействия и адаптивного биоуправления» (регистрационный номер 126022417838-2).

Воспаление в патогенезе шизофрении: от гипотез к подходам стратификации пациентов

Ермаков Е.А.[1, 2, 3], Брит П.И.[1], Басов Н.В.[4], Бунева В.Н.[1, 2]

[1] Институт химической биологии и фундаментальной медицины им. Д.Г. Кнорре Сибирского отделения Российской академии наук, Новосибирск, Россия
[2] Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия
[3] Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
[4] Университет Вестлейк, Ханчжоу, Китай

Шизофрения – это клинически и биологически гетерогенное расстройство. На протяжении столетия исследователи неоднократно возвращались к идее о том, что в патофизиологию шизофрении вовлечены иммунные механизмы (нейровоспаление, дисбаланс цитокинов). Многочисленные исследования выявили изменения во всех звеньях иммунитета – сдвиги в соотношении субпопуляций клеток, нарушения в работе системы комплемента, изменения в выработке цитокинов (Ermakov E.A. et al., 2022; Малашенкова И. К. и др., 2018), однако полученные знания пока практически не транслированы в клиническую практику. В представленной работе кратко описана история изучения роли иммунитета при шизофрении, обобщены имеющиеся данные о воспалительных и иммунных маркерах в периферической крови и головном мозге, а также обсуждена перспективность использования иммунных маркеров для стратификации пациентов.

Представление о том, что шизофрения может иметь иммунную или инфекционную природу периодически возникало на протяжении более чем столетия. В конце XIX – начале XX века психиатрическое мышление находилось под сильным влиянием

теорий аутоинтоксикации и очаговой инфекции, согласно которым токсины, исходящие из кишечника или из хронических инфекционных очагов, считались отравляющими мозг и вызывающими психоз в связи с искажением восприятия реальности (Noll R., 2004). К середине XX века внимание авторов переключилось на исследование связи вирусных инфекций с шизофренией (Yolken R.H., Torrey E.F., 1995), так как вирусная инфекция в сочетании с другими факторами (генетическая уязвимость, стресс) может преобразовывать иммунный ответ организма и способствовать развитию расстройства. Хотя ни один конкретный патоген так и не был установлен в качестве причинного фактора, это направление исследований ввело устойчивую идею о том, что соответствующее иммунное воздействие во время наиболее уязвимых периодов нейроразвития может происходить задолго до начала психоза. В 1990-х гг. появилась аутоиммунная концепция и гипотеза материнского воспаления. Обнаружено, что при шизофрении возникает хроническая активация макрофагов и Т-лимфоцитов, т.е. в основе макрофагально-Т-лимфоцитарной теории лежало предположение, что хроническая, низкоуровневая активация иммунной системы с чрезмерной секрецией цитокинов, таких как IL-2 и интерферон-γ, может способствовать развитию расстройства (Smith R.S., Maes M., 1995). Когортные исследования связали грипп во время беременности и другие пренатальные инфекции с повышенным риском развития шизофрении у потомства (Brown A.S., Hooton J., Schaefer C. A. et al., 2004). Выявленная связь между повышенным уровнем материнского IL-8 во время беременности и удвоенным риском развития шизофрении у потомства во взрослом возрасте положила начало теории материнской иммунной активации, что нашло подтверждение на животных моделях. Развитие генетических технологий в 2000-х гг. также внесло новые детали в иммунную гипотезу шизофрении. В частности выявлена генетическая ассоциация с генами иммунной системы, в особенности с генами компонента комплемента 4, который связан с чрезмерной синаптической обрезкой микроглии (Sekar A., Bialas A.R., De Rivera H. et al., 2016). Полученные данные объединили иммунологические и генетические данные с нейроразвитием. Исследования 2010-х гг. показали зависимость иммунных признаков (уровни цитокинов) в зависимости от этапа шизофренического расстройства, которые как бы «подстраиваются» под стадию заболевания, отражая динамический характер изменений (Miller B.J., Buckley P., Seabolt W., Mellor A., Kirkpatrick B., 2011).

Современные исследования рассматривают иммунную дисфункцию при расстройствах шизофренического спектра как многоуровневую и гетерогенную. Наиболее важным и многократно подтвержденным наблюдением является то, что воспалительные изменения характерны лишь для части пациентов (Bishop J.R., Zhang L., Lizano P., 2022), т.е. воспаление – не универсальный симптом психозов, а один из возможных патогенетических механизмов, который проявляется не у всех пациентов Примерно треть пациентов демонстрирует признаки воспаления, причем такие подгруппы могут отличаться разными клиническими проявлениями. Результаты наших собственных исследований также подтвердили существование подгруппы пациентов с выраженными признаками воспаления. На основе данных о концентрации 14 цитокинов в плазме крови и кластерного анализа установлено, что от 17% до 25,5% пациентов (в зависимости от метода кластеризации) имеют признаки воспаления (Ermakov E.A. et al., 2023).

Накопленные данные о вовлеченности воспаления в патогенез шизофрении указывают на перспективность дополнительной противовоспалительной терапии и подчеркивают необходимость стратификации пациентов. Однако отдельные маркеры воспаления малоинформативны на индивидуальном уровне при шизофрении, поскольку характеризуются незначительной величиной эффекта и перекрыванием

показателей с нормой. Поэтому необходима разработка комплексных панелей воспалительных маркеров для разделения пациентов на подгруппы. Тем не менее в дальнейшем требуются дополнительные крупномасштабные исследования, чтобы оценить полезность таких подходов.

Суицидальное поведение у пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство

Забигулина И.В.

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

Суицидальное поведение у пациентов с психическими расстройствами остается одной из наиболее актуальных проблем современной психиатрии. Согласно данным ВОЗ, до 90% случаев завершенных суицидов связаны с наличием психической патологии, при этом наибольший риск наблюдается в контингенте пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Острое полиморфное психотическое расстройство (ОППР, F23.0 по МКБ-10) занимает особое место среди психических заболеваний, манифестирующих в молодом возрасте, поскольку характеризуется высокой интенсивностью психопатологических переживаний, аффективной насыщенностью и дезорганизацией поведения на этапе дебюта. Эти особенности создают благоприятную почву для формирования суицидальных тенденций как в остром периоде, так и на этапах ремиссии и последующего течения заболевания. Несмотря на значительное количество работ, посвященных суицидальному риску при шизофрении и аффективных расстройствах, особенности суицидального поведения при ОППР остаются недостаточно изученными.

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологических особенностей суицидального поведения у пациентов, перенесших ОППР, выявление факторов риска и разработка подходов к своевременной превенции.

Исследование проведено на базе Красноярского краевого психоневрологического диспансера № 1. Объектом исследования стали 487 пациентов (254 мужчины, 233 женщины; средний возраст которых составил 28,4±2,3 года), впервые в жизни госпитализированных с верифицированным диагнозом ОППР в период с 2015 по 2025 г. Период катамнестического наблюдения составил от 6 до 11 лет. Использовались клинико-психопатологический метод (с применением шкал PANSS, HDRS, YMRS, шкалы оценки суицидального риска SSI – Scale for Suicide Ideation), клинико-катамнестический, экспериментально-психологический и статистический методы. Суицидальное поведение оценивалось как наличие суицидальных мыслей, намерений, планирования, суицидальных попыток (в том числе повторных) и завершенных суицидов на всех этапах наблюдения.

В общей когорте пациентов, перенесших ОППР, суицидальные проявления различной степени выраженности зарегистрированы у 142 человек (29,2%). Из них суицидальные мысли и намерения (без реализации) выявлены у 89 пациентов (18,3%), суицидальные попытки – у 53 (10,9%). Завершенный суицид за период наблюдения зарегистрирован в 6 случаях (1,2%), что значительно превышает общепопуляционные показатели по Красноярскому краю (в 6-8 раз). Суицидальные попытки у пациентов с ОППР характеризовались высокой летальностью: отношение числа завершенных суицидов к числу суицидальных попыток составило 1:8,8, что указывает на применение более опасных способов суицидальных действий. Наиболее часто суицидальные проявления отмечались в возрастной группе пациентов 20-29 лет (62,0% всех случаев), при этом женщины демонстрировали более высокую частоту

суицидальных попыток (в 1,6 раза выше, чем мужчины), тогда как завершенные суициды статистически значимо чаще регистрировались у мужчин (5 из 6 случаев).

Анализ временной динамики суицидальных проявлений показал их неравномерное распределение на различных этапах течения заболевания. В остром периоде психоза (первые 4 недели от момента госпитализации) суицидальные мысли и намерения выявлены у 51 пациента (10,5%), суицидальные попытки – у 12 (2,5%). В этот период ведущими факторами риска выступали выраженная тревожно-депрессивная симптоматика, императивный характер галлюцинаторных переживаний (особенно «голосов», приказывающих совершить самоубийство) и бредовые идеи самообвинения. В период формирования ремиссии (от 1 до 6 месяцев после купирования острой симптоматики) зафиксировано наибольшее число суицидальных проявлений – 74 пациента (15,2%) демонстрировали суицидальные мысли, 27 пациентов (5,5%) совершили суицидальные попытки. Характерной особенностью этого периода является наличие так называемого постпсихотического суицидального кризиса, связанного с осознанием факта психического заболевания, стигматизацией, утратой социального статуса и критической переоценкой перенесенного психотического опыта. В отдаленном периоде (более 6 месяцев после перенесенного психоза) суицидальные проявления регистрировались у 34 пациентов (7%), включая 14 суицидальных попыток (2,9%) и 6 завершенных суицидов (1,2%). На этом этапе преобладали факторы хронификации процесса, нарастания негативной симптоматики, формирования резистентности к терапии и социальной дезадаптации.

По клинической картине выделены три варианта ОППР: аффективно-бредовый (n=201, 41,2%), онейроидно-кататонический (n=139, 28,5%) и полиморфный с преобладанием тревожно-фобических расстройств (n=147, 30,3%). Распределение суицидального поведения по этим группам выявило значимые различия. Аффективно-бредовый вариант характеризовался максимальной частотой суицидальных проявлений – 41,3% (83 из 201). Суицидальные попытки в этой группе совершили 33 пациента (16,4%), завершенные суициды – 4 (2,0%). Высокий риск в этой группе связан с интенсивным аффектом (особенно смешанные состояния, депрессия с витальным компонентом), бредом самообвинения и императивными галлюцинациями. Полиморфный вариант с тревожно-фобическими расстройствами занял второе место по частоте суицидальных проявлений – 27,2% (40 из 147). Суицидальные попытки зарегистрированы у 15 пациентов (10,2%), завершенные суициды – у 2 (1,4%). Суицидальный риск в этой группе был связан с хронической тревогой, паническими атаками, ипохондрической фиксацией и формированием затяжных субдепрессивных состояний. Онейроидно-кататонический вариант продемонстрировал наименьшую частоту суицидальных проявлений – 13,7% (19 из 139). Суицидальные попытки совершили 5 пациентов (3,6%), завершенных суицидов в этой группе не зарегистрировано. Низкий уровень суицидального поведения в данной группе, вероятно, связан с глубокой дезинтеграцией сознания на высоте приступа и выраженным когнитивным дефицитом в постприступном периоде, ограничивающим способность к формированию суицидальных намерений. Статистическая значимость различий между группами по частоте суицидальных проявлений подтверждена (χ^2=29,4, p<0,001).

Методом бинарной логистической регрессии выделены наиболее значимые предикторы суицидального поведения у пациентов, перенесших ОППР: аффективно-бредовый клинический вариант (OR=3,8; 95% ДИ: 2,2–6,5), выраженная тревожно-депрессивная симптоматика в структуре приступа (HDRS > 20 баллов) (OR=4,2; 95% ДИ: 2,5–7,1), наличие императивных галлюцинаций в остром периоде (OR=5,1; 95% ДИ: 2,8–9,3), суицидальные попытки в анамнезе (до манифестации ОППР) (OR=6,3; 95% ДИ: 3,1–12,8), спонтанный дебют (отсутствие провоцирующего фактора) (OR=2,4;

95% ДИ: 1,5–3,9), медленная редукция симптоматики (менее 20% по PANSS к 21-му дню) (OR=2,2; 95% ДИ: 1,3–3,7), выраженный постпсихотический депрессивный синдром (OR=3,5; 95% ДИ: 2,1–5,8), низкий уровень социальной поддержки (отсутствие семьи, работы) (OR=2,7; 95% ДИ: 1,6–4,5).

Суицидальное поведение у пациентов, перенесших ОППР, представляет собой значимую клиническую проблему, охватывая почти треть пациентов в когорте. Наибольший риск суицидальных проявлений наблюдается при аффективно-бредовом клиническом варианте и в периоде формирования ремиссии, что требует особого внимания клиницистов на этих этапах ведения пациентов. Выявленные предикторы суицидального поведения позволяют с высокой точностью идентифицировать пациентов группы риска для проведения своевременных лечебно-профилактических вмешательств.

Анализ инвалидности при психических расстройствах и расстройствах поведения в Орловской области за 2023-2025 гг.

Капишникова О.В., Луканина Е.С.

ФКУ «ГБ медико-санитарной экспертизы по Орловской области» Минтруда России, Орел, Россия

В настоящее время нарушения психического здоровья принадлежат к числу наиболее серьёзных проблем, стоящих перед всеми странами, поскольку в тот или иной период жизни такие проблемы возникают, по крайней мере, у каждого четвёртого человека. Показатели распространённости нарушений психического здоровья в Европейском регионе очень высоки. В соответствии с данными ВОЗ из 870 млн человек, проживающих в Европейском регионе, около 100 млн испытывают состояние тревоги и депрессии; свыше 21 млн страдают от расстройств, связанных с употреблением алкоголя, свыше 7 млн – болезнью Альцгеймера и другими видами деменции, около 4 млн – шизофренией, 4 млн – биполярными аффективными расстройствами, 4 млн – паническими расстройствами. На лиц с психическими расстройствами приходится непропорционально более высокая доля инвалидности и смертности.

За анализируемый период в бюро медико-социальной экспертизы проводившее освидетельствование лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения продемонстрировало увеличение числа граждан, впервые признанных инвалидами: от 178 человек в 2023 г. до 211 в 2025 г. с уменьшением показателя до 176 в 2026 г. Основную долю впервые признанных инвалидами в 2023 г. составили лица молодого и среднего возрастов. В 2024 и 2025 гг. отмечается рост доли лиц старшего возраста от 51,7% в 2024 г. до 61,4% в 2025 г. от общего числа впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения. Среди впервые признанных инвалидами преобладали лица мужского пола с тенденцией к снижению показателя от 52,8% в 2023 г. до 52,3% в 2023 г. Основной инвалидизирующей патологией в Орловской области среди впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения в 2023 г. являлась шизофрения. Удельный вес инвалидов с данной нозологической формой составил большую часть с тенденцией к снижению: от 35,5% в 2023 г. до 18,2% в 2025 г. Доля инвалидов вследствие расстройств, обусловленных повреждением, болезнью или дисфункцией головного мозга (органические расстройства) занимала второе ранговое место в 2023-2025 гг. с тенденцией к увеличению от 28,6% в 2023 г. до 31,7% в 2024 г. с последующим уменьшением до 28,9% в 2025 г. Инвалидность вследствие умственной отсталости имела тенденцию к росту от 3,2% в 2023 г. до 5,1% в 2025 г. Оставалась стабильно высокой доля инвалидов, страдающих деменцией, с тенденцией

к увеличению от 26,2% в 2023 г. до 46,6% в 2025 г. В 2024 и 2025 гг. деменция явилась основной инвалидизирующей патологией с ростом показателя от 33,2% до 46,6% от числа всех впервые признанных инвалидами вследствие психических расстройств и расстройств поведения. Стабильно высокий удельный вес инвалидов с данной патологией связан с увеличением продолжительности жизни граждан, ранним выявлением заболеваний, возможностью медицинского обследования после стабилизации эпидемиологической обстановки.

В структуре первично признанных инвалидами среди лиц с различными формами деменции первое ранговое место занимает сосудистая деменция со снижением когнитивных функций с тенденцией к росту показателя от 58,8% в 2023 г. до 70,7% в 2025 г. Второе ранговое место в 2023 г. занимает деменция при болезни Альцгеймера с уменьшением доли инвалидов вследствие данной патологии от 20,6% в 2023 г. до 8,5% в 2025 г. Остается стабильно высокой доля впервые признанных инвалидами, страдающих деменцией, в связи со смешанными заболеваниями и занимает второе ранговое место в 2024 и 2025 гг. (18,3% и 13,4%). Стабильно невысока доля впервые признанных инвалидами вследствие сенильной деменции. Из лиц, группа инвалидности которым была определена бессрочно, период наблюдения и лечения у психиатра составил от 1 года до 5 лет. Среди лиц, группа инвалидности которым была определена со сроком, во всех случаях период наблюдения врачом-психиатром составил 6 месяцев и менее.

При легкой степени выраженности деменции еще сохраняется эффективность профилактических мероприятий по отношению к самому человеку с деменцией с целью максимального продления его независимости, способности самостоятельно заботиться о себе и активности. Для родственников могут быть актуальны услуги по обучению навыкам коммуникации с пожилым членом семьи с деменцией, помощь в решении юридических вопросов и др.

При деменции умеренной степени выраженности увеличивается потребность членов семей, в которых проживают люди с деменцией, в услугах, направленных на обучение их оптимальным способам организации пространства, распорядка дня с целью снижения нуждаемости пожилого человека в их непосредственной помощи. Кроме того, как сам человек с деменцией, так и члены семей нуждаются в социально-психологических услугах для обеспечения более благоприятного психологического климата в семье, несмотря на эмоциональную нестабильность пожилого человека. Поскольку человек с умеренной деменцией фактически не может находиться без присмотра, то уже для этой категории необходимы услуги дневного пребывания или почасового ухода с целью сохранения трудовой и социальной активности членов семьи. При деменции тяжелой степени выраженности человек, как правило, нуждается в постоянном постороннем уходе или посторонней помощи. Поэтому на этой стадии человеку может быть показано пребывание в стационаре. Члены семьи, которые продолжают уход за пожилым человеком на дому при тяжелой деменции, нуждаются уже не только в обучающих мероприятиях, но и в реальной помощи в форме услуг «передышки», почасового ухода и т.п., а также в возможности консультирования (в том числе в экстренных ситуациях) для обеспечения принятия взвешенных решений.

Таким образом, в 2024-2025 гг. среди лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения деменция явилась основной инвалидизирующей патологией. Среди впервые признанных инвалидами с различными формами деменции первое ранговое место занимает сосудистая деменция, в 100% случаев устанавливалась первая группа инвалидности. При установлении срока инвалидности учитывались срок наблюдения у психиатра, эффективность проводимого лечения, компенсаторные возможности.

Фармакотерапия хронических тикозных расстройств: эффективность и риски длительного лечения

Карапетова У.С., Шевелев Г.С.

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

Хронические тикозные расстройства могут затруднять обучение, работу и общение. Наиболее изученная форма – синдром Туретта (F95.2). У многих пациентов тики ослабевают к концу подросткового возраста, но у части больных сохраняются во взрослой жизни. Выбор лечения зависит от ограничений, вызванных тиками, сопутствующих расстройств и возможностей поведенческой терапии. Препараты необходимы не всем пациентам. При их длительном применении важно оценивать нежелательные реакции, особенно у детей и подростков.

Цель исследования: проанализировать эффективность основных групп препаратов при хронических тикозных расстройствах и риски длительного лечения.

Выполнен описательный обзор рекомендаций Американской академии неврологии (2019), Европейских рекомендаций (версия 2.0), систематического обзора, рандомизированных исследований. Сопоставлены эффективность и безопасность антипсихотиков и агонистов α2-адренорецепторов. Собственное клиническое исследование и метаанализ не проводились. Антипсихотики относятся к наиболее изученным средствам уменьшения тиков. Прямых сравнительных исследований недостаточно для однозначного ранжирования препаратов по эффективности. Умеренное седативное действие галоперидола блокирует D2-рецепторы и уменьшает тики. Его применение ограничивают акатизия, лекарственный паркинсонизм, дистония и риск поздней дискинезии. Европейские рекомендации рассматривают целесообразность препарата преимущественно при тяжёлых тиках и недостаточном ответе на другое лечение.

Рисперидон блокирует D2- и 5-HT2A-рецепторы, уменьшая моторные и вокальные тики из-за наравтающего внутреннего напряжения. Связывание с D2-рецепторами объясняет, почему рисперидон блокирует дофаминергические процессы. Это лежит в основе его эффективности при психотических симптомах (галлюцинации, бред), но одновременно может приводить к гиперпролактинемии). Основные риски: увеличение массы тела, метаболические нарушения, гиперпролактинемия и экстрапирамидные реакции.

Арипипразол – частичный агонист D2-рецепторов. В 8-недельном исследовании F. Sallee et al. с участием 133 пациентов 7–17 лет перампанел статистически значимо сильнее плацебо уменьшал тики и улучшал функции памяти и внимания. Частыми нежелательными явлениями являлись седация, заторможенность реакций, сонливость и утомляемость; возможны акатизия и увеличение массы тела. Европейские рекомендации выделяют арипипразол как предпочтительный антипсихотик с учётом эффективности и переносимости.

Клонидин и гуанфацин стимулируют α_2 -адренорецепторы в структурах ствола головного мозга, как агонисты α2-адренорецепторов. По данным обзора H. Weisman et al., их эффект в отношении тиков более выражен при тревожных и депрессивных расстройствах и коморбидном СДВГ. Однако результаты неоднородны: в 8-недельном исследовании T. K. Murphy et al. с участием 34 детей и подростков гуанфацин пролонгированного высвобождения не показал убедительного преимущества перед плацебо: снизились проявления двигательной и психической гиперактивности, невнимательности и импульсивности. Однако возможны сонливость, гипотензия, брадикардия. Необходим контроль давления и пульса; отмену проводят постепенно из-за риска повышения артериального давления.

При лечении антипсихотиками контролируют массу тела, метаболические показатели и двигательные нарушения. Гормональные показатели и данные электрокардиограммы оценивают с учётом приема препарата и факторов риска. Дозу подбирают постепенно. Краткая продолжительность большинства исследований ограничивает выводы о безопасности многолетнего лечения. Выбор препарата определяется выраженностью тиков, сопутствующими расстройствами и переносимостью. Для безопасного лечения необходимы минимальные эффективные дозы, контроль нежелательных реакций и регулярный пересмотр потребности в терапии. Требуются длительные сравнительные исследования с оценкой качества жизни пациентов.

Роль кишечной микробиоты в патогенезе депрессии и тревожного расстройства

Карапетова У.С., Шевелев Г.С.

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

По данным ВОЗ, депрессия относится к ведущим причинам снижения трудоспособности, роста хронических заболеваний, травм и несчастных случаев. Тревожные расстройства входят в число наиболее распространённых психических нарушений [WHO, 2021]. Несмотря на развитие фармакотерапии и психотерапии, у части пациентов сохраняются резистентность к лечению, риск рецидивов, нежелательные эффекты антидепрессантов. В связи с этим остаётся актуальным поиск дополнительных патогенетических механизмов (на молекулярном, клеточном, тканевом или органном уровне) и новых мишеней для терапевтического воздействия.

Цель исследования: анализ и систематизация современных научных данных о роли кишечной микробиоты в патогенезе тревожных расстройств и депрессии.

Нами проведён поиск научных публикаций в международных базах данных PubMed, Scopus, Web of Science, российской научной электронной библиотеке eLibrary.ru. Анализировались работы, посвящённые взаимодействию кишечной микробиоты с центральной нервной системой и возможному участию этих процессов в развитии тревожной и депрессивной симптоматики.

Одним из основных механизмов взаимодействия кишечной микробиоты и ЦНС является образование биологически активных метаболитов. Их действие реализуется гуморально и опосредованно – через кишечный барьер, иммунную и энтероэндокринную системы, а также афферентные нервные пути, включая блуждающий нерв. К наиболее изученным метаболитам относятся короткоцепочечные жирные кислоты (КЦЖК) – ацетат, пропионат и бутират, образующиеся при бактериальной ферментации пищевых волокон. КЦЖК способны влиять на экспрессию нейротрофического фактора головного мозга. Бутират служит источником энергии для колоноцитов и поддерживает целостность кишечного эпителия. КЦЖК участвуют в регуляции иммунного ответа, взаимодействуют с рецепторами FFAR2 и FFAR3 и могут влиять на нейромедиаторные системы. В исследованиях in vitro пропионат и бутират изменяли экспрессию тирозингидроксилазы, участвующей в синтезе катехоламинов, однако значение этого механизма для головного мозга человека остаётся недостаточно изученным.

Важную роль играет метаболизм триптофана предшественника ряда биологически активных соединений. Микробиота способна изменять его доступность и образовывать индольные производные. Часть триптофана проникает через гематоэнцефалический барьер и используется для синтеза серотонина, при этом основная масса серотонина образуется в ЖКТ и практически не проникает в головной мозг, поэтому его

периферические эффекты реализуются преимущественно через энтеральную нервную систему, иммунные механизмы и афферентные нервные пути. Отдельное значение имеет кинурениновый путь метаболизма триптофана, т.е. провоспалительные цитокины способны активировать индоламин-2,3-диоксигеназу, могут усиливать экспрессию и активность транспортера серотонина на нейронах, усиливать образование кинуренина. В отличие от серотонина, кинуренин преодолевает гематоэнцефалический барьер и далее превращается в нейроактивные соединения. Нарушения этого пути рассматриваются как один из возможных механизмов, связывающих хроническое воспаление, изменения микробиоты и депрессивную симптоматику.

Микробиота способна синтезировать или модифицировать нейромедиаторы и их предшественники, которые влияют на нервную систему. В микробиота-опосредованной коммуникации участвуют также желчные кислоты, после поступления в кишечник первичные желчные кислоты подвергаются бактериальной модификации с образованием вторичных. Некоторые из них могут влиять на ЦНС через метаболические и эндокринные механизмы, зачастую комплексно. Предполагается их участие в регуляции нейровоспаления, однако клиническая значимость этого эффекта при тревожных и депрессивных расстройствах требует дальнейшего изучения. Отдельные бактерии способны продуцировать нейроактивные вещества, в том числе γ-аминомасляную кислоту, такая способность характерна для представителей лактобактерий: Lactobacillus sensu lato, Bifidobacterium, Bacteroides. Некоторые ГАМК-продуцирующие штаммы рассматриваются как потенциальные психобиотики, бактериальная ГАМК не является непосредственным источником ГАМК головного мозга, а её эффекты, вероятно, реализуются через энтеральную нервную систему и блуждающий нерв. Кишечные бактерии также участвуют в метаболизме дофамина, норадреналина и ацетилхолина, однако большинство периферических катехоламинов не проникают в мозг, поэтому их влияние на поведение носит преимущественно опосредованный характер. Значительная часть этих данных получена в опытах на животных. Наряду с метаболическими и нервными механизмами важную роль играет ось «микробиота → иммунитет → мозг». Микробиота участвует в регуляции иммунной системы, а иммунные медиаторы воздействуют на нервную и эндокринную системы. Передача сигналов происходит посредством метаболитов, цитокинов, блуждающего нерва и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. КЦЖК, в частности бутират, обладают противовоспалительным действием, могут подавлять сигнальный путь NF-κB и участвовать в регуляции микроглии и барьерных функций. Нарушение состава микробиоты может сопровождаться повышением проницаемости кишечного эпителия, чему способствуют хронический стресс, особенности питания, воспалительные и инфекционные заболевания. Это создаёт условия для транслокации микробных компонентов, включая липополисахарид (ЛПС), в системный кровоток. ЛПС взаимодействует с рецептором TLR4 и активирует врождённый иммунный ответ с повышением продукции IL-6 и TNF-α. При длительной активации может формироваться хроническое низкоинтенсивное воспаление, связывающее нарушение кишечного барьера с изменениями функций ЦНС.

Периферическое воспаление способно воздействовать на головной мозг через эндотелий гематоэнцефалического барьера и афферентные нервные пути. Длительная воспалительная активация изменяет функциональное состояние микроглии и может затрагивать гиппокамп и префронтальную кору, участвующие в регуляции эмоций, стрессового ответа и когнитивных функций, данные изменения могут сопровождаться «болезненным поведением»: утомляемостью, снижением мотивации, нарушениями сна и аппетита, ухудшением когнитивных функций. Часть этих проявлений имеет

сходство с симптомами депрессии, однако «болезненное поведение» и клиническая депрессия не являются тождественными состояниями.

Кишечная микробиота участвует во взаимодействии кишечника и ЦНС через совокупность метаболических, иммунных, нервных и эндокринных механизмов. Изменения её состава и активности могут способствовать нарушению кишечного барьера, развитию системного воспаления и изменению нейроиммунной регуляции. В то же время хронический стресс и активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси способны влиять на моторику ЖКТ, кишечную проницаемость, пищевое поведение и состав микробиоты. Двунаправленный характер этих процессов позволяет рассматривать ось «микробиота → иммунитет → мозг» как один из факторов, участвующих в сложном патогенезе тревожных и депрессивных расстройств.

Взаимосвязь социальных факторов и качества ремиссии пациентов шизофренического спектра

Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А.

ОБГУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия

Пациенты, страдающие шизофренией, составляют около 40% от общего числа стационируемых психически больных и 70% от всех лиц, госпитализированных с психозами (Гурович И.Я. и др., 2013). Проблема качества ремиссии, профилактики рецидивов, их раннего купирования является одной из наиболее актуальных проблем в процессе лечения и реабилитации больных шизофренией.

Цель исследования: изучить влияние социальных факторов на качество ремиссии пациентов с шизофренией.

Нами проанализированы клинические и социальные особенности пациентов с диагнозом шизофренического спектра, находящихся на лечении во 2 отделении ОГБУЗ «ТПКБ».

Результаты и обсуждение. В исследовании приняли участие 26 человек с диагнозом «шизофрения», находящихся на лечении в психиатрическом отделении. Пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу вошли 7 пациентов, имеющих изменения в ремиссии в течение последних 5 лет. Вторую группу составили 19 пациентов без существенных изменений течения ремиссии. В обеих группах возраст пациентов варьировался от 30 до 58 лет, длительность заболевания составила более 10 лет. Большинство имели вторую группу инвалидности. При поступлении у всех пациентов отмечалось обострение хронического психического расстройства, что выражалось количественным суммарным баллом по шкале PANSS: в первой группе – 231, во второй группе – 265. Преимущественными проявлениями в клинической картине во всех случаях были психопродуктивная симптоматика (бред, галлюцинации) и эмоционально-волевые нарушения, характеризующиеся изменениями поведения. Изучение социальной сферы показало, что у всех пациентов первой группы произошли изменения в социальном окружении в виде замены опекуна или смены места жительства с переходом под надзор другого родственника. В 3 случаях это способствовало устойчивости ремиссии и повышению показателей социального функционирования. У 4 пациентов отсутствие необходимого контроля со стороны родственников способствовало повышению количества госпитализаций. В одном из случаев это стало основой для совершения тяжкого правонарушения. У пациентов второй группы в социальной сфере существенных изменений не выявлено. В отделении пациенты обеих групп получали комплексную терапию: фармакологическое лечение осуществлялось согласно клиническим рекомендациям, преимущественно препаратами из группы нейролептиков, в том числе в ряде случаев

пролонгированного действия. Проводились психообразовательные занятия, психокоррекционная работа, реабилитационные мероприятия, симптоматическая терапия сопутствующих заболеваний. В результате проводимого лечения отмечалась редукция симптоматики по шкале PANSS. Причем наибольшая редукция наблюдалась у 42,8% пациентов первой группы и у 31,6% пациентов второй группы. Общими факторами в этих случаях были достаточный уровень комплаентности и благоприятные семейные отношения.

Данное исследование показывает прямую зависимость качества ремиссии пациентов с заболеваниями шизофренического спектра от уровня комплаентности и приверженности, социального окружения, психологических и личностных особенностей пациентов. Поддержка со стороны близких, отсутствие стигматизации, доступ к ресурсам и благоприятные условия жизни способствуют формированию критики к болезни и более высокому реабилитационному потенциалу.

Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности с преморбидными личностными расстройствами

Кисель Н.И.[1], Мандель А.И.[1], Эрдыниева Л.С.[2], Монгуш Р.Ш.[2], Хомушку С.А.[3], Биче-оол У.К.[3]

[1] Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия
[2] ГБУ «НИИ медико-социальных проблем и управления РТ», Кызыл, Республика Тыва, Россия
[3] ГУЗ «Республиканский наркологический диспансер», Кызыл, Республика Тыва, Россия

Алкогольная зависимость (АЗ) как одно из основных зависимых состояний не только в России, но и во всем мире остается серьезной медико-социальной проблемой. Женщины с АЗ сравнительно редко обращаются в учреждения наркологического профиля за медицинской и реабилитационной помощью. В связи с этим реальное состояние женской алкоголизации и динамику алкогольной болезни у женщин оценить достаточно сложно в связи со скрытым течением (например, склонность к употреблению алкоголя или другим формам аддиктивного поведения) и стигматизацией (Гилязева Г.А., 2018; Бохан Н.А., Анкудинова И.Э., Мандель А.И., 2014; Шайдукова Л.К., 2024). Обращают на себя внимание тяжелые медико-социальные последствия женского алкоголизма, быстрые темпы социально-общественной деградации (Пешковская А.Г., Мандель А.И., Иванова С.А., 2016; Bokhan N.A., Belokrylova M.F., Gutkevich E.V. et al., 2024; Шайдукова Л.К., 2024). Результаты многих научных исследований доказывают существенное воздействие этнокультуральных факторов на клинико-динамические характеристики психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя [Kim W Kim S., 2008; Пешковская, А.Г., Мандель А.И., 2015; Хомушку С.Д., 2019; Чухрова М.Г., Атаманова Г.И., Хомушку С.Д., 2019; Артемьев И.А., 2021; Douglass C.H,, Win T.M., 2023; Hill E.M., Mazurek M.E., 2024; Бохан Н.А., Куприянова И.Е., 2024].

Проведено комплексное клинико-психопатологическое обследование 123 женщин (средний возраст составил 40,7±8,9 года) тувинской этнической принадлежности, страдающих алкоголизмом и проходивших лечение в ГБУЗ «Республиканский наркологический диспансер» Республики Тыва. Из них у 42 женщин были выявлены нарушения психоэмоциональной сферы в преморбиде разной степени выраженности (указания на психическое заболевание, разного рода девиации характера, достигающие уровня психопатии, делинквентные формы поведения в подростковом возрасте).

Клинико-анамнестические данные о преморбидных личностных особенностях обследованных женщин, зависимых от алкоголя, выявили сравнительно большую частоту встречаемости акцентуированных личностей (63,6%), среди которых преобладают неустойчивые (28,6%), в меньшей степени – истероидные (16,6%), шизоидные (16,6%), эмоционально лабильные (11,9%) и сенситивные (11,9%) личности.

Минимальный возраст первой пробы алкоголя в среднем приходился на 14 лет (средний возраст 18,8±2,4 года). Мотивами употребления алкоголя в 33,3% случаев было стремление произвести впечатление, в 23,8% – испытать новые ощущения, в 19,0% – субмиссивные установки «под уговорами окружающих», в 14,3% – атарактический. Систематически (не реже 1-2 раз в неделю) женщины начинали употреблять алкоголь в среднем с 26,6±3,3 года. Возраст манифестации амнестических форм опьянения приходился в среднем на 31,4±4,3 года (с 23 до 43 лет), а к 33,2±5 годам в клинике алкогольной зависимости формировался синдром отмены. В среднем с 34,7±5,1 годам форма употребления алкоголя становилась псевдозапойной и длилась от 3 до 21 дня (7,8±4,7 дня в среднем). С 35,3±6,4 года в клинической картине АЗ встречались психотические проявления. Впервые за наркологической помощью женщины обращались в 37,9±7,2 года. На момент обращения продолжительность систематического приема алкоголя до развития клинической картины АЗ в 40,5% случаев варьировала от 3 до 5 лет, от 5 до 10 лет – 28,5%, от 1 года до 3 лет – 21,4%. Мотивы прекращения алкоголизации были обусловлены в 47,1% случаев напряженными ситуациями на работе или в семье (в том числе лишение родительских прав), в 28,6% – госпитализацией в порядке скорой помощи из-за психотических проявлений, в 19,0% – выраженным ухудшением соматического здоровья, осознание болезни и необходимости лечения встречались лишь у 4,7% обследованных.

Из всех обратившихся 57,1% женщин лечились по принуждению и настоянию близких, установки на терапию были отрицательными, 19,0% обследованных были намерены прекратить употребление алкоголя на определенный срок (как правило, не более года), 16,6% женщин после прохождения дезинтоксикационного курса лечения допускали для себя возможность пить «как все». Лишь 7,1% намеревались совершенно прекратить употребление алкоголя. Подавляющее большинство женщин, поступивших на лечение, рассчитывали на кратковременное пребывание в стационаре. 33,3% женщин были настроены пройти полный курс противоалкогольного лечения.

В большинстве случаев (95,3%) было диагностировано изменение картины опьянения – укорочение периодов эйфории, появление раздражительности, эксплозивно-дисфорической, депрессивной и истерической симптоматики, лабильности настроения. В 54,8% случаев поведение в опьянении носило асоциальный, агрессивный характер, что в 14,3% случаев приводило к привлечению к уголовной ответственности, в 33,3% – к лишению родительских прав.

В 43,1% случаев обследованные женщины обращались за наркологической помощью 2 и более раз, в 28,6% – однократно с целью купирования синдрома отмены, в 9,5% случаев мотивом обращения за помощью было абстинентное состояние (синдром отмены) с делирием. После проведенного курса психофармакотерапии в 57,1% случаев срыв ремиссии и рецидив алкоголизации происходил через 3 месяца, 16,7% обследованных начинали употреблять алкоголь через 6 месяцев. Максимальная длительность терапевтической ремиссии у женщин с АЗ длилась до 9 месяцев, встречалась редко – в 2,4% случаев. В 23,8% терапевтические ремиссии отсутствовали. Спонтанные ремиссии в подавляющем большинстве случаев (97,6%) в клинической картине алкоголизма не наблюдались. В период становления ремиссии (до 3 месяцев) психоэмоциональное состояние женщин по субъективной оценке характеризовалось как некомфортное, с раздражительностью, влечением к алкоголю, трудностями

структурирования времени. В 7,1% случаев психическое состояние описывалось как удовлетворительное, отмечалась легкая адаптация к трезвости, отсутствовало влечение к алкоголю. Причиной рецидива в 52,4% случаев была уверенность в возможности пить «как все», в 38,1% отмечалась ситуационно обусловленная актуализация патологического влечения к алкоголю, в 7,1% – ревизия эффективности лечения. В остальных случаях (2,4%) причиной срыва с последующим рецидивом были личностно значимые стрессовые ситуации (разрыв интимных отношений, судебные разбирательства, утрата или тяжелая болезнь близкого человека и т.д.).

Таким образом, проведенное исследование обнаружило, что формирование АЗ (от появления первых признаков до развития абстинентного синдрома) происходит прогредиентно. Выявлена высокая частота встречаемости измененной картины опьянения при формировании алкогольной зависимости, высокая распространенность психотических форм алкоголизма. АЗ характеризуется безремиссионным типом течения, актуализация влечения к алкоголю с последующим рецидивом заболевания в большинстве случаев была ситуационно обусловлена, в том числе низкой заинтересованностью в проведении противоалкогольного лечения с допущением возможности дальнейшего употребления спиртных напитков. Клинико-психопатологическая симптоматика и негативные разрушительные социальные последствия как результат алкоголизации и средовой дезадаптации в целом указывают на злокачественный характер развития АЗ у женщин тувинской этнической принадлежности.

Сложности разграничения диагностических границ при расстройстве адаптации

Коваль К.М., Мальцев В.С., Диденко А.В., Казенных Т.В.

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

Одной из центральных проблем концепции расстройства адаптации (РА) на протяжении нескольких десятилетий остаётся установление клинико-психопатологических различий между патологической и нормативной реакцией на стресс. В настоящий момент МКБ-10 не даёт достаточных ориентиров для клинического разграничения РА от адаптивных реакций с одной стороны, а с другой – от депрессивных проявлений и других расстройств преимущественно связанных со стрессом (Casey P., 2011), имеются в виду интенсивность и длительность стрессора (травмирующее событие, хронический конфликт, резкая жизненная перемена) и индивидуальная уязвимость. Такая неопределённость создаёт основание для патологизации нормальных эмоциональных реакций на жизненные события. Пересмотр концепции РА при разработке МКБ-11 был направлен на преодоление части этих ограничений. В отличие от прежнего понимания РА преимущественно как субсиндромального или остаточного диагноза, в МКБ-11 были выделены собственные позитивные психопатологические признаки: такие как озабоченность стрессором или его последствиями, так как сверхсосредоточенность на проблеме приводит к снижению концентрации, мотивации и общей продуктивности (preoccupation with the stressor) и нарушение адаптации (failure to adapt), сопровождающееся нарушениями в аффективной сфере, межличностном взаимодействии и повседневном функционировании (Maercker A. et al., 2013). Однако введение положительных диагностических признаков не устраняет полностью проблему диагностической специфичности РА (Shevlin H. et al., 2020, Lorenz L. et al., 2024). Не менее значима проблема дифференциации РА с другими психическими расстройствами, поскольку стрессовые жизненные события способны предшествовать развитию множества

психических заболеваний, включая посттравматическое стрессовое и обсессивно-компульсивное расстройства. Таким образом, необходимым условием является разрешение проблемы границ между РА и нормальными адаптивными реакциями и другими депрессивными и тревожными расстройствами (Bachem R., 2018).

Цель работы: обозначить современные клинико-психопатологические проблемы определения диагностических границ расстройства адаптации по отношению к нормативной реакции на психосоциальный стресс и другим психическим расстройствам.

На основании анализа современных исследований, проведенных с помощью поиска в научно-информационных системах PubMed и eLibrary за период с 2013 по 2026 г. по ключевым словам “adjustment disorder(s)“, «расстройство(а) адаптации» было установлено, что имеющиеся на сегодняшний день данные пока не позволяют определить строгие клинико-психопатологические признаки, которые качественно отделяли бы РА от выраженной, но нормативной реакции на стресс, а также от аффективных, тревожных и других стресс-ассоциированных расстройств. Вместе с тем перспективным направлением исследований является сравнительное изучение структуры и сочетаний симптомов, выраженности функционального нарушения и особенностей психопатологических проявлений у лиц с РА, нормативной стрессовой реакцией и другими психическими расстройствами. Определение таких признаков необходимо как для повышения диагностической валидности РА, так и для уменьшения риска патологизации нормальной адаптации и необоснованной диагностики других психических расстройств.

Формирование депрессивных состояний как результат реализации виктимного потенциала личности женщин – жертв насилия

Кожевникова Т.А.[1], Костарев В.В.[2]

[1] ФГБОУ ВО «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева», Красноярск, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Красноярский государственный аграрный университет», Красноярск, Россия

Глобальной проблемой нарушения прав человека в современном мире является насилие по отношению к женщинам, которое приводит к психическим расстройствам и проявляется снижением настроения, тревожностью, эмоциональной лабильностью, ухудшением качества жизни. Длительное домашнее насилие может приводить к депрессивным расстройствам и депрессии. Депрессия является одним из наиболее часто встречающихся психических расстройств. Поданным ВОЗ, около 20% обращений к специалистам поликлинического звена обусловлены расстройствами депрессивного характера. Феномен домашнего насилия многогранен, и изучение его требует исследования как психологических, так и индивидуальных качеств личности пациента, одним из которых является виктимное поведение.

Целью исследования явилось установление взаимосвязи между проявлениями виктимного поведения и депрессивными расстройствами у женщин – жертв домашнего насилия.

Работа проведена на выборке женщин – жертв домашнего насилия, находящихся на реабилитации в кризисном центре. Всего обследовано 34 женщины в возрасте от 30 до 40 лет. В ходе исследования использовалась авторская анкета с целью установить вид и длительность насилия, семейное положение, образование, наличие детей. Экспериментальную группу составили женщины, испытывающие насилие в среднем 7,4+1,8 года, имеющие детей, не состоящие в браке, без постоянного места работы. Все испытуемые прошли консультативное обследование у врача-психиатра и клинического психолога. На основании проведенного обследования женщинам – жертвам

домашнего насилия согласно МКБ 10 был выставлен диагноз F60.3 – «Эмоционально неустойчивое расстройство личности, пограничный тип». Основными жалобами женщин – жертв насилия являлись эмоциональная неустойчивость, ощущение внутренней опустошённости, раздражительность и тревожность, низкая самооценка, напряжённые отношения с партнером с чередованием проявлений идеализации и ненависти. Так как в исследовании использовалась неслучайная выборка полученные результаты не могут быть однозначно распространены на всех испытуемых, но они репрезентативны для данной категории женщин.

В работе использовались психолого-психодиагностические методы: стандартизированный тест-опросник О.О. Андронниковой (2023) Склонность к виктимному поведению и предрасположенности к реализации различных форм виктимного поведения. Для выявления признаков депрессивных проявлений у испытуемых женщин – жертв насилия использовался психодиагностический опросник Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory, BDI) А.Т. Бека (1961). Применялись методы математической статистики: коэффициент корреляции r-Пирсона, t-критерий Стьюдента

Анализ результатов по опроснику «Склонности к виктимному поведению и предрасположенности к реализации различных форм виктимного поведения» установил завышенные значения по следующим шкалам. Шкала реализованной виктимности составила 9,4±2,13 стен, отмечалась в 39±8,14% случаев, шкала склонности к агрессивному виктимному поведению, составила 8,1±0,94 стен, выявлена в 25±8,43% случаев, шкала склонности к некритичному поведению, свойственная личности, оправдывающей агрессора (8,8±2,14 стен), была определена у 24,3±6,14% женщин – жертв насилия. В 54,7±9,14% случаев в группе испытуемых выявлено увеличение (9,4±1,14 стен) параметров шкалы склонности к зависимому и беспомощному поведению. Увеличение предрасположенности к гиперсоциальному виктимному поведению в соответствии с показателями шкалы зафиксировано в 19,5±3,22% случаев в группе обследованных женщин.

Оценка итогов исследования по методике Бека установила наличие депрессивных состояний у всех испытуемых. Легкая степень депрессивных проявлений отмечалась в 34,8±7,4% случаев, средняя степень – у 59,8±11,4% женщин. Полученные данные по когнитивно-аффективным субшкалам (С-А) определили расстройства личности испытуемых, обусловленные отклонениями в эмоционально- познавательный сфере. Так, проявления тревожности установлены в 59,7±10,4%, апатии – в 54,2±12,9%, повышенное беспокойство – в 65,6±9,3%, навязчивые мысли – в 56,3±8,5%, утомляемость – в 70,1±11,1%, повышенная мнительность – в 60,1±9,8%), обидчивость – в 53,3±7,6%, снижение концентрации внимания – в 74,5±11,7%.

Проведенный корреляционный анализ показал положительную зависимость между шкалой склонности к агрессивному виктимному поведению и шкалой реализованной виктимности (r=0,767**). Определена высокая положительная корреляция между шкалами склонности к зависимому поведению и шкалами агрессивного виктимного поведения (r=0,904**). Статистически положительные корреляционные зависимости выявлены между шкалами реализованной виктимности и шкалами склонности к зависимому поведению (0,739**), а также шкалами склонности к агрессивному поведению (0,767**). Отрицательная корреляционная зависимость проявилась между шкалами склонности к гиперсоциальному виктимному поведению и шкалами склонности к некритическому поведению (r=-0,407*).

Исследование установило, что жертвенное поведение имеет отрицательную взаимосвязь с проявлениями, демонстрирующими поверхностную оценку ситуации, неосмотрительность неосторожность, невнимательность, неумение правильно оценивать любые жизненные ситуации. Анализ статистической взаимосвязи между

показателями, характеризующие виктимное поведение, и данными шкалы депрессии установил положительную корреляционную зависимость между шкалой склонности к агрессивному виктимному поведению и легкой степенью депрессивных проявлений у женщин жертв домашнего насилия (0,631*). Кроме того, выявлена положительная корреляционная зависимость между шкалой склонности к зависимому и беспомощному поведению и депрессивными проявлениями средней степени тяжести.

Таким образом, полученные результаты установили множественную вариативность виктимного поведения у женщин – жертв домашнего насилия. Выявлены одновременно проявляющиеся агрессивные, инициативные характеристики виктимности, а также зависимые пассивные. Это подтверждает виктимологически сложившийся устойчивый жизненный стереотип позиции жертвы. Это свидетельствовало о неожиданно высокой положительной корреляции между пассивным и активным типами жертвы насилия ($r=0,932$; $p<0,001$). Разноплановые проявления виктимного поведения, взаимно исключаемых параметров в психологическом статусе испытуемых установило в данном случае ролевой конфликт, являющийся базой психической дезадаптации, когда поведение приобретает аутодеструктивную характеристику. Наличие положительных корреляционных связей между шкалами агрессивного виктимного поведения и параметрами шкал легкой степени депрессивных проявлений, а также между шкалами депрессивных проявлений средней степени тяжести и шкалами склонности к зависимому и беспомощному поведению подтверждает влияние виктимных личностных появлений личности на развитие депрессивных состояний. Нервная система женщин – жертв насилия находится в состоянии постоянного стресса, что делает их уязвимыми к новым негативным воздействиям и способствует развитию депрессивных состояний. Полученные результаты настоящей работы установили интегративные взаимосвязи между виктимным поведением и депрессивными состояниями у женщин, подвергающихся домашнему насилию. Научные исследования виктимного поведения и его проявлений у жертв домашнего насилия помогут определять психологические отклонения от норм безопасного поведения в социуме и внедрять на этой основе реабилитационные и корригирующие превентивные мероприятия.

Влияние фактора проживания в сельской местности на развитие алкогольной зависимости

Коньков В.И.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Проблема развития сельских территорий в ряде регионов РФ продолжает оставаться одной из наиболее значимых, что в ряде случаев связано с недостаточным вниманием со стороны администрации данных сельских населенных пунктов. Безработица, финансовая неустроенность, ощущение своей бессмысленности, долгосрочные негативные перспективы определяют критические последствия для жизни индивидов сельских поселений. Особенно это касается молодежи, что создает определенные предиспозиции для развития болезней зависимости, в частности алкоголизма, так как алкоголь в данных ситуациях является наиболее легкодоступным ПАВ.

Цель исследования: проследить динамику развития зависимости от ПАВ (алкоголь) в условиях сельского образа жизни.

Работа выполнялась на базе сельского населенного пункта Новгородской области. Исследование было выполнено на выборке из 22 жителей (14 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 26 до 65 лет (33, 40, 18 лет). Участники исследования выразили

добровольное согласие принять участие в интервьюировании. Со всеми участниками исследования была проведена беседа, позволяющая оценить текущее психическое состояние с оценкой проблематики зависимости от ПАВ, где не определялась степень его тяжести. Интерпретация результатов исследования проводилась с оценкой статуса каждого индивидуума в отдельности.

Беседа с вышеуказанным контингентом позволила выявить, что среди его мужской части в возрасте до 40 лет преимущественно преобладало злоупотребление алкоголем, которое носило регулярный и постоянный характер. Прием алкоголя данная группа индивидов преимущественно связывала с дефицитом производственной деятельности («это расслабляет, меньше думаешь о негативе окружающего…»). Более старшие респонденты (n=7) занимались частным фермерством; прием алкоголя у них носил периодический, нерегулярный характер. Работа на своей собственной территории предоставляла свободу и независимость, занимала большую часть времени. Для большинства обследованных женщин характерны постоянная домашняя забота (бытовые проблемы, эмоциональная поддержка близких, забота о членах семьи, пожилых и больных родственниках), нежелание прибегать к алкоголю для ухода от реальности. Они весьма негативно относились к употреблению алкоголя мужской частью сельского поселения. Всячески пытались его прервать, остановить, но в действительности им это практически не удавалось.

Результаты исследования позволили выявить, что регулярное употребление алкоголя в основном было представлено среди мужского населения указанного сельского населенного пункта в возрасте до 40 лет.

Нарушение межличностной коммуникации в современном обществе

Коньков В.И.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

Проблема межличностной коммуникации, психического и социального взаимодействия с учетом социально-культурных различий и эмоционально-личностных барьеров является актуальной проблемой для современного общества. В первую очередь в связи с тем, что в настоящее время большинство людей предпочитает виртуальное общение реальному. Зачастую складывается ситуация, когда компания людей, чаще всего это отмечается среди молодежи до 30 лет, сидят за одним столом в полной тишине и малодоступности для окружающих, так как каждый представитель этой группы активно занят перепиской в мессенджере с другим смобеседником. Почему так происходит?

Современное общество сталкивается с проблемой роста популярности виртуального общения в ущерб реальному. Нарушение коммуникаций людей между собой в основном связано с отсутствием необходимости наглядно-образного представления, которое закладывается еще в детском возрасте. Среди нынешней молодежи, включая детей и их более взрослых ровесников данный аспект заменен большим выбором игрушек, красочных мультфильмов, компьютерных игр – т.е. виртуальной и уже созданной реальностью. Реальностью сформированной и появившейся вне зависимости от участия потребителей, а сгенерированной производителями-разработчиками игрового контента и виртуального мира.

У людей прошлого времени, когда был большой дефицит не только продуктов жизнедеятельности, но и игрушек, которые бы могли занять ребенка, это приводило к взаимодействию и общению детей между собой. В работу включалось, вступало их образное мышление, которое заставляло моделировать и изготавливать новые игрушки. Подобным способом формировались масштабные игровые пространства,

в которых дети взаимодействовали между собой посредством передачи информации с помощью слов, жестов, мимики, озвучивая свои представления, помогая их принять и представить товарищу по игре.

Совсем иная картина отмечается у современных детей, когда их внимание уже отвлечено созданными игрушками, когда ребенку не нужно самому ничего воображать и придумывать, с кем-то коммуницировать для передачи своего представляемого образа, что в дальнейшем приводит к атрофии сознательно-образного мышления, коммуницирования.

Данная проблема уже начинает отражаться на педагогической деятельности, когда оценка знаний и умений, так же как и подготовка к ним, производится посредством тестов, а не за счет опроса или устной работы, не за счет способности говорить и правильно доносить информацию. Итогом чего становится потеря навыков передачи информации обучающего характера, что в дальнейшем приводит к трудностям адаптации индивида при попадании на новое место работы, учебы и т.п. Неразвитые вербальные навыки мешают ребенку познавать и осмысливать происходящее вокруг, что приводит к замедленной реализации учебных и трудовых функций и умений и представляет собой экономическую нецелесообразность, создавая тем самым задержки в достижении и решении поставленных целей и задач.

Дизрегуляция MAPK/ERK внутриклеточного сигнального пути у больных шизофренией

Копнов И.С., Михалицкая Е.В., Петкун Д.А., Корнетова Е.Г., Иванова С.А., Бойко А.С.

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

В России сохраняется высокая распространённость шизофрении, при этом значительна доля фармакорезистентных и когнитивно-дефицитарных форм (Бобровникова А.С. и др., 2015; Мартынихин И.А. и др., 2015, Корнетова Е.Г. и др., 2026). Молекулярные механизмы, лежащие в основе этиологии и патогенеза заболевания, по-прежнему недостаточно изучены; исследования в этом направлении продолжаются, поэтому анализ ключевых регуляторных белков, кодирующих их генов и сигнальных путей, в которых они задействованы, представляется перспективной задачей и может прояснить их вклад в развитие шизофрении (Kvajo M. et al., 2010; Ma L. et al., 2014). Связь с шизофренией продемонстрировали гены, связанные с регуляцией синаптической пластичности, и гены, влияющие на работу глутаматергической системы. Центральную роль в нейропастичности играет мозговой нейротрофический фактор (BDNF), снижение которого ассоциировано с когнитивным дефицитом – ухудшением памяти, внимания, способности к обучению и другим познавательным функциям (Wang C.S. et al., 2022; Liberona A. et al., 2024). Предлагается использовать уровень BDNF или определённый генетический вариант в качестве биомаркера, предсказывающего, как пациент отреагирует на лечение при шизофрении и биполярном расстройстве. Связывание BDNF со своими рецепторами запускает несколько внутриклеточных сигнальных каскадов, среди которых можно выделить путь MAPK/ERK, который ассоциирован с шизофренией.

Цель исследования: изучить основные регуляторные белки MAPK/ERK-сигнального пути у больных шизофренией на разных уровнях молекулярного профилирования.

В исследование были включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Томск), ОГБУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница» (Томск), ГБУЗ «Кузбасская

клиническая психиатрическая больница» (Кемерово), БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова (Омск). В основную группу включены пациенты 18–65 лет русской этнической принадлежности с диагнозом шизофрении (F20 согласно МКБ-10, длительность катамнеза ≥1 года), получающие антипсихотическую терапию. В группу контроля включены 193 психически и соматически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами основной группы. Исследование одобрено локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НМИЦ (протокол ЛЭК № 165 от 18 сентября 2023 г.), все участники подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

Для генетических исследований было проведено комплексное обследование 371 больных шизофренией (49,2% мужчин и 50,8% женщин). Возраст пациентов составил 38,5 [33; 48] года. Длительность шизофрении – 14 [6; 21] года.

Генотипирование полиморфных вариантов генов rs6265, rs11030104 (*BDNF*), rs8136867, rs3810608 (*MAPK*), rs6740584 (*CREB1*) выполняли лабораторным методом ПЦР в реальном времени с TaqMan-зондами на амплификаторе QuantStudio 5 Real-Time PCR System (Applied Biosystems, США) с применением наборов реагентов БиоМастер UDG HS-qPCR Lo-ROX (2×) (Биолабмикс, Россия).

Уровень экспрессии генов MAPK и CREB1 определяли методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) с использованием наборов реагентов DT-prime (ДНК-технология, Россия) и BioMaster RT-qPCR (2×) (Биолабмикс, Россия) у 31 пациента основной группы и 20 здоровых контрольной группы.

Определение содержания BDNF и экспрессии регуляторных белков проводили в мононуклеарах периферической крови 58 пациентов основной группы и 60 человек контрольной группы.

Мононуклеары выделяли из венозной крови центрифугированием на градиенте фиколла. Внутриклеточный BDNF определяли методом ИФА (FineTest, Китай). Экспрессию ERK1/2, STAT3, STAT5, IGF1R, IRS1, IR, TSC2, CREB1 оценивали мультиплексным анализом (наборы Merck Millipore, Германия) на мультиплексных анализаторах MAGPIX и Luminex 200 (Luminex, США; на базе ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ).

Статистическую обработку данных проводили в программном обеспечении SPSS. Применяли χ^2 Пирсона, U-критерий Манна-Уитни, точный критерий Фишера, критерий Краскела-Уоллиса.

Установлено, что внутриклеточный уровень BDNF у больных шизофренией (19,35 [14,58; 21,42] нг/мл) и здоровых добровольцев (17,24 [13,63; 19,06] нг/мл) статистически значимо не различался ($p=0,23$). В то же время в мононуклеарах пациентов обнаружено статистически значимое повышение экспрессии протеинкиназ ERK1/2 ($p=0,011$) и STAT3 ($p<0,001$) относительно условно здоровых контрольной группы. Содержание *CREB1*, *STAT5*, *IGF1R*, *IRS1*, *IR* и *TSC2* в сравниваемых группах статистически значимо не различалось ($p>0,05$ для всех сравнений).

Анализ мРНК показал статистически значимо ($p=0,001$) более высокий уровень экспрессии гена *MAPK* у больных шизофренией по сравнению с практически здоровыми лицами. Экспрессия гена *CREB1* статистически значимо не различалась: у практически здоровых – 4,508 [4,008; 5,020], у пациентов – 4,34 [3,59; 5,485] ($p=0,985$).

Проверка равновесия Харди–Вайнберга для всех исследованных полиморфизмов (rs6265 и rs11030104 гена *BDNF*, rs8136867 и rs3810608 гена *MAPK*, rs6740584 гена *CREB1)* не выявила отклонений ни в группе больных, ни в контроле. Ассоциативный анализ частот генотипов и аллелей не обнаружил статистически значимых различий

между пациентами с шизофренией и здоровыми лицами ни по одному из локусов ($p>0,05$).

Таким образом, проведенное нами исследование впервые продемонстрировало дисрегуляцию в экспрессии регуляторных белков и генов основных регуляторных белков, принимающих участие в BDNF-зависимом MAPK/ERK-сигнальном каскаде у больных шизофренией по сравнению со здоровыми лицами. Компоненты MAPK/ERK-сигнального каскада могут представлять потенциальный интерес для дальнейших исследований в качестве мишеней для диагностики и терапии эндогенных психических расстройств.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 23-75-10072 «BDNF-опосредованные внутриклеточные сигнальные каскады в клиническом полиморфизме и когнитивном дефиците при шизофрении».

Социально-клинические характеристики молодых пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами

Кривощапова Т.Н., Логачева А.А.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия

По данным Росстата, с 2020 по 2024 г. заболеваемость депрессиями, стрессовыми и тревожными расстройствами выросла на 21,5%. Молодые люди с тревожно-депрессивными расстройствами проживают свои наиболее продуктивные годы с плохим здоровьем и низким качеством жизни. Из-за высокой тревожности и низкой коммуникации снижается показатель социального функционирования. Это приводит к проблемам в учебе/работе, межличностных отношениях, развитию вредных привычек и зависимостей. Для улучшения результатов лечения необходим глубокий анализ сложившейся ситуации.

Цель: выявить проблемы социального функционирования у лиц молодого возраста с тревожно-депрессивными расстройствами.

Нами проанализированы социально-клинические особенности пациентов 18-35 лет, проходивших лечение в дневном стационаре ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница».

В исследовании приняли участие 42 человека, из них 14 мужчин и 28 женщин. У 52% исследуемых первичное обращение к врачу-психиатру зафиксировано менее года назад, однако сами пациенты относили начало заболевания к более раннему периоду, в среднем от 3 лет. Отрицательное отношение в семье пациента к факту наличия заболевания и стигматизация приводили к более позднему обращению за квалифицированной помощью, что усугубляло имеющиеся психосоциальные проблемы. Большинство исследуемых не имели долгосрочных личных отношений. В браке/гражданском браке состояло 30,9%, в разводе – 4,8%. Настораживает факт, что только 9,5% исследуемых имели детей. При этом 71,4% выразили стойкое отрицательное отношение к возможности наличия в будущем собственных детей. Имели постоянный заработок 12 пациентов, но спецификой и условиями работы были удовлетворены всего 5 человек. Остальных работа не устраивала по целому ряду показателей, однако никаких изменений они не планировали. Обучались в высших или средних специальных учреждениях 19 человек, но большинство из них отмечали неудовлетворенность выбранной специализацией в учебном заведении, поскольку выбор за них сделали родители. Остальные 26,2% перебивались случайными заработками или вели иждивенческий образ жизни. Все исследуемые имели внутриличностные конфликты, связанные с потребностью в посторонней помощи, необходимостью подчинения, страхом неудач, отсутствием жизненных целей и установок, низкой направленностью на преодоление трудностей. Сложные

взаимоотношения в семье и социуме в сочетании с психологическими особенностями личности способствовали развитию тревожности. Низкие навыки социальной коммуникации приводили к чувству своей недооцененности, неспособности нравиться окружающим, что стимулировало развитие тревожности и депрессивных проявлений.

Сочетание неблагоприятных семейных и социально-психологических факторов способствовало развитию тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста. Данная группа пациентов нуждается в комплексной психокоррекционной работе. Психологическая поддержка повышает возможности социальной адаптации пациентов. Психосоциальная работа должна проводиться не только с самим пациентом, но и с членами семьи на основе биопсихосоциального подхода. Улучшение эмоционального климата в семье благоприятно влияет на течение заболевания, способствует повышению социальной компетентности и уровня социального функционирования.

Персонализация жилой среды как направление человеко-центрированного сопровождения лиц, проживающих в домах социального обслуживания, с ментальными нарушениями

Круглик А.И.[1], Сокун Д.А.[2]

[1] Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Дом социального обслуживания «Покровский», Санкт-Петербург, Россия

[2] Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Дом социального обслуживания «Покровский», Санкт-Петербург, Россия

Современная трансформация психиатрической и социальной помощи предполагает постепенный переход от медицинской модели, в которой человек рассматривается преимущественно через призму диагноза, к трансдиагностической. Эта универсальная модель ориентирует специалистов на оценку сохранных возможностей, когнитивного функционирования, рациональных, эмоциональных и психологических потребностей, социального контекста и индивидуальных жизненных целей независимо от нозологии расстройства. Переименование психоневрологических интернатов в дома социального обслуживания, последовательно осуществляемое в России в последние годы, отражает именно эту концептуальную переориентацию. В соответствии с этим проживающий дома социального обслуживания выступает не просто объектом ухода, а рассматривается как субъект, активный и равноправный участник планирования собственной повседневности.

Человеко-центрированное сопровождение предполагает признание права проживающего на выбор, приватность, привычный образ жизни и участие в решениях, затрагивающих его личное пространство. Следовательно, поддержка автономии, самостоятельного анализа ситуацию и своих возможностей, субъектной позиции может рассматриваться как самостоятельная задача психологической и социальной реабилитации. Одним из практических способов её реализации является персонализация жилой среды – процесс совместного с проживающим определения состава предметов личного пространства, принципов организации хранения, зонирования комнаты и включения биографически значимых объектов, отражающих индивидуальные интересы и жизненный опыт человека. Психологический смысл подобной деятельности состоит в расширении контролируемости среды и возможности осуществлять посильный выбор. Личная комната должна быть не только местом проживания, но и доступным для человека пространством восстановления, уединения и самовыражения.

Персонализация жилой среды воздействует на психологическое состояние проживающего через несколько взаимосвязанных механизмов: 1) расширение воспринимаемого контроля над пространством снижает выученную беспомощность и поддерживает мотивацию к бытовой активности; 2) присутствие биографически значимых предметов и образов укрепляет непрерывность личностной идентичности – ресурс, особенно уязвимый при длительной институционализации; 3) возможность уединения и сенсорной регуляции среды снижает хроническую тревогу и аффективную нестабильность, характерные для ряда психических расстройств. Наконец, участие в преобразовании пространства само по себе является реабилитационным действием: оно задействует планирование, принятие решений и коммуникацию – функции, систематически страдающие при ментальных расстройствах. Активная деятельность позволяет человеку ощутить свою значимость, развить уверенность в себе, научиться ставить цели и добиваться результатов.

Реализация персонализации требует скоординированного участия специалистов на трех последовательных этапах.

Этап 1 – диагностический. Медицинский психолог проводит беседу, полуструктурированное интервью и при необходимости нейропсихологическое обследование, которое выявляет средовые предпочтения, значимые объекты, сенсорную чувствительность, актуальный уровень инициативы и объем необходимой поддержки. Психиатр оценивает клиническое состояние, определяет противопоказания и допустимую степень самостоятельности проживающего. Психотерапевт оценивает эмоциональный профиль проживающего, выявляет паттерны избегающего поведения и амбивалентные установки в отношении предстоящих изменений среды.

Этап 2 – проектировочный. Социальный реабилитолог совместно с проживающим формирует перечень реализуемых средовых изменений, обеспечивает их согласование с администрацией учреждения и координирует привлечение необходимых материальных ресурсов. Средний медицинский персонал осуществляет оценку бытовых рисков, связанных с безопасностью предметов и доступностью зон пространства, а также предоставляет сведения о наблюдаемых предпочтениях проживающего, накопленных в ходе повседневного взаимодействия с ним.

Этап 3 – реализация и мониторинг. Проживающий непосредственно участвует в обустройстве пространства в той мере, в какой позволяют его функциональные возможности. Медицинский психолог отслеживает эмоциональную реакцию на изменения, динамику инициативы. Психотерапевт при необходимости работает с сопротивлением или тревогой, возникающей в связи с переменами. Средний медицинский персонал фиксирует паттерны поведения в ходе ежедневного наблюдения. Результат оценивается по субъективной удовлетворенности пространством проживающего, выраженности чувства приватности и контроля, инициативе в бытовой активности, эмоциональному состоянию и социальной включенности.

Подводя итог, персонализация жилой среды (доступной, безопасной, комфортной и дружественной**)** дома социального обслуживания с учетом индивидуальных особенностей конкретного человека является значимым направлением реабилитации, подкрепленным эмпирическим обоснованием и реализуемым посредством структурированного междисциплинарного взаимодействия. Практическое внедрение данного подхода позволяет преодолеть разрыв между декларируемыми принципами уважения достоинства и поддержки автономии и их реальным воплощением в повседневной жизни проживающего. Персонализированная жилая среда выступает средовым условием психосоциальной реабилитации. Она не заменяет медицинское вмешательство, а способствует тому, чтобы результаты сохранялись и интегрировались в повседневную жизнь человека.

Влияние уровня притязаний на самовосприятие у пациентов с шизофренией

Кудрина И.С.

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

Пациенты с параноидной шизофренией склонны оценивать свой уровень притязаний как очень высокий без критической оценки, что свидетельствует о недостаточно реалистичном взгляде на себя, собственные возможности и заболевание. Подобная установка формирует искажённое самовосприятие, которое отражается на отношениях с близкими и функционировании в профессиональной сфере, так как особенности личности, паттерны поведения влияют на то, как человек адаптируется к условиям труда, управляет своим состоянием и ресурсами. функционирует в рабочей среде (Злоказова М.В., 2024). Кроме того, возраст дебюта психоза у лиц из группы риска, а также тяжесть хронических расстройств шизофренического спектра имеют прямую взаимосвязь с социальными детерминантами (Eger G., 2022).

Опубликованные данные подчёркивают необходимость изучения того, как уровень притязаний влияет на самовосприятие больных шизофренией.

Проведен аналитический обзор литературных трудов зарубежных авторов за последние 5 лет.

Социальная и профессиональная дезадаптация пациентов с шизофренией во многом сопряжена с нарушениями мотивационной сферы, и в частности – с уровнем притязаний, который выступает компонентом самовосприятия. Согласно работе (Злоказова М.В., 2024), больные параноидной шизофренией оценивают свои притязания как очень высокие, что отражает нереалистичный взгляд на себя, свои возможности и заболевание, а также искажает самовосприятие и негативно сказывается на близких и профессиональной реализации. В то же время отсутствие работы отрицательно влияет на уровень притязаний: при его снижении ухудшается и оценка пациентом своего профессионального будущего, что в совокупности приводит к снижению качества самовосприятия в целом. В ходе терапии отмеченные факторы (семья, образование, высокая самооценка) могут быть задействованы как ресурсы для формирования мотивации, способствующей коррекции самовосприятия. Показано, что возраст манифестации психоза и отягощение хронических психотических расстройств непосредственно связаны с этими детерминантами (Eger G., 2022). Одним из ключевых факторов выступает социальная разобщённость, под которой понимается сужение социальных связей. Социальная изоляция, отражающая малое число или полное отсутствие контактов, является известным фактором риска ухудшения здоровья и преждевременной смертности. В работе показано, что у людей со стабильными социальными связями вероятность выживания в последующие годы была примерно на 50% выше, чем у тех, чьи связи были слабыми (Holt-Lunstad J., 2022).

Также важным параметром является нестабильность социальных отношений, которая противоположна социальной сплочённости и поддержке. В недавнем исследовании (Jester D.J., 2023) было доказано, что значимую связь между этой характеристикой и психозом, включая его распространённость, возраст дебюта, тяжесть негативных симптомов и продолжительность нелеченного психоза. Исследователи выделили четыре категории лиц, наиболее уязвимых к такой нестабильности: домохозяйки, одинокие люди, недавно переехавшие и арендаторы жилья. В районах с самым высоким уровнем нестабильности социальных отношений показатели распространённости шизофрении и частоты первой госпитализации с психотическими симптомами были в 4 и 12 раз выше, чем в районах с самыми

низкими показателями. Кроме того, жилищная нестабильность предсказывала более ранний возраст начала психоза среди лиц с первым эпизодом.

Ряд авторов предполагает, что основным биологическим механизмом возникновения шизофрении выступает дисфункция дофаминовой системы, а психосоциальные факторы, такие как психологические травмы, миграция, дискриминация и социальная изоляция, играют дополняющую и усугубляющую роль (Varchmin L., 2021); например, генетическая склонность к тревожности, хронический стресс на работе или в семье становится «спусковым крючком», который запускает развитие клинически значимой тревоги или депрессии. Эти неблагоприятные воздействия нарушают адекватное самовосприятие, порождают фоновую тревогу, чувство небезопасности и утрату смысла жизни, что ведёт к снижению качества жизни, сомнениям в социальных контактах и обесцениванию прежнего опыта и знаний. Как следствие, развивается чрезмерная концентрация на внешнем мире и окружающих людях, при которой реальность искажается и формируется бредовое мышление. Подобная динамика, сопряжённая с интенсивным информационным потоком и неустойчивыми личностными убеждениями, может способствовать возникновению как позитивных, так и негативных симптомов шизофрении. Хронический социальный стресс, вызванный трудностями в межличностных отношениях, также может провоцировать манифестацию или обострение психоза (Ku B. S., 2021). Такие стрессоры, называемые повторяющимися токсическими, участвуют в формировании когнитивных ожиданий и искажённого восприятия (Castillejos M.C., 2018). При этом субъективная оценка своего социального окружения как достаточно обширного способствует снижению уровня стресса, который является фактором риска развития шизофрении. В то же время негативные симптомы – ангедония и апатия – ослабляют социальную мотивацию и социальные навыки, ухудшая межличностные отношения желание поддерживать контакты (Degnan A., 2018).

Уровень притязаний является одним из значимых факторов, влияющих на самовосприятие пациентов с шизофренией и усугубляющих течение патологии. В терапевтической работе с такими больными целесообразно опираться как на имеющиеся внутренние ресурсы, так и на целенаправленное формирование мотивации, способной позитивно влиять на самовосприятие.

Клиническая феноменология тонического и фазического крейвинга

Кудряшов М.А.
ЛОГБУЗ «Выборгский межрайонный наркологический диспансер», Выборг, Россия

Крейвинг в действующих диагностических критериях (МКБ-11, DSM-5) определяется как сильное/непреодолимое «желание» (desire), «позыв» (urge), «внутреннее влечение» (internal drive) употребить вещество – без раскрытия того, какие именно внутренние переживания должны стоять за этими терминами, чтобы состояние можно было бы отнести к крейвингу. Это само по себе уже является отдельной фундаментальной проблемой аддиктологии – например, до сих пор нет консенсуса, являются ли все три перечисленных термина синонимами или они содержательно разные. В литературе противославляют две формы крейвинга, различающиеся происхождением: фазический (спровоцированный) крейвинг вызывается преимущественно внешними обстоятельствами – сигналами (cues), связанными с прошлым употреблением, и стрессом, – тогда как тонический (фоновый) вызывается преимущественно эндогенно, состоянием самого организма, в первую очередь абстиненцией. Сами термины «тонический» и «фазический» заимствованы из нейрофизиологии, где ими описывают два режима активности нейрона – непрерывную фоновую импульсацию и кратковременные «залповые» разряды соответственно.

Энтони Грейс предложил это различие в 1991 г. применительно к дофаминергической дисрегуляции при шизофрении и в 2000 г. по отношению к алкогольному и психостимуляторному крейвингу. В том же году Саул Шиффман предложил различать «фоновый» (background) и «эпизодический» крейвинг, исходя из его «временной динамики и предполагаемой причинности». У табачных курильщиков вспышки спровоцированного крейвинга могут продолжаться неделями после отказа даже тогда, когда фоновая тяга угасла вместе с разрешением абстинентной симптоматики. С другой стороны, возможна обратная картина: так, систематический обзор «протрагированного алкогольного абстинентного синдрома» показывает, что крейвинг (по обсессивно-компульсивной шкале влечения к алкоголю) снижается медленно и не до нуля – с 24–25 баллов на момент начала воздержания до 9–11 баллов через три месяца (значение 7 баллов и выше отличает социально пьющих от лиц с алкогольной зависимостью), то есть месяцами держится на невысоком, но не исчезающем уровне, даже без явных провоцирующих эпизодов.

Хотя Шиффман разделил две формы крейвинга на основе «временной динамики» (time dynamics, т.е. частота, длительность, амплитуда колебаний интенсивности на шкале «объективного», хронометрического времени), важно поставить вопрос и о его темпоральной динамике (temporal dynamics), то есть о том, как он развертывается во внутреннем, проживаемом времени пациента. Фазический крейвинг может переживаться как абсолютно непереносимый, но при этом обладающий в будущем пределом, после которого он прекратится. Тонический – как «тлеющий», «сверлящий», тягостный, но «вполне терпимый» – и при этом не имеющий никакой возможности потенциального завершения в будущем. Однако если состояние (тяга, болезнь, боль) не переживается как способное завершиться (или даже ухудшиться) в будущем, это означает, что его будущее не отличается от настоящего и что тогда «я-испытывающий-тягу» существует всегда в вечном настоящем, ведь его будущее не раскрывается как горизонт, где есть возможность отсутствия «меня-испытывающего-тягу». Это может быть одним из объяснений, почему бывшие зависимые, находящиеся в многолетнем воздержании, часто внутренне продолжают ощущать себя как «всё-еще-зависимых» (ср. выражение «сухой алкоголизм»/dry drunk syndrome).

Таким образом, клиническое различие двух форм крейвинга крайне важно, однако наиболее распространённые шкалы самоотчёта (визуальная аналоговая шкала, PACS, OCDS) оценивают его частоту, интенсивность, длительность желания употребления, но не форму переживания; в результате пациент с постоянной умеренной тягой и пациент с редкими сильными её вспышками могут получить сходный суммарный балл. Конечно, существуют инструменты, различающие типы крейвинга: например, Craving Typology Questionnaire (основанный на трехаспектной психобиологической модели Рула Верхейла) разводит три его формы (вознаграждения, облегчения и обсессивную), однако это различение относится прежде всего к его мотивационно-психологическим компонентам и предполагаемым нейробиологическим механизмам.

Техника «серфинга» (urge surfing) Гордона Алана Марлатта основана на темпоральной структуре именно фазического эпизода: пациенту предлагается переждать вспышку тяги, не поддаваясь и не борясь с ней, в расчёте на то, что она пройдёт самостоятельно через несколько десятков минут. В случае тонического крейвинга подобное трудноосуществимо, так как фоновое желание (в том числе связанное с абстиненцией) не устроено как эпизод с пиком, спадом и разрешением и не проходит от его «пережидания». Отсюда следует риск того, что если технику предлагают пациенту без предварительного уточнения, ка́к именно он переживает свое желание употребления, она окажется для него неэффективной, и в этом случае он может расценить это как собственную неудачу, а не как несоответствие метода его состоянию (что способно усиливать самообвинение и эмоциональную дисрегуляцию).

Помимо разницы в происхождении, две формы крейвинга различаются по тому, направлено ли желание на определённый предмет или поведение. Развернутая фазическая вспышка чаще всего предметна: пациент может назвать конкретный образ – сигарету, бутылку, ситуацию употребления. Тоническая тяга, как правило, беспредметна (желание переживается, но интенционального объекта у него нет). Если бы речь шла об одном и том же «эмоционально-мотивационном» состоянии (просто разной силы или выраженности), то в момент срабатывания триггера пациент, скорее всего, описывал бы усиление тех же признаков и переживаний, которые до этого были «в фоне». Если же состояния (или формы состояния) разные, то в описании должен появиться новый элемент – предмет желания, – которого в описании «фона» не было. Различить эти два сценария можно только по тому, как сам пациент описывает момент перехода или «опредмечивания» тяги, и здесь подходящим методом может стать микрофеноменологическое интервью Клэр Петиманжен, которое нацелено на выяснение строения (структуры) переживания, а не его «магнитуды», частоты и прочих операционализированных характеристик.

Распознавание тонического крейвинга как части (или следствия) зависимости, а не отнесение его, например, к регистру тревоги, жажды, голода, соматического недомогания и т.п., требует от пациента достаточно развитой способности различать собственные телесные состояния. При зависимостях эта способность нередко снижена ввиду алекситимических черт, ослабленных эмоциональной осведомленности и интероцептивной чувствительности. Практически это означает, что тонический крейвинг может не опознаваться пациентом как тяга вовсе, что само по себе может (и должно) являться мишенью психотерапии.

Отдельное, независимое от феноменологии подтверждение обоснованности различения двух форм крейвинга дают фармакологические исследования: так, ибудиласт (модулятор нейроиммунного ответа) в нескольких контролируемых испытаниях селективно снижал выраженность именно тонического крейвинга при алкогольной зависимости, не демонстрируя сопоставимого эффекта на фазический компонент. Такая избирательность свидетельствует в пользу представления о возможных разных нейротрансмиттерных и рецепторных механизмах, опосредующих ту или иную форму крейвинга.

Уточнение формы крейвинга (проходит ли состояние само, есть ли конкретный образ желаемого и т.д.) должно предшествовать выбору техники совладания или стратегии терапии зависимости. Для тонического компонента могут быть уместны интервенции, направленные не на пережидание эпизода, а на состояния, поддерживающие фоновую тягу, чаще всего на хронический стресс (например, связанный с гигиеной труда). Одно из возможных терапевтических направлений – коррекция нарушений сна: показано, что улучшение качества сна может быть связано с уменьшением выраженности тонического, но не спровоцированного крейвинга.

Гормональные показатели и маркеры повреждения нервной ткани при ПТСР у ветеранов боевых действий до и после терапии

Лебедева П.Ю., Левчук Л.А., Лебедева В.Ф., Казенных Т.В., Диденко А.В., Иванова С.А., Бохан Н.А.

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

Нейроэндокринная регуляция и нейропластичность тесно взаимосвязаны в патогенезе посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у ветеранов боевых действий. Изучение этих взаимосвязей составляет основу современных представлений о биологических механизмах расстройства.

Цель исследования: изучить динамику сывороточных уровней кортизола, дегидроэпиандростерона сульфата (ДГЭАС), тестостерона и маркеров повреждения нервной ткани – нейронспецифической енолазы (NSE) и основного белка миелина (MBP) у ветеранов боевых действий с ПТСР в ходе комплексной терапии.

Обследованы 35 мужчин – участников боевых действий с установленным диагнозом ПТСР, получавших стационарное лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Контрольную группу составили 36 психически и соматически условно здоровых мужчин. Венозную кровь у пациентов получали при госпитализации и повторно спустя 4 недели психофармакотерапии. Гормональные показатели анализировали отдельно у мужчин молодого (до 39 лет) и зрелого (старше 40 лет) возрастов. Для статистической обработки использовали SPSS.

У обследованных пациентов содержание тестостерона превышало контрольные значения в обеих точках наблюдения: перед началом лечения и после курса психофармакотерапии ($p<0,05$). Аналогичное превышение установлено для соотношения кортизол/ДГЭАС, рассматриваемого как маркер стрессовой устойчивости ($p<0,05$). Исходная концентрация NSE у комбатантов была несколько выше, чем в контроле. Для MBP до начала лечения отмечена тенденция к повышению относительно здоровых лиц ($p=0,07$). По завершении курса психофармакотерапии статистически значимой динамики NSE и MBP не выявлено.

При анализе возрастных подгрупп у молодых комбатантов по сравнению со здоровыми лицами обнаружены статистически значимые более высокие уровни ДГЭАС перед лечением и тестостерона на обоих этапах обследования ($p<0,05$). Соотношение кортизол/ДГЭАС в этой подгруппе также превышало контрольные значения до и после терапии ($p<0,05$). Среди мужчин старше 40 лет статистически значимых различий между пациентами и здоровыми участниками по содержанию кортизола, ДГЭАС и тестостерона не было установлено. Межвозрастное сопоставление выявило снижение уровней исследованных гормонов с возрастом. У пациентов молодого и зрелого возрастов различия по ДГЭАС и тестостерону достигали статистической значимости ($p<0,001$) как перед лечением, так и после выписки изстационара. Такая направленность различий согласуется с указанным в литературе возрастным снижением андрогенного фона у мужчин.

Гормональные особенности у ветеранов боевых действий с ПТСР связаны с возрастом. Повышенные относительно контроля уровни тестостерона и соотношения кортизол/ДГЭАС сохраняются после курса терапии, тогда как статистически значимых изменений NSE и MBP за период лечения не выявлено. Результаты указывают на целесообразность учета возрастных и нейроэндокринных особенностей при персонализации реабилитации.

Исследование выполнено при финансовой поддержке гранта РНФ № 24-25-00230, https://rscf.ru/project/24-25-00230/.

Связь уровня S100B и GFAP в сыворотке крови в ситуации боевого стресса

Лебедева П.Ю., Левчук Л.А., Рощина О.В., Епимахова Е.В., Михалицкая Е.В., Диденко А.В., Казенных Т.В., Бохан Н.А., Иванова С.А.

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

Последствия боевого стресса могут сопровождаться изменениями астроглиального звена, участвующего в поддержании гематоэнцефалического барьера и регуляции нейровоспаления. Определение сывороточных уровней белка S100B и глиального фибриллярного кислого белка (GFAP) позволяет оценить степень патологических изменений в глиальном компоненте ткани мозга.

Цель исследования: изучить сывороточные уровни S100B и GFAP как показатели гуморального гомеостаза у участников боевых действий и оценить их связь с характеристиками боевого опыта.

В исследовательскую группу вошли 49 мужчин, участвовавших в боевых действиях и проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с 2022 по 2025 г. Из них 21 пациент с диагностированным посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1, МКБ-10), 13 – с другим тревожным расстройством (F41, МКБ-10), 12 – с расстройством приспособительных реакций (F43.2, МКБ-10), 3 – с недифференцированным соматоформным расстройством (F45.1, МКБ-10). Контрольная группа включала 46 психически и соматически условно здоровых мужчин, соответствующих пациентам по возрасту. Возраст обследованных в основной и контрольной группах составил соответственно 36 (29,5–44) и 32,5 (27–43) года. Продолжительность пребывания в зоне боевых действий в среднем составляла 6 (4–10) месяцев, срок после возвращения – 5 (2–13) месяцев. Включали участников от 19 до 60 лет с письменным информированным согласием; возраст старше 60 лет и обострение соматической патологии относились к критериям невключения.

Содержание белка S100B и GFAP определяли в сыворотке крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием мультимодального микропланшетного ридера Thermo Scientific Varioskan LUX (ЦКП «Медицинская геномика», Томский НИМЦ). Статистический анализ полученных результатов осуществляли с помощью программы SPSS, версия 26,0 для Windows.

Психопатологические проявления включали повторное переживание травматического опыта, аффективную нестабильность с хронической усталостью, тревогой и гипернастороженностью, нарушениями сна и психовегетативными симптомами. Выраженность поведенческих нарушений варьировала от затруднений в социальных контактах до избегания, изоляции, конфликтности и агрессии при ПТСР.

В общей группе пациентов уровень GFAP статистически значимо превышал контрольный: 0,21 (0,172-0,32) против 0,14 (0,079-0,41) нг/мл ($p=0,035$). Для S100B соответствующие значения составили 28,97 (19,8-34,43) и 30,11 (12,03-36,02) пг/мл; статистически значимого различия не выявлено ($p=0,896$).

Для изучения связи уровня астроглиальных белков с давностью возвращения из зоны боевых действий пациенты были разделены на подгруппы в зависимости от времени, прошедшего с момента их возвращения: до полугода ($n=28$), до года ($n=8$) и больше года ($n=13$). Сопоставление этих подгрупп пациентов с группой психически здоровых мужчин показало отсутствие статически значимых различий ($p>0,05$). Однако выявлена обратная корреляция между уровнем S100B и давностью возвращения ($r=-0,292$; $p=0,044$). Попарный анализ показал статистически значимое повышенное содержание белка S100B у лиц, вернувшихся из зоны боевых действий менее полугода назад, по сравнению с вернувшимися более года назад ($p=0,003$). Уровень GFAP в подгруппе пациентов с давностью возвращения до полугода превышал контрольный уровень ($p=0,05$).

Предшествующий боевой опыт отсутствовал у 35 пациентов (71%) и имелся у 14 (29%). При отсутствии боевого опыта содержание S100B составило 28,15 (19,45-35,18) пг/мл, GFAP – 0,204 (0,171-0,281) нг/мл; при его наличии – 30,58 (20,15-33,95) пг/мл и 0,311 (0,18-0,37) нг/мл соответственно. Сравнение этих подгрупп и контроля по критерию Краскела-Уоллиса дало $p=0,991$ для S100B и $p=0,05$ для GFAP. У пациентов с предшествующим боевым опытом GFAP был выше, чем у здоровых мужчин ($p=0,04$). По выполнявшимся задачам 29 пациентов представляли штурмовое подразделение и разведку, 7 осуществляли непосредственную огневую поддержку, 13 не участвовали в боях напрямую: 8 служили в подразделениях обеспечения и 5 – в резервных подразделениях. В этих подгруппах уровень S100B составил соответственно 29,45

(21,53-34,09); 26,86 (20,67-30,88) и 30,13 (18,07-38,86) пг/мл, GFAP – 0,252 (0,158-0,353); 0,202 (0,179-0,223) и 0,194 (0,173-0,246) нг/мл. При сравнении подгрупп и контроля по критерию Краскела-Уоллиса получены значения: p=0,898 – для S100B, p=0,162 – для GFAP. Попарное сопоставление выявило статистически значимое превышение GFAP у участников штурмового подразделения относительно контроля (p=0,042). Характер боевых задач коррелировал с концентрацией GFAP (r=-0,238; p=0,026).

Таким образом, у участников военных действий выявлены особенности сывороточных маркеров астроглиальной реактивности, прежде всего повышение GFAP относительно группы контроля. Более высокие значения GFAP по сравнению со здоровыми мужчинами обнаружены у пациентов с предшествующим боевым опытом и у выполнявших штурмовые задачи; содержание S100B связано с давностью возвращения. Полученные результаты обосновывают продольное изучение белков S100B и GFAP в качестве потенциальных компонентов комплексной клинико-биологической оценки состояния участников военных действий.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 26-15-00168, https://rscf.ru/project/26-15-00168/.

Патогенетическая роль иммуновоспаления при депрессивных расстройствах

Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Бойко А.С, Бохан Н.А., Иванова С.А.

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

В последние годы особое развитие получила концепция об участии иммуновоспалительных процессов и нарушениях нейроиммунного взаимодействия в патогенезе депрессивных расстройств. Согласно цитокиновой гипотезе депрессии, провоспалительные цитокины выступают ключевыми факторами в нейромодуляции поведения, нейроэндокринных и нейрохимических изменений при аффективных расстройствах. С целью оценки вклада иммуновоспалительных процессов в механизмы развития депрессивных расстройств провели исследование содержания провоспалительных цитокинов в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом.

В исследование включено 178 пациентов с текущим депрессивным эпизодом, проходивших лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Из них 90 пациентов с единичным депрессивным эпизодом (n=90, ДЭ, F32 по МКБ-10) и 88 пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (n=88, РДР, F33 по МКБ-10). Группу контроля составили 100 психически и соматически здоровых лиц.

Для объективизации тяжести текущего депрессивного эпизода использовали шкалу Гамильтона (HDRS-17), позволяющую осуществлять количественную оценку динамики депрессивных проявлений, и шкалу общего клинического впечатления (CGI-S) для оценки степени тяжести заболевания (при поступлении и на 28-й день терапии).

Концентрацию цитокинов в сыворотке крови пациентов и здоровых лиц определяли с применением xMAP® Technology на мультиплексном анализаторе MAGPIX (Luminex, USA) с использованием панели HCYTMAG-60K-PX41 производства MILLIPLEX® MAP (Merck, Darmstadt, Germany) на базе ЦКП «Медицинская геномика» Томского НИМЦ.

Статистическую обработку результатов осуществляли с помощью программы SPSS, версия 26.0.

Оценка основных клинических характеристик пациентов двух нозологических групп выявила статистически значимое снижение средних суммарных баллов по шкалам HDRS-17 и CGI-S в процессе терапии у всех пациентов (p<0,001, критерий

Уилкоксона), что свидетельствует о положительной терапевтической динамике и значимом улучшении состояния пациентов в процессе терапии.

В то же время в группе пациентов с ДЭ установлены наименьшие средние баллы по шкале CGI-S по сравнению с пациентами группы РДР к концу курса терапии ($p<0,004$, критерий Манна-Уитни), что, вероятно, указывает на выраженное улучшение состояния и лучший ответ на терапию, обусловленный меньшей тяжестью депрессивного эпизода у пациентов из группы ДЭ по сравнению с хроническим и рецидивирующим течением аффективной патологии у пациентов с РДР.

Анализ профиля провоспалительных цитокинов в сыворотке крови пациентов с текущим депрессивным эпизодом и психически здоровых лиц выявил статистически значимые межгрупповые различия по уровню интерферона альфа-2 (IFN-α2), интерлейкина 1бета (IL-1b), интерлейкина 2 (IL-2), интерлейкина 3 (IL-3), субъединицы p40 интерлейкина 12 (IL-12P40), интерлейкина 15 (IL-15), интерлейкина 17A (IL-17A), фактора некроза опухоли-альфа (TNF-α) ($p<0,05$, критерий Краскела-Уоллиса).

Апостериорные сравнения исследуемых групп с использованием критерия Манна-Уитни показали, что снижение содержания в сыворотке крови IL-2, IL-3, IL-15 и TNF-α по сравнению с психически здоровыми лицами характерно как для пациентов с единичным ДЭ, так и для лиц с РДР ($p<0,017$, критерий Манна-Уитни). Пациентов с единичным ДЭ отличает статистически значимое повышенное по сравнению с психически здоровыми людьми содержание провоспалительных факторов IFN-α2 и IL-6 на фоне снижения содержания IL-1b, IL-12P40 и IL-17A ($p<0,017$, критерий Манна-Уитни).

Для выявления взаимосвязей между содержанием провоспалительных маркеров в сыворотке крови до начала терапии с клинической выраженностью симптомов аффективных расстройств, оцениваемых по шкалам HDRS-17 и CGI-S, провели корреляционный анализ по Спирмену. У пациентов с единичным ДЭ обнаружены положительные ассоциации между тяжестью психического состояния по шкале CGI-S до начала терапии и уровнем IL-12P40 ($r=0,845$; $p=0,034$), а также между суммарным баллом выраженности депрессивной симптоматики по шкале HDRS-17 на 28-й день терапии и уровнем TNF-b до терапии ($r=0,690$; $p=0,040$). В группе пациентов с РДР выявлены обратные корреляции между тяжестью психического состояния по шкале CGI-S до начала терапии и содержанием IL-2 ($r=-0,574$; $p=0,032$) и IL-6 ($r=-0,708$; $p=0,022$), а также между тяжестью психического состояния на 28-й день терапии и уровнем IL-2 ($r=-0,752$; $p=0,002$) и IL-3 ($r=-0,894$; $p=0,041$). Выявленные корреляционные взаимосвязи указывают на зависимость выраженности депрессивной симптоматики, а также тяжести клинического состояния от уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови пациентов на момент поступления в стационар.

Таким образом, полученные результаты подтверждают значимую роль иммуновоспалительных процессов в патогенезе депрессивных расстройств, при этом характер изменений цитокинового профиля зависит от нозологической формы расстройства. В частности, при РДР выявлено снижение концентрации провоспалительных цитокинов IL-15, IL-2, IL-3 и TNF-α. В то время как при единичном ДЭ, несмотря на общее снижение провоспалительных маркеров, наблюдается рост уровней IFN-α2 и IL-6, что, вероятно, может указывать на активацию компенсаторных противовоспалительных механизмов иммунной системы.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда № 25-25-00786 «Искусственный интеллект в поиске и оценке предиктивного потенциала биологических маркеров депрессивных расстройств», https://rscf.ru/project/25-25-00786/.

Вклад маркеров иммунного воспаления и гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси в формирование адаптационных возможностей больных шизофренией

Лобачева О.А., Никитина В.Б., Петкун Д.А., Попова Т.А., Корнетова Е.Г.

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

В настоящее время актуальным становится изучение механизмов влияния системы цитокинов и дисфункции щитовидной железы на развитие психической патологии и формирование адаптационных возможностей у больных шизофренией.

Хроническое воспаление играет важную роль в патогенезе шизофрении. Гипотеза иммуновоспаления основана на наличии нейромодуляторных эффектов у цитокинов, определяющих поведенческие, гормональные и биохимические особенности шизофрении, такие как дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси (Müller N. et al., 2015). В литературе высказываются предположения, что воспаление является не только следствием шизофрении, но и может быть фактором риска её развития. Роль воспаления при шизофрении подтверждается иммуномодулирующим и противовоспалительным действием нейролептиков (Dinesh A., 2020). Противовоспалительный эффект рассматривается как побочное периферическое действие, которое может быть значимо в отдельных клинических ситуациях (например, при хронических воспалительных или аутоиммунных состояниях на фоне приёма препаратов, или если у пациента есть психотическое расстройство и системное воспаление).

Нейромедиаторы и тиреоидные гормоны на уровне ЦНС образуют единую нейрогуморальную систему, которая обеспечивает интегративные функции головного мозга. Нарушения в функционировании нейромедиаторных систем мозга могут приводить к изменению уровня секреции гормонов ГГТ-оси, в том числе тиреотропного и тиреоидных гормонов, что может приводить к возникновению психических расстройств. Цитокины участвуют в индукционной и эффекторной фазах иммунного ответа и воспаления и играют ключевую роль в патогенезе заболеваний щитовидной железы, функционируя как в иммунной системе, так и непосредственно воздействуя на фолликулярные клетки щитовидной железы. У больных шизофренией, которые длительно получают терапию антипсихотиками, часто отмечаются психоэмоциональные нарушения, нейровегетативные симптомы и проявления нейроэндокринной дисфункции, в частности субклинического гипотиреоза, что в некоторых случаях требует специального лечения.

Установление взаимосвязи между психопатологическими проявлениями у пациентов с шизофренией и биологическими маркерами позволит усовершенствовать персонализированные программы лечения и социальной реабилитации таких больных.

Целью исследования явилось изучение периферических уровней цитокинов, тиреотропного и тиреоидных гормонов у больных шизофренией с различными типами адаптации и разным характером психопатологической симптоматики.

Обследовано 169 пациентов с шизофренией (рубрики F20.01, F20.02, F20.06 по МКБ-10), проживающих в регионе Сибири; средний возраст которых составил 43,29±11,16 года, средняя продолжительность заболевания – 17,70±8,74 года. Больные получали адекватное психическому состоянию лечение атипичными антипсихотиками. Оценка выраженности симптомов шизофрении осуществлялась с использованием шкалы PANSS, оценка динамики психического состояния с применением шкалы CGI.

При изучении ассоциации исследуемых периферических уровней цитокинов, тиреотропного и тиреоидных гормонов у больных шизофренией использовали типы

индивидуальной компенсаторно-приспособительной защиты. Варианты приспособительных реакций личности определяют качество и уровень адаптации больных на основании связи степени выраженности и характера негативных расстройств с качеством и уровнем трудовой, семейной, микросоциальной адаптации (Логвинович Г.В. и др., 1992), Общая выборка обследованных (n=57) была разделена на 3 группы: у 22 больных наблюдался тип компенсаторно-приспособительной защиты «экологическая ниша» (1-я группа), у 10 – тип «социальная оппозиция» (2-я группа), у 20 – наиболее неблагоприятный тип «укрытие под опекой» (3-я группа); 5 больных с типом «гуттаперчевая капсула» были исключены из дальнейшего исследования в связи с малочисленностью группы.

При изучении связи исследуемых периферических уровней цитокинов, тиреотропного и тиреоидных гормонов у больных шизофренией с характером психопатологической симптоматики у больных шизофренией обследовано 112 больных, которые разделены на 3 группы: 1-я группа с преобладанием позитивной симптоматики – 15 пациентов, 2-я группа с преобладанием негативной симптоматики – 61 человек, 3-я группа с преобладанием общепсихопатологической симптоматики – 36 больных.

Определение концентраций циркулирующих цитокинов (ИЛ-6, TNF-α, ИЛ-8, ИЛ-18), С-реактивного белка (СРБ), тиреотропного (ТТГ) и свободных фракций тиреоидных гормонов (Т3св., Т4св.) проводили методом ИФА в двух точках: при поступлении в стационар и через 4 недели лечения. Контрольную группу составили 48 практически здоровых людей. При статистическом анализе использовался пакет STATISTICA вер.12.0 для Windows; критический уровень значимости p при проверке гипотез 0,05.

Показано, что пациенты всех трех групп с различными типами индивидуальной компенсаторно-приспособительной защит, направленной на коррекцию структуры и функции конкретного организма в условиях болезни или повреждения, на момент поступления в стационар имели значимо более высокие медианные значения ИЛ-6 и TNF-α по сравнению с здоровыми лицами ($p<0,05$). Для пациентов с наиболее неблагоприятным типом адаптации «укрытие под опекой» на момент поступления в стационар характерны более значимые изменения уровней исследованных маркеров нейроиммунного воспаления по сравнению с больными с типами адаптации «экологическая ниша» и «социальная оппозиция» и здоровыми лицами, а также их более благоприятная динамика в процессе лечения. В группе больных с благоприятным типом адаптации «экологическая ниша» (с сохранением социального, профессионального и семейного статуса) в динамике терапии выявлено статистически значимое ($p=0,011$) повышение в 4,8 раза уровня С-реактивного белка.

Изучение ассоциации исследуемых маркеров иммунного воспаления и эндокринных факторов с характером психопатологической симптоматики у больных шизофренией показало, что шизофрения с преобладанием позитивных нарушений на момент поступления в стационар характеризуется более низкими показателями по сравнению с шизофренией с преобладанием негативных нарушений значениями цитокинов IL-6, IL-8, IL-18, TNF-α, а также тиреотропного гормона (ТТГ) и свободной фракции трийодтиронина (Т3св.). Шизофрения с преобладанием негативных нарушений на момент поступления в стационар характеризуется самым высоким уровнем IL-8, С-реактивного белка и свободной фракции тироксина (Т4св.) по сравнению с пациентами 1-й и 3-й групп и здоровыми лицами. Шизофрения с преобладанием общепсихологической симптоматики на момент поступления в стационар характеризуется самым низким уровнем С-реактивного белка по сравнению с 1-й и 2-й группами и контролем.

В процессе лечения пациентов 1-й группы с преобладанием позитивной симптоматики и пациентов 2-й группы с преобладанием негативной симптоматики выявлена благоприятная динамика концентраций IL-6 и TNF-α. В динамике терапии больных 2-й группы уровень СРБ снижался ниже контрольного. Пациенты 3-й группы с преобладанием общепсихопатологической симптоматики характеризовались снижением TNF-α в процессе лечения практически до контрольного значения, а также снижением СРБ ниже значений в группе здоровых лиц.

Таким образом, в результате проведенного исследования получены новые данные, отражающие особенности цитокиновой регуляции и нарушения функции щитовидной железы, а также вклад иммуноэндокринных маркеров в приспособительные механизмы больных шизофренией в процессе клинической динамики и терапии. Полученные нами данные о наличии особенностей нарушений функции цитокинов в зависимости от типа адаптации пациентов и характера психопатологической симптоматики указывают на значимость дальнейших исследований в этом направлении и необходимость индивидуального подхода к лечению и реабилитации таких пациентов.

Клиническое течение аффективных расстройств, коморбидных с синдромом хронической тазовой боли, у девочек-подростков

Лубеницкая А.Н.[1, 2], Иванова Т.И.[2, 3]

[1] БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодникова» Омск, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

[3] ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

Синдром хронической тазовой боли (СХТБ) в современной медицине представляет собой сложную междисциплинарную проблему и приобретает особую значимость в подростковом возрасте – периоде интенсивных нейроэндокринных перестроек, становления репродуктивной системы и формирования психоэмоциональной сферы. Актуальность изучения коморбидности СХТБ с аффективными и невротическими расстройствами у девочек 12-18 лет обусловлена её разрушительным влиянием на качество жизни и долгосрочное здоровье молодого поколения. Появление рецидивирующих тазовых болей в подростковом возрасте ассоциировано с повышенным уровнем депрессивной симптоматики; предъявляемые жалобы на эмоциональную нестабильность, тревожность и расстройства сна ограничивают физическую и психическую активность, усиливают социальную дезадаптацию (учитывая личностные особенности, стрессовые события, дисфункциональные паттерны общения – манипуляция, намеренное искажение реальности, игнорирование чувств окружающих, осуждение без конструктивных предложений) (Хащенко Е.П., Баранова А.В., 2017; Семке В.Я., Краснов В.Н., Корнетов А.Н., 2009). Симптомы психических расстройств могут скрывать или искажать клиническую картину основного заболевания, поэтому для эффективного лечения требуется разработка комплексных диагностических и реабилитационных программ, учитывающих как физические, так и психологические аспекты здоровья; отмечается, что поддержка семьи, друзей, сообщества – мощный ресурс для поддержания здоровья и психической стабильности (Delaney L., 2012; Liossi C., Howard R.F., 2016).

Цель: изучение особенностей клинического течения расстройств аффективной сферы, коморбидных с наличием синдрома хронической тазовой боли, у девочек-подростков г. Омска.

Обследовано 63 пациентки, страдающих СХТБ, в исследование включено 47 пациенток с обнаруженным расстройством аффективной сферы (диагнозы по МКБ-10: F32, F33, F41, F45 или F48) в возрасте от 13 до 17 лет включительно. Оценка психического состояния проводилась с помощью валидированных методик: оригинальный опросник, касающийся стрессовых факторов, опросник Strategic Approach to Coping Scale (SACS), Тест на самооценку стрессоустойчивости личности, Анкета оценки качества жизни (MOS SF-36), Шкала тревоги Бека, Опросник детской депрессии (Children's Depression Inventory, Kovacs M.), Опросник суицидального риска (Разуваева Т.Н.), Стандартизованный многофакторный метод исследования личности (адаптация MMPI). Полученные переменные были подвергнуты статистическому анализу с помощью программы StatTech v. 4.14.2.

У 12 пациенток (25,5%) обнаружены симптомы, соответствующие формальным критериям диагнозов: депрессивный эпизод легкой степени (МКБ-10: F32.0), у 9 (19,1%) – депрессивный эпизод средней степени (F32.1), у 2 (4,3%) – депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F32.2). Состояние 4 пациенток (8,5%) можно было определить как генерализованное тревожное расстройство (F41.1), 17 (36,2%) – смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2), 3 (6,4%) – дистимия (F34.1). Таким образом, депрессивные эпизоды различной степени тяжести обнаружены у 48,9% пациенток, тревожные и смешанные расстройства – более чем у половины. Оценка по опроснику качества жизни SF-36 показала существенное снижение всех компонентов здоровья, особенно ролевого функционирования, обусловленного физическим и эмоциональным состоянием; пациентки с тяжелыми депрессивными эпизодами демонстрируют неблагоприятные результаты тестирования по всем шкалам физического и психологического здоровья, что служит признаком выраженной дезадаптации.

Согласно данным психодиагностического метода СМИЛ, в группе обследованных доминируют аффективные профили: отмечается повышение по шкалам депрессии (у 40,8% пациенток подростковой выборки), тревожности/психастении (суммарно более трети), ипохондрии и эмоциональной лабильности. Для тяжёлых депрессий характерны выраженная социальная интроверсия, недоверие к окружающим, уход от контактов, страх уязвимости и открытости, стремление к уединению и изоляции, что указывает на формирование устойчивых дезадаптивных паттернов личности на фоне хронической боли. Преобладающей стратегией совладания со стрессом являются пассивная позиция, отстранение (83%), а также асоциальные действия (63,8%); наиболее часто используются избегание, агрессия и осторожность, тогда как просоциальные стратегии применяются в исключительных случаях. Это формирует порочный круг: избегание и конфликтность усугубляют социальную изоляцию, что усиливает тревогу и депрессию. Статистически значимых корреляций между уровнем стресса (по шкале PSM-25) и тяжестью аффективного расстройства не выявлено, однако обнаружено, что возраст влияет на уровень стрессоустойчивости: старшие подростки (16-17 лет) чаще демонстрируют более высокую психологическую адаптированность к рабочим нагрузкам, чем младшие (15 лет), что может быть связано с большей зрелостью механизмов саморегуляции и контроля. Выраженность ангедонии и общий уровень депрессивной симптоматики по опроснику выраженности количественных показателей депрессивных симптомов (Kovacs M., 1992) являются ключевыми маркерами для разделения диагностических групп, так как именно эти параметры позволяют наиболее чётко дифференцировать пациентов с депрессивными эпизодами от страдающих генерализованным тревожным расстройством или дистимией. Факторы суицидального риска распределены в выборке равномерно и не зависят от формального психиатрического диагноза; однако у большинства пациенток присутствует средний уровень антисуицидальных факторов, что говорит о наличии

психологических внутренних ресурсов личности (навыки совладания со стрессом и саморегуляции) для удержания от суицидальных действий, но их может оказаться недостаточно при сильном стрессе.

В исследуемой выборке (n=47) депрессивные эпизоды различной степени тяжести обнаружены у 48,9% пациенток, тревожные и смешанные расстройства – более чем у половины. Учитывая вышесказанное, алгоритм лечения должен включать не только медикаментозную терапию боли, но и обязательную психотерапевтическую поддержку для коррекции моделей поведения и когнитивных искажений, снижения выраженности проявлений тревоги, депрессии и дезадаптивных копинг-стратегий. Учитывая ранний дебют заболевания, необходима разработка клинических рекомендаций для педиатров, гинекологов и психиатров с акцентом на скрининг психоэмоционального состояния при СХТБ. Проблема носит системный характер, затрагивая физическое здоровье, психологическое благополучие, способность к социальной адаптации и навыки общения. Эффективность лечения напрямую зависит от применения комплексного мультидисциплинарного подхода, включающего медикаментозную терапию, физиотерапию и обязательную психотерапевтическую поддержку, направленную на коррекцию дезадаптивного поведения и разрыв цикла «боль-тревога-депрессия».

Связь нейроспецифических белков сыворотки крови с безнадежностью у больных шизофренией

Меднова И.А., Штернис Ю.В., Корнетова Е.Г., Петкун Д.А., Корнетов А.Н., Иванова С.А.

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

Самоубийство представляет собой одну из главных причин преждевременной смерти среди больных шизофренией, при этом риск суицида оценивается примерно в 5%. Согласно данным метаанализов, распространённость попыток самоубийства среди больных шизофренией составляет 26,8%, а суицидальные мысли встречаются у 25,8% человек (Lu et al., 2019; Dong et al., 2019). Разрыв с другими может запускать размышления о смерти как способе прекратить тяжелые переживания. Вместе с тем надёжное прогнозирование суицидального поведения остаётся затруднительным: демографические предикторы варьируют в разных популяциях, клинические факторы сильно зависят от течения болезни и терапии, а по многим параметрам публикуемые данные противоречивы. Безнадежность представляет собой предиктор суицидального поведения, отражающий негативные ожидания относительно будущего, чувство беспомощности, тревоги и одиночества в ситуации бессмысленности жизни независимо от наличия депрессии (Kim J. et al., 2003; Klonsky D.H. et al., 2012; Menon M.S. et al., 2016). Даже умеренный уровень безнадежности предсказывает риск самоубийства у пациентов с психотическими расстройствами в течение 10-летнего периода наблюдения (Klonsky D.H. et al., 2012). У больных шизофренией шкала безнадежности Бека считается валидным инструментом для скрининга суицидального риска (Aloba O. et al., 2018).

Определенные биологические паттерны присущи суицидальному поведению и шизофрении. В частности активация астроцитов была задокументирована в посмертных исследованиях головного мозга пациентов с шизофренией, а также у лиц, совершивших самоубийство (Yamamoto et al., 2024; Ermakov I. et al., 2025). Повышенная проницаемость гематоэнцефалического барьера также была продемонстрирована как у лиц, совершивших попытку самоубийства, так и у пациентов с шизофренией (Bayard-Burfield B. et al., 1996; Ventorp et al., 2016; Lv

and Luo, 2025). Однако большинство исследований нейробиологических основ суицидального поведения ограничиваются нейровизуализацией и посмертными исследованиями (Girgis R., 2020), что затрудняет поиск потенциальных периферических биомаркеров риска самоубийства у лиц с психотическими расстройствами. Новые перспективы в этой области открываются благодаря изучению нейроспецифических белков, которые обычно присутствуют в сыворотке в следовых количествах, и повышение уровня которых может отражать изменения со стороны структур головного мозга. Основными представителями этого класса белков являются S100B, нейрон-специфическая энолаза (NSE) и глиальный фибриллярный кислый белок (GFAP).

Таким образом, целью данного исследования было оценить связь нейроспецифических белков сыворотки крови с безнадежностью у больных шизофренией.

В исследование было включено 233 больных шизофренией (120 мужчин и 113 женщин, медиана возраста 38 лет, медиана длительности заболевания 12 лет). Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией согласно протоколу исследования, утвержденному Биоэтическим комитетом НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Наличие суицидального риска было оценено с использованием шкалы безнадёжности Бека. Пациенты были разделены на две группы: 76 пациентов с отсутствием безнадежности (<4 баллов) и 157 пациентов с легкой, умеренной и тяжелой безнадежностью (≥4 балла).

Концентрации S100B и GFAP в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов DY1820-05 Human S100B DuoSet ELISA и DY2594-05 Human GFAP DuoSet ELISA (R&D Systems, США). Концентрацию NSE определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов CanAg NSE EIA (Fujirebio Diagnostics, Inc., Швеция). Статистическая обработка данных проводились с использованием программы SPSS (версия 26.0). Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

В ходе проведенного анализа было обнаружено повышение концентрации GFAP в сыворотке крови больных шизофренией с безнадежностью по сравнению с пациентами, у которых не зарегистрировали безнадежность ($p=0,001$). Корреляционный анализ выявил статистически значимую положительную связь между уровнями GFAP в сыворотке крови и количеством баллов по шкале безнадежность Бека ($r=0,271$, $p=0,001$). Также была построена модель линейной регрессии, где логарифмически преобразованный уровень GFAP выступил в качестве зависимой переменной, а количество баллов по шкале безнадежности Бека, пол, длительность заболевания, индекс массы тела, тип и доза получаемой антипсихотической терапии выступали в качестве независимых переменных. Данная многомерная линейная регрессионная модель продемонстрировала высокую общую статистическую значимость ($F=3,645$; $p=0,002$), объясняя 15,7% дисперсии белка ($R^2=0,157$). При этом количество баллов по шкале безнадежности Бека было единственным сильным независимым предиктором повышенных концентраций GFAP ($\beta=0,360$, $p=0,001$). Статистически значимых различий между группами по уровням NSE ($p=0,705$) и S100B ($p=0,467$) обнаружено не было.

Таким образом, полученные в ходе исследования данные о повышении сывороточного уровня GFAP у пациентов с шизофренией с безнадежностью могут отражать активацию астроглии в префронтальной коре и лимбических структурах, что может служить основой когнитивной ригидности и негативного взгляда на жизнь. В то же время отсутствие значимых изменений уровней NSE и S100B позволяет предположить, что нейрональное повреждение, массивная астроглиальная деструкция и нарушение проницаемости гематоэнцефалического барьера не вносят

определяющего вклада в развитие безнадёжности при шизофрении. Однако патогенетические механизмы выявленных нарушений еще предстоит выяснить в дальнейших исследованиях с участием больших групп пациентов.

Психические побочные эффекты, вызванные тирзапатидом

Мелёхин А.И.

НОЧУ ВО «Гуманитарный институт им. П.А. Столыпина», Россия, Москва

Расстройства пищевого поведения, в том числе и ожирение, являются глобальными проблемами, для лечения которых доступен целый спектр фармакологических и психотерапевтических подходов. Агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (GLP-1RAs) – это класс лекарственных средств, которые имитируют эффекты GLP-1 для регулирования уровня сахара в крови, включая стимуляцию секреции инсулина, подавление секреции глюкагона и замедление опорожнения желудка. Они связываются с рецептором GLP-1 на клетках поджелудочной железы и кишечника и используются для лечения сахарного диабета 2 типа (СД2) и ожирения. Семаглутид, лираглутид и тирзепатид являются инъекционными препаратами GLP-1RA, которые действуют как агонисты рецептора GLP-1. Однако тирзепатид является новым двойным глюкозозависимым инсулинотропным полипептидом (GIP) и агонистом рецептора GLP-1, который сочетает в себе действие обоих инкретиновых гормонов в одной молекуле.

В ходе различных клинических исследований все три препарата продемонстрировали значительный эффект снижения веса у пациентов с ожирением или с избыточным весом и сопутствующими соматическими заболеваниями, однако мало внимания уделяется вопросу побочных эффектов со стороны психического здоровья. Наиболее распространенными побочными соматическими эффектами, связанными с лираглутидом, являются легкая или умеренная тошнота и диарея, которые часто приводят к прекращению приема лираглутида. При приеме тирзепатида и семаглутида чаще всего пациенты сообщаются о побочных эффектах со стороны ЖКТ, таких как тошнота, рвота, диарея, возникновение синдрома раздраженного кишечника, появление абдоминальных болей. Частота встречаемости варьирует от 6% до 22%. Общие побочные эффекты агонистов рецептора GLP-1 включают тошноту, рвоту, диарею, запор, боль в животе, диспепсию, головную боль и назофарингит. Вопросы нейропсихиатрической (психологической) безопасности стали предметом пристального внимания только последние несколько лет, учитывая, что многие одобренные препараты для борьбы с ожирением являются средствами для подавления аппетита центрального действия. Вспомним, что римонабант, первый селективный антагонист центральных каннабиноидных рецепторов (CB1), не был одобрен FDA из-за опасений по поводу побочных психических явлений, включая эпизоды депрессии, рост тревоги и суицидальные мысли.

Депрессии являются распространенным расстройством настроения и серьезной проблемой для здоровья, которая часто сочетается с другими заболеваниями, включая метаболические нарушения, такие как СД2 и ожирение. Исследования показали, что люди, страдающие ожирением и СД2, чаще сталкиваются с проблемами психического здоровья. Лечение GLP-1RAs может быть полезным для лечения депрессивных расстройств. Некоторые исследования показали, что введение GLP-1RAs может непосредственно оказывать антидепрессивное действие, но только в экспериментах на животных. Хотя семаглутид и лираглутид демонстрируют антидепрессивный и анксиолитический эффекты на животных моделях, в повседневной клинической практике при приеме данных препаратов у пациентов с коморбидными психическими расстройствами, которые не учитываются при назначении препаратов, наблюдаются

обострение тревожности, ощущение отсутствия сил, мысли о потере контроля, чувстве ненужности, рост раздражительности, снижение удовольствия от жизни (пациенты отмечают, что жизнь стала пресной, «делаю, но не чувствую»). Пациенты отмечают, что забывают поесть, изменился вкус еды. Прием данных препаратов сопровождается ростом негативизма, пессимизма, появлением суицидальных мыслей. Количество зарегистрированных случаев попыток самоубийства и завершенных суицидов на фоне приема семаглутида, лираглутида, тирзепатида увеличивается. О каких пациентах идет речь? Это пациенты с эмоциональным голодом, компульсивным перееданием (еда выступает формой эмоциональной регуляции), рекуррентной депрессией, тревожным спектром расстройств, дисморфофобией, обсессивно-компульсивным расстройством, пограничным расстройством личности. Сравнение трех препаратов выявило большее количество негативных эффектов с летальным исходом, связанных с лираглутидом (у 8 пациентов был летальный исход из 147 случаев ICSR), по сравнению с семаглутидом (1 смертельный исход из 210 случаев ICSR) и ни одного – с тирзепатидом (из 15 случаев ICSR). Смертельные исходы были в основном результатом завершенного самоубийства и чаще встречались у мужчин в возрастной группе от 18 до 64 лет. Половина зарегистрированных случаев суицида произошла при приеме семаглутида, за которым последовал лираглутид, в то время как при приеме тирзепатида произошло 4 случая суицида. Следует отметить, что при данных случаях у пациентов наблюдались коморбидные психические расстройства, которые не учитывались при назначении класса препаратов GLP-1RAs.

У пациентов с ожирением (ИМТ=30-39) на приеме тирзепатида наблюдается значительное снижение веса, наблюдаемое в ходе многоцентрового рандомизированного исследования SURMOUNT, что способствовало у пациентов повышению самооценки, улучшению образа тела и физического функционирования, которые являются ключевыми факторами снижения риска самоубийства в целом. Полученные нами результаты в сочетании с данными исследований SURMOUNT позволяют предположить, что комплексные преимущества тирзепатида в отношении метаболического синдрома и психологического здоровья делают его безопасным и эффективным средством для пациентов с выраженным ожирением, в том числе с вечерней и ночной гиперфагией. В большинстве случаев такие пациенты применяют данные препараты как форму корректирующего (очистительного) поведения, например, чтобы «сбросить 2–3 кг», «убрать лишний жир», «привести себя в форму», «подсушиться», «меньше есть», «быть идеальной для партнера, иначе он бросит, отвергнет, найдет другую». Часто данные препараты самостоятельно назначаются пациентами не по показаниям. Например, у нашей пациентки был ИМТ=25 до начала лечения, но не было сопутствующих соматических заболеваний, связанных с весом. Несмотря на ранее существовавшие тревогу и депрессию, у пациентки на сверхвысокой дозе семаглутида развились паранойя и зрительные галлюцинации, которые прошли после отмены препарата. Это говорит о том, что пациенты могут самостоятельно подбирать, увеличивать дозировки из-за дисфункциональных убеждений («чем больше, тем лучше»), что сопровождается развитием спектра негативных эффектов. Данные препараты могут вызывать депрессию и суицидальные мысли у людей с генетической предрасположенностью к низкой функции дофамина.

В связи с этим следует рекомендовать пациентам, которые принимают данные препараты, сообщать лечащему врачу о любых изменениях в настроении или поведении. Каждые 10–14 дней на фоне приема проводить оценку симптомов депрессии, тревоги (по опросникам PHQ-9 и GAD-7), суицидальных тенденций (C-SSRS). Решение о начале данной медикаментозной терапии должно приниматься индивидуально, после взвешивания рисков и пользы, в рамках когнитивно-поведенческой психотерапии и под контролем лечащего врача. Важно установить

четкие цели лечения и учитывать предпочтения пациента и его переносимость, поскольку это может повлиять на приверженность к лечению. Необходимо учитывать сензитивность пациента к побочным эффектам препарата, тревогу о здоровье, изменения в образе тела и риски чрезмерного использования препарата для достижения быстрого эффекта. Следует проводить дополнительное обследование с применением схемного опросника Янга (Young Schema Questionnaire, YSQ S3R), предназначенного для определения степени сформированности ранних дезадаптивных схем (устойчивых структур, которые включают воспоминания, эмоции, мысли и телесные ощущения) в форме «жестких стандартов», «пунитивности», «неуспешности», «недоверия», «покинутости/нестабильности» и «эмоциональной депривации».

Психологическое благополучие подростков как ресурс профилактики психических расстройств

Мельник О.А.

УО «Белорусский государственный педагогический университет имени Максима Танка», Минск, Беларусь

Психологическое благополучие подростков является одним из непременных условий сохранения психического здоровья и полноценного личностного развития. Подростковый возраст характеризуется интенсивными биологическими, когнитивными и социальными изменениями. В этот период формируются представления о себе, жизненные цели, способы взаимодействия с окружающими и стратегии преодоления трудностей. Одновременно возрастает уязвимость к эмоциональным перегрузкам, межличностным конфликтам, буллингу, социальной изоляции, семейным трудностям и различным формам рискованного поведения.

Современное понимание психического здоровья не ограничивается отсутствием психических расстройств. Оно включает способность человека реализовывать собственный потенциал, справляться с повседневными трудностями, поддерживать социальные связи и участвовать в жизни общества. ВОЗ подчёркивает, что поддержка подросткового благополучия, развитие социально-эмоциональных навыков и доступность своевременной психологической помощи имеют существенное значение для профилактики тревожных, депрессивных и связанных со стрессом расстройств, а также употребления психоактивных веществ.

Особое значение имеет связь психологического благополучия с рискованным поведением. Недостаточная сформированность навыков эмоциональной регуляции может приводить к импульсивным действиям, агрессии, самоповреждающему поведению, нарушению пищевого поведения, чрезмерному использованию интернета и употреблению психоактивных веществ с формированием непреодолимого влечения к употреблению ПАВ – алкоголя, никотина, вейпов, некоторых лекарственных препаратов без назначения врача (Жданова И.В., Филиппова Е.В., 2024; Ребен Р.С., Давыдов С.В., 2024). В этом случае профилактика должна быть направлена не только на информирование подростков о вреде подобных форм поведения, но и на формирование альтернативных способов совладания со стрессом.

Профилактика психических расстройств на основе укрепления психологического благополучия должна носить системный и междисциплинарный характер.

Первое направление – развитие социально-эмоциональных навыков. Подросткам необходимо помогать распознавать собственные эмоции, понимать их причины и последствия, выражать чувства приемлемым способом и использовать конструктивные стратегии самопомощи. Практическими формами работы могут быть

тренинги эмоций, упражнения на саморегуляцию, групповые дискуссии, моделирование проблемных ситуаций и обучение навыкам обращения за помощью.

Второе направление направлено на укрепление поддерживающей среды. Значимыми факторами психологического благополучия являются безопасные отношения с родителями, педагогами и сверстниками. В учреждении образования важно формировать атмосферу уважения, предсказуемости и недопустимости унижения. Программы профилактики буллинга, развитие наставничества и доступность школьной психологической службы способствуют своевременному выявлению эмоциональных трудностей.

Третье направление предусматривает раннее выявление неблагополучия. Систематическое наблюдение за изменениями в поведении, психоэмоциональном состоянии (с появлением тревоги, депрессии, чувства одиночества, повышенной агрессии) и учебной активности подростков позволяет своевременно предложить помощь. При этом диагностические процедуры должны проводиться с соблюдением этических требований, конфиденциальности и принципа недопущения стигматизации.

Четвёртое направление заключается в повышении психологической грамотности взрослых. Родители и педагоги нуждаются в знаниях о возрастных особенностях подростков, признаках эмоционального неблагополучия, правилах коммуникации и алгоритмах направления к специалистам. Важно, чтобы обращение за психологической или психиатрической помощью не воспринималось как свидетельство личной слабости или «ненормальности» подростка, или как кризис идентичности.

Пятое направление ориентировано на межведомственное взаимодействие. При наличии выраженных эмоциональных или поведенческих нарушений учреждение образования не должно оставаться единственным субъектом помощи. Необходима согласованная работа педагога-психолога, педагога социального, медицинского работника, клинического психолога, психотерапевта и врача-психиатра. При этом каждый специалист действует в пределах своей компетенции, а помощь строится с учётом индивидуальных особенностей подростка и его семейной ситуации.

Клиническая психология играет важную роль в оценке психологического состояния подростка, выявлении факторов риска и ресурсов адаптации. В отличие от формального поиска симптомов, клинико-психологический подход позволяет учитывать личностные особенности, семейный контекст, характер межличностных отношений и способы совладания со стрессом. Психотерапевтическая помощь может быть направлена на снижение тревоги и эмоционального напряжения, коррекцию негативных убеждений о себе, развитие навыков саморегуляции, улучшение коммуникации и восстановление чувства контроля над собственной жизнью. В зависимости от ситуации могут использоваться когнитивно-поведенческие, семейные, поддерживающие, личностно-ориентированные и другие методы психотерапии.

При выявлении признаков психического расстройства психопрофилактика не заменяет профессиональное лечение. Напротив, её задача заключается в том, чтобы обеспечить раннее распознавание проблемы и своевременное направление подростка к соответствующему специалисту. Раннее вмешательство особенно важно, поскольку психологическая помощь на начальных этапах может предотвратить ухудшение состояния и снижение социальной адаптации.

Таким образом, укрепление психологического благополучия подростков может рассматриваться как одно из перспективных направлений современной клинической психологии и психопрофилактики. Его реализация позволяет не только снижать вероятность формирования психических расстройств, но и создавать условия для полноценного личностного развития, социальной адаптации и сохранения психического здоровья в последующие возрастные периоды.

Клинические особенности алкогольной зависимости у женщин с поздним началом заболевания

Ненастьева А.Ю.[1, 2], Байкова М.А.[1]

[1] ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ», Москва, Россия
[2] ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Ввиду структурной неоднородности группы пациентов позднего возраста вопрос о необходимости использования для них разных терапевтических и реабилитационных подходов, остается открытым до настоящего времени.

Целью исследования является выделение актуальных клинических профилей пожилых пациенток, страдающих алкогольной зависимостью (АЗ), на основании имеющихся у них особенностей психического, соматоневрологического и социального статуса.

Методика исследования заключается в анализе особенностей структуры и динамики синдрома патологического влечения к алкоголю (ПВА), фактического состояния аффективной, когнитивной (память, внимание, мышление) и интеллектуальной сфер пациенток, а также оценке эффективности применяемой психофармакотерапии (ПФТ) на этапе становления ремиссии. Для решения поставленных задач использовались клинико-психопатологический и статистический методы исследования.

В исследование было включено 100 женщин: в основную группу вошло 50 женщин, формирование ААС у которых происходило в возрасте старше 60 лет; в контрольную группу – 50 женщин, у которых ААС возник в возрасте до 60 лет включительно. Критерий невключения: наличие эндогенного психического заболевания.

Пациентки сравниваемых групп не различались по возрасту: 66,7±3,9 года – в основной группе, 64,2±4,2 года – в контрольной группе ($p=0,164$), но закономерно обнаруживали статистически значимое ($p\leq0,001$) межгрупповое различие в давности заболевания – 4,3±2,1 года против 15,8±6,2 года, что было обусловлено целью настоящего исследования. В обеих группах зависимых был выявлен достаточно высокий процент эмоциональных расстройств. Психометрическая оценка выраженности аффективных нарушений показала наличие депрессивных расстройств преимущественно умеренной тяжести у пациенток обеих групп. На 7-е сутки отказа от алкоголя суммарный балл по шкале MADRS (оценки тяжести депрессивного состояния в динамике) в основной группе составил 25,5±7,6, в контрольной – 23,7±7,3 (межгрупповое сравнение $p>0,05$). На фоне проводимого лечения выраженность аффективных расстройств в группах снизилась к 21-му дню пребывания в стационаре и стала соответствовать в основном депрессии легкой тяжести: суммарный балл по MADRS в основной группе составил 20,4±6,7, в контрольной группе – 18,9±5,8 (межгрупповое сравнение $p>0,05$). Статистически значимой редукции в ответ на терапию в обеих группах подверглись такие симптомы как объективная гипотимия, тревога, снижение аппетита, в основной группе значительно сократилась выраженность бессонницы, в контрольной группе – проявления субъективной гипотимии. Такие проявления как трудности концентрации, нарушения деятельности, ангедония, пессимистические и суицидальные мысли на фоне терапии также показали улучшение как в основной, так и в контрольной группе, но не достигали статистической значимости. Столь быстрый позитивный ответ на ПФТ с высокой степенью вероятности позволяет говорить о преобладании вторичных аффективных нарушений в изучаемой выборке, развившихся на фоне основного заболевания и являющихся составной частью его стержневых синдромов. Психометрическая оценка выраженности когнитивных нарушений показала наличие преимущественно предементных расстройств в обеих группах как на 7-е, так и на 21-е сутки отказа от

алкоголя: суммарный балл по MMSE в основной группе составил 24,6±2,7 и 26,8±2,5 соответственно (p>0,05), в контрольной – 23,5±2,6 и 26,2±3,1 соответственно (p>0,05); межгрупповых различий по шкале MMSE также обнаружено не было. Это согласуется с имеющимися литературными сведениями о том, что чрезмерное употребление алкоголя способствует развитию слабоумия у пожилых зависимых.

В обеих группах удалось выделить наличие трех динамических вариантов ПВА, отличавшегося по своей интенсивности: стабильное, усиливающееся и затухающее. Стабильно интенсивное ПВА характеризовалось преобладанием тревоги в ААС, идеаторными и аффективными расстройствами в постабстинентном состоянии, очень медленной терапевтической дезактуализацией. Обострение ПВА в основном протекало в генерализованной форме, часто приобретая черты пароксизмальности. Усиливающееся ПВА было представлено преобладанием эмоциональной лабильности на фоне гипотимии в ААС, выраженными идеаторными, аффективными и поведенческими расстройствами в постабстинентном состоянии, медленной дезактуализацией в процессе лечения. Обострение данного типа ПВА проявлялось выраженными идеаторными поведенческим компонентами. Затухающее ПВА отличалось преобладанием астенической симптоматики в ААС, неглубокими астенодепрессивными и вегетативными расстройствами в постабстинентном состоянии, более быстрой дезактуализацией в процессе лечения.

Обострение ПВА происходило за счет появления аффективных нарушений; идеаторный компонент ПВА был редуцирован, поведенческий компонент отсутствовал. Внутригрупповое сравнение показало, что в основной группе преобладали пациентки с затухающим вариантом ПВА (у 50%), в контрольной группе – стабильно интенсивным (у 44%).

В процессе лечения в основной группе применялись более высокие дозы антидепрессантов, тогда как в контрольной группе использовались более высокие дозы нормотимиков и антипсихотиков. Однако межгрупповое сравнение курсовых доз используемых препаратов не выявил статистически значимых различий. На основании комплексной оценки особенностей течения наркологической патологии, доминирующих психопатологических синдромов, имеющихся последствий злоупотребления и характера ответа на проводимую ПФТ удалось выделить три клинических профиля заболевания у пожилых пациенток с АЗ: аффективный, когнитивный и смешанный.

Аффективный профиль отличался наличием умеренно-тяжелой гипотимии (по шкале MADRS средний балл составляет ≥30) с преобладанием симптомов ангедонии, тревоги и пессимистических мыслей. Для этого профиля также характерно сравнительно быстрое формирование, часто после острой индивидуальной психотравмирующей ситуации, и безремиссионное течение наркологического заболевания, нарастающая социальная дезадаптация, умеренно выраженные соматоневрологические последствия заболевания, доминирование эмоциональных нарушений над интеллектуально-мнестическими.

Когнитивный профиль был представлен преобладанием когнитивного снижения (легкой или средней степени) с обеднением содержания и вязкостью мышления, раздражительностью, эксплозивностью, стереотипной непродуктивной активностью, а аффективные нарушения не превышали умеренной степени тяжести (по шкале MSDRS средний балл ≤20). Данный профиль отличается относительно медленными сроками формирования наркологической патологии, наличием ремиссий, тяжелыми соматоневрологическими последствиями заболевания, прогрессивно нарастающей социальной дезадаптацией вследствие нарушения когнитивных функций.

Смешанный профиль был представлен практически равнозначными и, как правило, умеренно выраженными аффективными и когнитивными нарушениями. Этот профиль

отличается средними сроками формирования болезни, часто на фоне хронической психотравмирующей ситуации, тенденцией к непрерывному течению, более выраженными соматоневрологическими и психическими последствиями заболевания, умеренно прогрессирующим социальным снижением.

Дальнейшее более детальное изучение выделенных клинических профилей позволит персонализировано подойти к разработке профилактических, леченых и реабилитационных программ для каждой категории пожилых пациентов с наркологическими расстройствами.

Математическая модель прогноза затяжного течения ПТСР

Никитина В.Б.

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

Хронизация посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) остается одной из самых сложных проблем современной психиатрии, поскольку переход острой фазы в затяжное течение резко снижает эффективность терапии и ухудшает прогноз заболевания. В настоящее время ПТСР рассматривается не как изолированное психическое нарушение, а как системный патологический процесс, в котором тесно переплетены дисрегуляция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, изменения тиреоидного статуса, иммунного ответа и симпатической активности. Эти нарушения формируют порочный круг, поддерживающий хроническое системное воспаление и нейроэндокринный дисбаланс, что затрудняет прогнозирование течения болезни без учета всех этих систем.

Особую значимость приобретает связь биологических систем организма с психологическими механизмами защиты: незрелые или ригидные защитные стратегии не только отражают психологическую и социальную дезадаптацию, но и коррелируют с менее благоприятным нейроиммуноэндокринным профилем, способствуя фиксации травматического опыта. Именно интегративный подход, объединяющий иммунологические, гормональные и психологические показатели, предоставляет возможности для раннего выявления пациентов с высоким риском хронизации заболевания и разработки персонализированных терапевтических стратегий, что определяет актуальность создания объективных диагностических моделей системного уровня.

Цель: построение и валидизация математической модели для прогноза затяжного течения ПТСР на стадии острого и подострого течения с использованием иммунологических, гормональных и психологических показателей.

Проведен ретроспективный анализ обследования 100 мужчин 20-50 лет (средний возраст 32,1±7,3 года) – участников боевых действий на Кавказе с верифицированным ПТСР (F43.1 по МКБ-10), проходивших стационарное лечение в клинике НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. По типу течения и длительности заболевания все пациенты были разделены на две группы: группа 1 (n=54) – острое и подострое течение, длительность заболевания менее 3 лет; группа 2 (n=46) – затяжное течение, длительность заболевания более 3 лет.

У всех пациентов определяли относительное содержание $CD4^+$ (Т-хелперы-индукторы) и $CD16^+$ (NK-клетки) методом проточной цитометрии; уровень тиреотропного гормона (ТТГ, мкМЕ/мл) и свободных фракций гормонов щитовидной железы – трийодтиронина (Т3, пмоль/л) и тироксина (Т4, пмоль/л) методом иммуноферментного анализа. При психологическом обследовании использовали опросник «Индекс жизненного стиля» (ИЖС), который позволяет диагностировать

всю систему механизма психологической защиты (МПЗ). Рассчитывали показатель «общей защиты» – среднее арифметическое по шкалам МПЗ опросника.

Построение модели выполнено методом пошаговой логистической регрессии. Обучающая выборка – 62 пациента (по 31 с каждым течением), экзаменационная – 38 пациентов (23 – с острым и подострым течением и 15 – с затяжным).

В прогностическую модель вошли все 6 изученных предикторов. Уравнения для расчета вероятности затяжного течения имеют вид:

$$f=1681{,}0+26{,}3\cdot CD4-19{,}7\cdot CD16+101{,}7\cdot ТТГ-246{,}8\cdot Т3-8{,}4\cdot Т4-8{,}8$$

Общая защита ИЖС» (1)

$$P=e\,f\,/\,(1+\,e\,f)\quad (2)$$

где f – линейный предиктор (линейная комбинация признаков);

свободное слагаемое=1681,0.

Весовые коэффициенты (+26,3; -19,7; +101,7; -–246,8; -8,4; -8,8) умножаются на соответствующие значения предикторов (Т-хелперов-индукторов – CD4+-фенотипа в%; количества натуральных клеток-киллеров – CD16+-фенотипа в%; уровень ТТГ в мкМЕ/мл; концентрации трийодтиронина (Т3) и тироксина (Т4) в нмоль/л; значение общей защиты по опроснику «Индекс жизненного стиля» в процентилях – ‰).

e – математическая константа (число Эйлера), равная 2,71828;

P – вероятность развития затяжного течения ПТСР.

При значении $p<0{,}05$ прогнозируется высокий риск развития затяжного течения ПТСР у пациента. В противном случае предполагается благоприятное течение заболевания.

Характеристики прогностической математической модели. По данным обучающей выборки чувствительность модели (Se) составила 85,0%, а специфичность (Sp) – 88,9%. Прогностичность положительного результата (PPV) – 89,5%, прогностичность отрицательного результата (NPV) – 84,2% (χ^2=17,84; p=0,0005).

Экзаменационная выборка: Se=80,0%, Sp=86,7%, PPV=85,7%, NPV=81,3% (χ^2=10,85, p=0,0018).

Общая точность предложенной модели составляет 83,3%.

Интерпретация коэффициентов. Знаки и величины весовых коэффициентов позволяют сформулировать следующие закономерности.

$CD4^+$ (коэффициент +26,3) – повышение содержания Т-хелперов ассоциировано с увеличением вероятности затяжного течения. Это отражает иммунную активацию, характерную для персистирующего воспалительного ответа при длительном стрессе.

$CD16^+$ (коэффициент -19,7) – рост числа натуральных киллеров снижает риск хронизации. NK-клетки играют важную роль в противовирусной защите и регуляции апоптоза; их снижение при затяжном ПТСР может свидетельствовать об истощении врожденного иммунитета. Мониторинг $CD16^+$ полезен для оценки эффективности иммунокоррекции. ТТГ (коэффициент +101,7) – повышение уровня тиреотропного гормона значимо увеличивает вероятность затяжного течения. Это согласуется с известными данными о том, что субклинический гипотиреоз (повышенный ТТГ) ухудшает течение аффективных и тревожных расстройств, снижает нейропластичность и энергетический метаболизм мозга. Даже незначительное повышение ТТГ служит ранним маркером неблагоприятного прогноза и требует эндокринологического обследования.

Т3 (коэффициент -246,8) – наиболее мощный защитный фактор. Высокий уровень активного гормона щитовидной железы препятствует хронизации течения ПТСР, вероятно, за счет поддержания нейропластичности и энергетического гомеостаза.

Т4 (коэффициент -8,4) – аналогично Т3, но вклад значительно менее весомый. Повышение тироксина также снижает вероятность затяжного течения, что подтверждает общую протективную роль тиреоидного статуса. Показатель «общей

защиты ИЖС» (коэффициент -8,8) свидетельствует о том, что чем выше интегральный уровень психологических защит (по опроснику «Индекс жизненного стиля»), тем ниже риск хронизации. Это соответствует представлениям о том, что зрелые механизмы защиты (сублимация, рационализация) способствуют лучшей психологической адаптации и снижают фиксацию на травме.

Таким образом, разработанная нами модель позволяет врачу оценить вклад каждого фактора и выделить «мишени» для вмешательства: иммунокоррекция при высоком $CD4^+$, восполнение дефицита тиреоидных гормонов, развитие адаптивных копинг-стратегий.

Предложенная математическая модель, интегрирующая доступные в клинической практике иммунные, эндокринные и психологические показатели, показала высокую прогностическую эффективность и может быть полезна для раннего выявления риска развития хронического течения ПТСР, что позволяет оптимизировать терапевтическую тактику на стадии острого и подострого течения заболевания.

Роль социальных, медицинских и биологических факторов в формировании фармацевтического рынка ноотропов и адаптогенов на основе природного сырья

Новожеева Т.П.[1, 2], Каракулова Е.В.[2], Сафронов С.М.[3], Боев Р.С.[3], Ижендеев А.И.[3], Сурсина Ю.С.[3], Булатова Д.[2], Чучалина А.Е.[1], Казенных Т.В.[1, 2]

[1] Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск,

[2] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет», Томск, Россия
[3] ООО «Вистерра», Барнаул, Россия

В совместном исследовании изучен вклад социальных (государственная политики в сфере здравоохранения), медицинских и биологических факторов в формирование фармацевтического рынка препаратов психотропного и нейротропного спектра – ноотропов и адаптогенов. Изучены фармакологическая активность и безопасность биологически активных добавок, полученных из экологически чистого сырья природного происхождения методами низкотемпературной экстракции. Экстракты из пантов алтайского марала и растительного сырья в тесте «Открытое поле» показали высокую адаптогенную и ноотропную активность, сравнимую с официнальными препаратами.

Цель исследования – провести анализ основных тенденций развития фармацевтического рынка препаратов, повышающих резервные возможности стареющего организма человека – ноотропов и адаптогенов и экспериментально оценить перспективы разработки и создания инновационных лекарственных средств на основе экстрактов из природного сырья растительного и животного происхождения.

В качестве кандидатов на разработку лекарственных препаратов, обладающих ноотропной и адаптогенной активностью, были отобраны перспективные объекты – водные экстракты, полученные методом низкотемпературной экстракции органов лопуха, пантов алтайского марала. Субстанции препаратов предоставлены фирмой-производителем ООО Вистерра. В качестве препаратов сравнения изучили винпоцетин (кавинтон, компания «Гедеон Рихтер»), галодиф (ООО «Наука. Техника. Медицина»), экстракты и порошок из пант марала алтайского (питомник «Басаргино», Алтай). При проведении маркетинговых исследований были использованы анкеты для участников фармрынка – работников аптек, врачей и экспертов, пациентов и посетителей аптек. Вторичные данные получены из официальных источников: отчеты ЦМФИ при ДЗ Томской области, отчетность ЛПУ, отчеты оптовых фирм за период 2015-2024 гг.,

статистические отчеты по Томской области и России, интернет-ресурсы: DSM, Фармэксперт, Комкон-Фарма, ГК «Ремедиум».

Экспериментальное исследование проводили на крысах-самцах линии Вистар (n=70), начальной массой 220-280 граммов. Препараты вводили животным 10-дневным курсом в желудок, в диапазоне доз от 10 до 100 мг/кг массы тела в виде суспензии. Ориентировочно-исследовательское поведение изучалось в условиях теста «Открытое поле». Животное помещалось в центр экспериментальной камеры и в течение 5 минут регистрировали время выхода из центра поля, горизонтальную активность, вертикальную активность, норковый рефлекс, косметическую (груминг) и эмоциональную активность. Вычисляли общую двигательную и ориентировочно-исследовательскую (ноотропную) активность, по отношению количества «норок» и «стоек» к общей двигательной активности. Полученные результаты обработаны статистически, используя программный пакет «Statistic for Windows V.10).

Проведен анализ динамики оптовых продаж лекарственных препаратов ноотропного действия по Томской области, вошедших в ТОП-20 по упаковкам и продажи которых составляют не менее 1%. В период с 2015 по 2024 г. к наиболее продаваемым препаратам ноотропного действия относились глицин, цитоколин, фенибут и рацетамы. Продажи рацетамов с родоначальником класса ноотропов – ноотропилом составляют более 11%. Оставалась высокой доля винпоцетинов (более 9%) и оригинального церебропротектора – кавинтона в виде новых лекарственных форм. Достаточно активно назначались ноопепт, фезам, пикамилон и пантогам (по 5%). На долю остальные препаратов приходится чуть более 10%. Среди них препараты на основе растительного сырья и природных молекул (ГАМК, пептиды, эндогенные молекулы и др.). Отмечена устойчивая тенденция к увеличению продаж ноотропов на основе природных молекул (пантогам, ноопепт, церебролизин, кортексин и др.) и растительного сырья (билобил, гинго билоба, танакан).

Проведенное нами ранее анкетирование работников ЛПУ и аптек позволило установить, что наиболее часто ноотропные препараты приобретаются лицами пожилого возраста. На территории Томска отмечено достаточно широкое применение ноотропных препаратов, которое зависит не только от возраста пациента, но и от медицинских рекомендаций, обусловленных признаками патологии и состоянием пациента. Это побудило нас провести исследование перспектив использования ноотропов в стационарных условиях. Среди применяемых в клинической практике ноотропов и адаптогенов из-за разброса в доказательной базе реже встречаются препараты из природного сырья, хотя они наиболее безопасны для пожилых людей. В связи с этим была проведена экспериментальная оценка перспектив создания лекарственных средств ноотропного и адаптогенного действия на основе экстрактов из природного сырья.

Проведенные эксперименты показали, что предлагаемые препараты – экстракты пантов алтайского марала и экстракты из лопуха обладают ноотропной и адаптогенной активностью, снижая выраженность стрессорной реакции и увеличивая ориентировочно-исследовательскую активность и работоспособность животных. Экспериментальные и клинические исследования доказали, что препараты из продуктов пантового мараловодства при наружном применении (ванны) способствуют формированию тонизирующего, ноотропного и адаптогенного эффектов. Применение пантокрина (экстракта из пантов марала) в эксперименте на белых мышах способствовало восстановлению ткани миокарда при физической нагрузке, проявляло адаптогенное, антигипоксическое и ноотропное действие. Экстракт нивелировал срыв адаптации и проявления хронического стресса при сочетании стресс-индуцирующих факторов (световой десинхроноз и физическое переутомление) у крыс.

Изученные экстракты незначительно отличаются по активности от референтных препаратов – винпоцетина и галодифа. При этом экстракт пантов алтайского марала более эффективно, чем винпоцетин, восстанавливал исследовательское поведение и мнестические функции в тесте «Открытое поле» при их нарушении в результате социальной изоляции в обменных домиках и у стареющих животных. Экстракты лопуха в этом тесте незначительно уступали синтетическим препаратам. Таким образом, по указанным видам фармакологической активности изученные препараты имеют очевидные преимущества перед официнальным препаратом – винпоцетином и антиконвульсантом – галодифом. Экстракты пантов алтайского марала не уступают и своему прототипу – порошку пант марала алтайского.

Исследуемые препараты – экстракты пантов марала алтайского и водные экстракты из лопуха – обладают выраженной адаптогенной и ноотропной активностью, сопоставимой с фармакологической активностью синтетических препаратов. Отобранные экстракты можно углубленно исследовать для разработки на их основе безопасных, экологически чистых фармпрепаратов с ноотропной, адаптогенной и геропротективной активностью.

Клинико-психопатологические особенности шизофрении с началом в детском возрасте за период 2001-2010 гг.

Островский Д.И.[1], Иванова Т.И.[1, 2], Крахмалева О.Е.[1], Гранкина И.В.[1]

[1] «БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова», Омск, Россия

[2] «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

Детская шизофрения принадлежит к наиболее прогностически тяжёлым вариантам эндогенной психической патологии, связанным с функционированием нервной системы (в частности, с обменом нейромедиаторов – дофамина, серотонина, глутамата), оставаясь при этом сравнительно редкой. Начало болезни на фоне созревания психики накладывает отпечаток на все клинические проявления: бредовые идеи остаются незавершёнными и нестойкими, заметное место занимают зрительные обманы восприятия, а ведущие синдромы отличаются выраженным полиморфизмом. Такая размытость проявлений мешает распознать заболевание вовремя. Не менее сложной оказывается и задача прогноза. Опора на выраженность манифестного состояния в детской практике себя не оправдывает: психозы, внешне протекающие мягче, но лишённые синдромальной завершённости, нередко приводят к наиболее тяжёлым исходам. При этом число исследований, оценивающих катамнез пациентов детского возраста, остаётся ограниченным, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: сопоставить психопатологическую структуру детского эндогенного манифестного психоза с типом формирующегося дефекта по данным ретроспективного анализа историй болезни за период 2001-2010 гг.

В качестве источников для анализа и интерпретации использованы архивные истории болезни (n=72). Используемый метод клинико-анамнестический, клинико-психопатологический.

Среди 72 обследованных больных преобладали мальчики (n=52, 72,2%), девочки зарегистрированы реже (n=20, 27,8%), соотношение мужчин и женщин составило 2,6:1. Средний возраст манифестации заболевания составил 6,63±2,07 года (от 3 до 11 лет 9 месяцев.). Манифестация в дошкольном возрасте отмечена у 40 больных (56%), в младшем школьном возрасте – у 30 (42%), в препубертатном и пубертатном периодах – у 2 (3%). Средний возраст на момент первой госпитализации составил 9,1±1,9 года; длительность периода от появления первых психопатологических

расстройств до начала стационарного лечения достигала в среднем 2,6±2,2 года (медиана 2,4 года) и была тем больше, чем раньше манифестировало заболевание.

Галлюцинаторные расстройства выявлены у 48 больных (67%), отсутствовали у 24 (33%). Зрительные обманы восприятия отмечены в 32 (44%) наблюдениях, императивные галлюцинации – в 14 (19%), комментирующие – в 6 (8%), голоса других личностей – в 6 (8%), слуховые нейтрального содержания – в 6 (8%), речедвигательные – в 6%. У 18 (25%) больных отмечено сочетание двух и более видов галлюцинаций. Бредовые расстройства выявлены у 54 больных (75%). Бред воздействия отмечен в 22 (31%) наблюдениях, нестойкие бредовые идеи – в 20 (28%), бредоподобное фантазирование – в 6%, религиозная фабула – в 3%, дисморфоманическая – в 3%, идеи особого значения – в 3%, ипохондрическая фабула – в 3%. Психотическая симптоматика средней степени тяжести отмечена у 38 больных (54%), среднетяжёлой – у 14 (19%), тяжёлой – у 10 (14%), лёгкой – у 6 (8%), очень тяжёлой – у 4 (6%). В структуре ведущего психопродуктивного синдрома преобладал острый полиморфный синдром – 38 наблюдений (52%). Параноидный синдром установлен у 12 больных (17%), паранояльный – у 8 (11%), гебоидный – у 6%, кататонический – у 6%. Ипохондрический синдром отмечен у 3% больных, аноректический – у 3%, парафренный – у 3%.

Олигофреноподобный дефект сформировался у 16 больных (22%), аутизация со снижением познавательной активности и эмоциональным обеднением – у 10 (14%), лёгкие изменения личности с преобладанием психической слабости в рамках астенического синдрома – у 10 (14%), астеноанергический дефект – у 8 (11%), регресс склада личности с сужением круга интересов – у 6 (8%), лёгкие изменения склада личности без типологической дифференциации – у 6 (8%), психастеноподобный дефект – у 6 (8%), изменения по типу «фершробен» – у 4 (6%), дефект с преобладанием внушаемости и волевой неустойчивости – у 4%, ригидно-стенический дефект – у 4%.

При сопоставлении психопатологической структуры психоза с типом исхода установлен ряд закономерностей. Острый полиморфный синдром не обнаружил избирательности в отношении какого-либо одного типа дефекта: из 38 больных олигофреноподобный дефект сформировался у 12, астеноанергический – у 6, лёгкие изменения без типологической дифференциации – у 6, психастеноподобный – у 6, лёгкие изменения с психической слабостью на фоне эмоционального перенапряжения – у 4, аутизация с эмоциональным обеднением – у 4. Отчётливую связь с типом исхода обнаружил параноидный синдром: регресс склада личности сформировался у 4 из 12 таких больных, что составило 4 от числа всех наблюдений (n=6) данного типа дефекта.

Тяжесть манифестного психоза обнаружила связь с типом дефектного состояния, где 1 балл расценивался как легкая степень, а 5 баллов – как крайне тяжелая. Наибольшие значения отмечены при регрессе склада личности с ослаблением морально-эимческих норм (4,33 балла) и изменениях по типу «фершробен» (3,50), наименьшие – при астеноанергическом (1,50) и психастеноподобном дефекте (2,00); при олигофреноподобном дефекте средняя тяжесть составила 2,75 балла.

Галлюцинаторная симптоматика распределялась по типам исхода неравномерно. Наиболее часто галлюцинации отмечались при регрессе склада личности (6 из 6 больных), олигофреноподобном дефекте (12 из 16) и изменениях по типу «фершробен» (4 из 4), наиболее редко встречалась при астеноанергическом дефекте (2 из 8) и аутизации с эмоциональным обеднением (4 из 10).

Шизофрения с началом в детском возрасте манифестировала преимущественно в группе обследованных в дошкольном возрасте (56% наблюдений) с преобладанием лиц мужского пола (2,6:1).

Длительность периода от манифестации заболевания до начала стационарного лечения составила в среднем 2,6±2,2 года и была тем больше, чем раньше начиналось заболевание (3,4 года при дошкольной манифестации против 1,7 года при манифестации в младшем школьном возрасте), что отражает трудности распознавания ранних форм заболевания.

Клиническая картина характеризовалась преобладанием острого полиморфного синдрома (50%), высоким удельным весом зрительных галлюцинаций с убеждённостью в реальности увиденного, отсутствием критики к происходящему и преобладанием бреда воздействия и нестойких бредовых идей, что отражает возрастное своеобразие психопатологической структуры психоза. Острый полиморфный синдром, будучи наиболее частым, не определял какого-либо одного типа исхода, однако преобладал в структуре олигофреноподобного дефекта (63% таких наблюдений). Избирательную связь с типом клинического исхода обнаружил параноидный синдром, обусловивший большинство случаев регресса склада личности.

Тяжесть манифестного психоза в первую очередь связана с типом формирующегося дефекта: наиболее тяжёлые состояния предшествовали регрессу склада личности и изменениям по типу «фершробен», наиболее лёгкие – астеноанергическому и психастеноподобному дефекту.

Оценка прогностической эффективности маркеров генов пролактина, дофаминовых и серотониновых рецепторов в отношении риска развития нейролептической гиперпролактинемии

Падерина Д.З., Бойко А.С., Корнетова Е.Г., Иванова С.А.

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

Нейролептическая гиперпролактинемия – многофакторный нейроэндокринный побочный эффект, возникающий у 40–80% пациентов с шизофренией на фоне антипсихотической терапии. Исследование генетических факторов, способствующих межиндивидуальным различиям в клинических результатах антипсихотического лечения, является главной задачей фармакогенетики. Генетические особенности пациентов могут определять до 95% случаев всех неблагоприятных фармакологических ответов: неэффективность лекарственного средства или нежелательные лекарственные реакции.

Выявление прогностической значимости патогенных маркеров с развитием побочных эффектов антипсихотиков позволит разработать оптимальную, индивидуальную стратегию лечения пациентов с шизофренией, что приблизит нас к прецизионной терапии психических расстройств.

Цель исследования: разработка прогностической модели риска развития нейролептической гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией.

Выборку для исследования составили 446 пациентов с диагнозом шизофрении в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 (F20). Средний возраст пациентов составил 41,5±13,4 года (средний возраст мужчин – 37,8±11,9 года, женщин – 45,2±13,9 года). Определение содержания гормона пролактина в сыворотке крови проводилось иммуноферментным методом с использованием набора реагентов PRL Test System (Monobind Inc., США). Экстракция ДНК осуществлялась стандартным фенол – хлороформным методом. Генотипирование по полиморфным вариантам изучаемых генов *DRD1, DRD2, DRD3, HTR1A, HTR1B, HTR2A, HTR3A, HTR2C, HTR6* и *PRL* проводилось с использованием The MassARRAY® Analyzer 4 by Agena Bioscience™, набором SEQUENOM iPLEX Gold 384, а также методом полимеразной цепной реакции в реальном времени на амплификаторах StepOnePlus TM Real-Time

PCR System и QuantStudio™ 5 Real-Time PCR System (Applied Biosystems, США) с использованием наборов TaqMan Validated SNP Genotyping Assay (Applied Biosystems, США) на базе Центра коллективного пользования «Медицинская геномика» Томского НИМЦ. Статистический анализ для разработки прогностической модели осуществлен в программной среде R (версия 3.6.2).

Оценка прогностической эффективности исследуемых полиморфных вариантов, ассоциированных с фенотипом гиперпролактинемии, показала невысокие значения AUC (<0,60). Далее был осуществлен регрессионный анализ, где в качестве факторов выступили 50 исследуемых маркеров, а также пол, возраст, длительность заболевания, доза антипсихотика в хлорпромазиновом эквиваленте и тип получаемой терапии в качестве клинико-демографических характеристик пациентов. В данном анализе гиперпролактинемия выступила в качестве зависимой дихотомической переменной. Следующим шагом было проведение смешанного дискриминантного анализа с последующей кроссвалидацией для отобранных предикторов. Наилучший набор предикторов был установлен на основании результатов переклассификации пациентов. В результате статистического анализа была получена прогностическая модель среднего качества с включением генетических вариантов rs1341239 (*PRL*), rs4911871 (*HTR2C*), а также пола и возраста пациента. Данная модель дает ошибку классификации около 39% и величину AUC 0,661 [0,601-0,720].

Значения показателей чувствительности составляли 0,596 [0,513-0,675], специфичности – 0,608 [0,528-0,684]. Генетические, а также некоторые клинико-демографические факторы играют важную роль в развитии нейролептической гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией.

Таким образом, маркеры генов *PRL* (rs1341239), *HTR2C* (rs4911871), вошедшие в разработанную фармакогенетическую панель, можно рассматривать в качестве биологических предикторов развития нейролептической гиперпролактинемии у пациентов с шизофренией до назначения фармакотерапии.

Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17-29-06035 «Новые подходы к фармакогенетике антипсихотик-индуцированной гиперпролактинемии у больных шизофренией».

Особенности социальной адаптации у лиц, страдающих психическими расстройствами, при прохождении комплексной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) по оценке дееспособности

Паянова А.С., Переправина Ю.О.

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия

Социальная адаптация является интегративным показателем (адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма, гармоничная система отношений и умение выстраивать общение с окружающими, способность к труду, обучению, организации досуга и отдых, умение подстраиваться под ролевые ожидания других людей), отражающим способность человека к самостоятельной жизнедеятельности и участию в социально-правовых отношениях. Особую актуальность её изучение приобретает применительно к лицам, страдающим психическими расстройствами, в частности шизофренией и умственной отсталостью, поскольку они относятся к числу заболеваний, которые наиболее часто сопровождаются инвалидизацией, в первую очередь тех, кто находится в трудоспособном возрасте (Прощенко И.В., Максимова Н.Е., Мурашова Л.А., Ульянова Е.В., 2020; Целищев Д.В., 2023). В рамках комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) по оценке дееспособности особое значение

имеет оценка уровня социальной адаптации подэкспертного, позволяющая судить о степени его самостоятельности и способности участвовать в социально-правовых отношениях. Однако вопросам систематизации критериев её оценки применительно к задачам КСППЭ по оценке дееспособности уделяется недостаточное внимание, несмотря на наличие исследований социальной адаптации при отдельных психических расстройствах с учетом социокультурного, биолого-генетического, нейрофизиологического подходов (Миракян К.Ф., 2025; Швец К.Н., Лукьянцева И.С., 2019).

Цель исследования – выявление особенностей социальной адаптации лиц, страдающих психическими расстройствами, при прохождении КСППЭ по оценке дееспособности.

Методы исследования: на основе анализа литературы были выделены критерии оценки социальной адаптации, отражающие мотивационно-целевой компонент, самостоятельность жизнедеятельности, критичность, отношение к заболеванию, коммуникативные навыки, социальные связи, трудовую и досуговую активность. Анализ экспертных заключений проводился методом качественного контент-анализа с последующей количественной обработкой данных. Для статистического анализа использовались коэффициент ранговой корреляции Спирмена и U-критерий Манна-Уитни.

Выборку составили 60 заключений по результатам экспериментально-психологического исследования лиц, проходивших КСППЭ по оценке дееспособности в ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России (33 мужчины и 27 женщин в возрасте от 22 до 87 лет). В исследование вошли 30 лиц с расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) и 30 лиц с умственной отсталостью (F70–F79); в каждой группе выделены подгруппы ограниченно дееспособных и недееспособных лиц (по 15 человек).

Результаты корреляционного анализа показали, что центральное место в структуре социальной адаптации занимает критическая оценка собственного состояния и действий с пониманием причинно-следственных связей, связанная с осознанием психического расстройства, способностью к планированию и прогнозированию поведения, а также меньшей нуждаемостью во внешнем контроле. Важными компонентами социальной адаптации также выступают самостоятельность жизнедеятельности, включающая бытовые, трудовые и досуговые навыки, и сохранность социальных связей.

Сравнительный анализ выявил различия между лицами с шизофренией и умственной отсталостью. Подэкспертные с шизофренией характеризуются более низким уровнем самостоятельного функционирования, трудовой и досуговой активности, а также инициативности в социальном взаимодействии, что может быть связано с выраженностью мотивационно-волевых нарушений. Лица с умственной отсталостью демонстрируют более высокий уровень бытовой самостоятельности, социальной активности и коммуникативной инициативности, однако чаще имеют ограниченные семейные связи вследствие раннего помещения в интернатные учреждения. Независимо от нозологии ограниченно дееспособные лица характеризуются более высоким уровнем критичности, самостоятельности и социальной активности, тогда как для недееспособных лиц характерна выраженная зависимость от внешнего контроля поведения.

Ключевыми компонентами социальной адаптации являются критичность, самостоятельность жизнедеятельности и социальная активность. Выделенные критерии могут использоваться при структурированном анализе социальной адаптации подэкспертных в рамках КСППЭ по оценке дееспособности.

Структура невербального поведения пациентов с шизофренией и её связь с показателями шкалы PANSS

Першина А.Э., Тигунцев В.В., Юровская Е.М., Горбацевич Ю.Н., Корнетова Е.Г.

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

Невербальное поведение занимает одно из центральных мест в структуре двигательного фенотипа (Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Корнетов А.Н., 2025). В отличие от речевой продукции оно слабо поддается произвольному контролю и диссимуляции, а потому сохраняет информацию о тех чертах психопатологического состояния, которые ускользают от внимания при традиционном интервью, легко упустить из виду невербальные сигналы (Самохвалов В.П., 1993). Систематизированный подход к формализованному наблюдению за поведением пациентов с шизофренией предложен отечественной школой клинической этологии (Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., 1990). Первое этологическое исследование невербального поведения при шизофрении охватило 200 человек. Важным результатом явилось то, что ряд из особенностей невербальных паттернов удалось наблюдать также у родственников больных шизофренией (Самохвалов В.П., Коробов А.А., 1984). В дальнейшем у пациентов с шизофренией был описан характерный мимический профиль: гипомимия, преобладание выражений удивления, страха, депрессии, отвращения и непонимания, отсутствие взгляда в лицо, хоботковые и полухоботковые элементы, горизонтальные и вертикальные складки на лбу, а также диссоциация мимики между верхней и нижней, правой и левой половинами лица (Таннус А., 1986). Практическая значимость подобных исследований определяется возможностью использовать невербальные маркеры как дополнительный диагностический инструмент, не требующий вербального контакта и применимый при выраженных нарушениях речевой коммуникации.

Цель и задачи исследования: изучить структуру невербального поведения пациентов с шизофренией и оценить характер связи с показателями шкалы PANSS.

В исследование включены 30 пациентов с диагнозом шизофрении согласно критериям МКБ-10. Все пациенты проходили стационарное лечение на базе отделения эндогенных расстройств клиники НИИ психического здоровья Томского в период с 2025 по 2026 г. и подписали добровольное информированное согласие. Возраст пациентов составил 33,0 [21,3; 41,0] года, диапазон 18-56 лет. Длительность заболевания – 7,5 [3,0; 14,5] года, диапазон от 1 года до 37 лет. Распределение по полу – 11 мужчин и 19 женщин. Объективная оценка тяжести клинико-психопатологической симптоматики была выполнена с использованием Шкалы позитивных и негативных синдромов (PANSS). Оценка невербальных проявлений пациентов осуществлялась с помощью Глоссария по исследованию невербального поведения человека (Самохвалов В.П., 1987). Ввиду низкой информативности отдельного бинарного признака сформированы четыре группы, соответствующие основным разделам глоссария. Значение группы определялось как число зарегистрированных у пациента признаков соответствующего раздела: 1) группа мимики – 62 признака (характеристики взгляда, компонентов области рта и глазного яблока, движения бровей и век); 2) группа пантомимики – 50 признаков (положение корпуса, конечностей, головы, характеристики фиксации рук); 3) группа простых единиц поведения – 33 признака (жесты, моторика головы, плеч и туловища, груминг); 4) группа моторных комплексов – 34 признака (стереотипии, тики, тремор, гиперкинезы).

Статистический анализ выполнен с использованием программного обеспечения Statistica for Windows V. 12.0 (Statsoft). Количественные показатели описаны медианой и межквартильным размахом (Me [Q1; Q3]) с указанием диапазона, качественные показатели – абсолютными частотами. Соответствие распределения количественных переменных нормальному закону проверялось критерием Шапиро–Уилка. Связь выделенных групп невербального поведения с показателями шкалы PANSS оценивалась методом ранговой корреляции Спирмена. Пороговый уровень статистической значимости p был принят равным 0,05.

Средние показатели PANSS составили: подшкала позитивных симптомов – 15,0 [14,0; 17,8] балла, подшкала негативных симптомов – 18,0 [15,0; 22,0] балла, общая психопатология – 39,0 [34,3; 43,0] балла, суммарный балл – 73,0 [65,3; 79,5]. Частотный профиль невербальных признаков различался между функциональными блоками глоссария. В группе мимики наиболее часто регистрировались сжатые губы (77%) и моргание (73%), прямой взгляд в лицо собеседника отмечался у половины обследованных (53%). В группе пантомимики преобладали разведённое положение ступней и опущенные плечи (по 80%), прямое положение головы (77%), разведённые колени (63%). Столь же часто встречались варианты фиксации рук – сжимание пальцев одной руки другой (77%) и положение рук «в замке», включая помещение кистей в рукава (67%). В группе простых двигательных единиц ведущее место заняла игра пальцами (70%), далее следовали жест-акцент (63%), кивательные движения головы (53%) и аутогруминг одной рукой (50%). В группе моторных комплексов устойчиво воспроизводился лишь один признак – игра пальцами в виде соприкосновения и постукивания большими пальцами (70%). Выявлена прямая связь группы пантомимики с выраженностью позитивной симптоматики ($p=0,007$), с показателем общих симптомов ($p=0,034$) и суммарным баллом PANSS ($p=0,023$). В группе простых двигательных единиц обнаружена прямая статистически значимая ($p=0,037$) связь с подшкалой позитивных симптомов. Для индекса моторных комплексов связь с позитивной симптоматикой не достигла принятого уровня значимости ($p=0,098$). Связь индекса пантомимики с продуктивной симптоматикой сохраняла устойчивость при контроле возраста ($p=0,009$) и контроле длительности заболевания ($p=0,007$), что свидетельствует о независимости выявленной ассоциации от возрастных изменений моторики и длительности заболевания.

Установлена прямая ассоциация пантомимической активности с выраженностью позитивной симптоматики, устойчивая к контролю возраста и длительности заболевания. Полученные данные позволяют рассматривать показатели пантомимической активности в качестве возможного дополнительного невербального маркера выраженности позитивной симптоматики. Полученные результаты требуют подтверждения на выборке большего объёма с включением группы сравнения.

Использование психорелаксационной терапии и социально-когнитивных занятий в комплексном лечении пациентов дневного стационара

Першина Н.П., Струкова Е.Ю., Логачева А.А.

ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница», Тамбов, Россия

Тревожно-депрессивные расстройства относятся к наиболее распространенным формам психической патологии и оказывают негативное влияние на качество жизни людей. Большинство таких пациентов выявляются на приеме у врача общей медицинской практики. При подтверждении диагноза они направляются на специализированное лечение, в том числе в психиатрический дневной стационар.

Цель исследования: оценка эффективности комплексного лечения пациентов психиатрического дневного стационара ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая

клиническая больница» с использованием релаксационного и социально-психологического тренинга.

В исследование включено 79 пациентов, в возрасте 23-55 лет, поступивших на лечение в психиатрический дневной стационар ОГБУЗ «ТПКБ». Анализ результатов психодиагностической беседы показал, что 78,5% исследуемых испытывают безосновательное беспокойство относительно всего происходящего в жизни: своих отношений, работы, здоровья и т.д. Несмотря на остро переживаемое одиночество, большинство из них испытывали трудности в общении. Все исследуемые проходили комплексное лечение, включающее медикаментозное, физиотерапию, индивидуальные психокоррекционные занятия, релаксационный и социально-психологический тренинги. До начала и после курса занятий проводилось патопсихологическое обследование. Социально-психологический тренинг был направлен на развитие навыков межличностного взаимодействия, обучение эффективным навыкам общения, самоконтроля. В ходе занятий рассматривались ситуации из повседневной жизни пациентов, вызывающие напряжение, тревогу, негативные реакции, обсуждались способы выхода из них с наименьшими потерями для себя. На релаксационном тренинге пациентов обучали способам саморегуляции и снятия психоэмоционального напряжения.

Оценка эффективности комплексного лечения складывалась из субъективных ощущений пациента на основе самоотчетов, а также по психологическим опросникам и на основе объективных данных психического статуса, которые оценивал врач-психиатр. По субъективным ощущениям большинство респондентов отметили улучшение эмоционального фона, повышение самооценки и самоуверенности. Тест для оценки степени стрессоустойчивости Коухена и Виллиансона у 52% исследуемых показал повышение уровня стрессоустойчивости. Тест MMPI выявил снижение показателей по 1-й, 2-й и 3-й шкалам, снижение уровня тревожности, напряженности, ипохондрической настроенности, повышение активности и уверенности в себе у 61% исследуемых. На фоне проводимого комплексного лечения с применением препаратов в средних терапевтических дозах и психосоциального лечения отмечалось более быстрое купирование симптомов болезни.

Использование медикаментозной терапии в сочетании с психосоциальными методами, направленными на преодоление негативных эмоций и на обучение эффективным методам общения, позволили улучшить качество оказываемой помощи пациентам в условиях психиатрического дневного стационара.

Анализ различий в динамике клинических проявлений и уровне социальной адаптации у больных параноидной шизофренией

Петкун Д.А., Перевезнюк А.Г., Бельтюкова Е.С., Корнетова Е.Г.

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

Шизофрения – хроническое мультифакториальное психическое расстройство, являющееся причиной ранней инвалидизации, существенного снижения социальной и профессиональной продуктивности. Процесс формирования терапевтической приверженности и социальной адаптации у пациентов обусловлен комплексом факторов, включающих генетические и фенотипические детерминанты, преморбидные личностные характеристики, внутрисемейные паттерны взаимодействия и степень психологической поддержки со стороны ближайшего окружения (Гуткевич Е.В., 2018), нежелательные эффекты антипсихотической фармакотерапии (Корнетова Е.Г. и др., 2019; Дмитриева Е.Г. и др., 2014), половой диморфизм (Ханько А.В., 2014). Г.В. Логвинович с соавт. (Логвинович Г.В. и др., 1992) описаны основные типы

компенсаторно-приспособительных защит, формирующиеся на базе патологически измененной психической структуры и определяющие адаптационный потенциал пациента. Выделено 4 типа: «гуттаперчевая капсула», при которой возможно сохранение социального функционирования на исходном уровне; «экологическая ниша», при которой социализация возможна на редуцированном уровне при активной внешней поддержке; «социальная оппозиция» – тип, характеризующийся конфликтным взаимодействием пациента с социальным окружением и обществом в целом; «укрытие под опекой» – один из наиболее прогностически неблагоприятных вариантов, при котором реализация как социальных, так и базовых функций затруднена без выраженного внешнего вмешательства. Существенным фактором, определяющим характер адаптационных процессов у пациентов, выступает профиль безопасности и терапевтической эффективности антипсихотической терапии (Корнетова Е.Г. и др., 2019; Олейчик И.В. и др., 2024). Интеграция в клиническую практику антипсихотиков третьего поколения актуализирует задачу не только купирования психопатологической симптоматики основного расстройства, но и сохранения социального статуса и функционирования пациента в социуме.

Цели и задачи исследования: провести сравнительный анализ динамики клинико-психопатологических проявлений у пациентов с эпизодическим типом течения параноидной шизофрении, сравнить показатели шкалы позитивных и негативных синдромов (Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS) с определением типа компенсаторно-приспособительной защиты по методике Г.В. Логвинович.

В исследование были включены 56 пациентов с верифицированным диагнозом шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения согласно МКБ-10, находившиеся на стационарном лечении в отделении эндогенных расстройств ФГБНУ НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН. Пациенты были разделены на 2 равные группы, сопоставимые по половозрастным характеристикам и длительности заболевания. Критериями невключения для всех обследуемых лиц являются наличие острых и хронических неврологических и соматических заболеваний в острой фазе и стадии декомпенсации, выявляемых на консультации врачами (офтальмолог, невролог, терапевт). У всех обследованных лиц было получено информированное согласие, исследование одобрено локальным этическим комитетом. В первую группу (n=28) включены пациенты, получавшие базисную терапию атипичными антипсихотиками второго поколения (оланзапин, рисперидон, палиперидон, амисульприд, сертиндол, кветиапин), вторую группу (n=28) составили пациенты, получавшие базисную терапию атипичными антипсихотиками третьего поколения (арипипразол, брекспипразол, карипразин, луразидон). Все пациенты, проходившие стационарное лечение, получали антипсихотическую терапию в дозах, одобренных Минздравом РФ. Общая антипсихотическая нагрузка (в перерасчете на хлорпромазиновый эквивалент (CPZeq) составляла 350 [300; 400] мг/сут.

В ходе исследования оценка по шкале PANSS проводилась в обеих группах пациентов с годовым интервалом, оценка адаптации по методике Г.В. Логвинович с определением типа компенсаторно-приспособительной защиты. Статистическая обработка проводилась с использованием программного обеспечения Statistica for Windows (v. 12.0). При сравнении качественных данных использовались критерий χ^2 Пирсона с поправкой Йетса и точный критерий Фишера (в случае, если в одной или больше из исследуемых групп было меньше 5 человек).

В ходе исследования в группе пациентов, получавших атипичные антипсихотики второго поколения, медианные показатели по шкале PANSS составили: позитивные симптомы – 20 [18; 26], негативные – 23 [22; 24], общие психопатологические симптомы – 49 [45; 54], суммарно – 99 [94; 104]. При повторном проведении

исследования показатели по шкале PANSS составили: позитивные симптомы – 17 [16; 24], негативные – 25 [24; 26], общие психопатологические симптомы – 53 [47; 56], суммарно – 90 [89; 101], при сравнении данных показателей не было отмечено статистически значимых различий ($p>0,05$). В группе пациентов, получавших атипичные антипсихотики третьего поколения, медианные показатели по шкале PANSS составили: позитивные симптомы – 20 [18; 23], негативные – 23 [22; 32], общие психопатологические – 49 [46; 54], суммарно – 98 [93; 104]. При повторном проведении исследования показатели по шкале PANSS составили: позитивные симптомы – 19 [17; 23], негативные – 21 [19; 24], общие психопатологические – 47 [44; 53], суммарно – 95 [92; 98]. В динамике отмечены статистически значимые различия по шкале негативных симптомов ($p<0,02$), по шкале общих психопатологических симптомов ($p<0,01$) и сумме баллов ($p<0,035$). При проведении попарного сравнения типов компенсаторно-приспособительных защит по методике Г.В. Логвинович статистически значимые различия ($p<0,05$) наблюдались между частотой формирования типа «гуттаперчевая капсула» в группах пациентов, получавших как атипичные антипсихотики третьего поколения (53,6%) , так и антипсихотики второго поколения (21,4%).

При сопоставлении годовой динамики показателей шкалы PANSS в двух исследуемых группах зафиксированы статистически значимые различия: в группе пациентов, получавших атипичные антипсихотики третьего поколения, отмечено статистически значимое снижение выраженности негативных симптомов ($p<0,02$), баллов общих психопатологических симптомов ($p<0,01$) и суммы баллов ($p<0,035$) и формирование наиболее благоприятного типа адаптации – «гуттаперчевая капсула» в группе пациентов, получавших атипичные антипсихотики третьего поколения.

Таким образом, увеличение адаптационно-ресурсного потенциала организма приводит к снижению частоты рецидивов и необходимости госпитализации, что обусловливает важность дальнейших исследований.

Мультикультурная супервизия: развитие профессионального мышления специалистов помогающих профессий

Пилишвили Т.С.

Психологический центр «Пси-пространство», Москва, Россия

Мультикультурная супервизия становится ключевым направлением развития навыков профессионального мышления специалистов помогающих профессий в условиях задачи сохранения и поддержания этнокультурного и языкового многообразия в России, а также «объединяющей роли государствообразующего русского народа» и русского языка в качестве основы «цивилизационного кода» как системы устойчивых базовых ценностей, символов, смыслов и моделей поведения, определяющих идентичность и пути развития сообщества. Теоретически мультикультурная супервизия базируется на представлениях о культурном многообразии как «четвёртой силе» в современном психологическом консультировании и психотерапии. В данной статье под специалистами помогающих профессий понимаются прежде всего психологи, клинические психологи и специалисты немедицинских сфер психотерапии.

Актуальность применения мультикультурной супервизии обусловлена двумя тенденциями: а) нарастанием количества культурно-специфических кейсов оказания психологической, психотерапевтической помощи (с учетом культурно-национальных, региональных факторов, требующих консолидации общероссийской гражданской идентичности личности); б) трансформацией самой модели супервизии в научном зарубежном и отечественном дискурсе – от директивной к рефлексивной и системной.

Современная мультикультурная супервизия рассматривает не только обсуждение отдельных культурных вопросов, касающихся полюсов «здоровье-болезнь», «норма-отклонение», но и рефлексию культурных позиций всех участников триады «клиент – консультант – супервизор», в особенности в тех ситуациях, при которых клиент и заказчик психологических услуг не совпадают, например, как при консультировании несовершеннолетних. Это требует целенаправленного развития профессионального мышления специалистов помогающих профессий, соблюдающих законодательство РФ, применяющих нормативную базу федерального значения в ходе трудовой деятельности.

Рассуждая о вопросах профессионального мышления медиков, В.П. Андронов определяет профессиональное медицинское мышление как «рефлексивную умственную деятельность врача, обеспечивающую постановку и решение диагностических, лечебных и профилактических задач через анализ генезиса и развития патологических процессов и их этнологических факторов» (как на развитие болезни влияет принадлежность человека к той или иной этнической группе). Автор выделяет в качестве критериев оценки: а) способность использовать минимум решающих симптомов для диагностики; б) обоснованность и достоверность диагноза; в) умение улавливать за внешними проявлениями болезни её внутренние причины, механизмы возникновения и развития; г) определение оптимальной лечебной тактики и техники хирургического вмешательства; д) врачебные ошибки и последствия неправильного лечения. По этой же аналогии, по-видимому, происходит развитие профессионального клинического психологического мышления указанных выше специалистов помогающих профессий.

Особое внимание уделяется динамике власти в ходе психологического консультирования, которая может как создавать барьеры, так и становиться ресурсом для помощи. Показано, что даже при внешне «нейтральном» запросе культурные различия участников триады существенно влияют на процесс оказания помощи. Подтверждено, что динамика власти и гегемонии являются более важными переменными, определяющими характер мультикультурных супервизорских отношений, чем редукционистские концепции этнической принадлежности. Выделяют восемь вариантов мультикультурной триады в зависимости от принадлежности участников к доминирующей или социально-угнетённой группе. Конфигурации триад могут порождать специфические проблемы, например, формирование «ментального альянса» супервизора и клиента против консультанта из социально-угнетенной группы по аналогии с треугольником С. Карпмана. Осознание позиций участников и динамики власти в таких конфигурациях критически важно для качества консультативного и супервизионного процессов. Несмотря на «моду» на психологические услуги в современном российском обществе, при подготовке специалистов помогающих профессий должен учитываться базовый для отечественной этнопсихологии принцип общественно-исторической обусловленности психики, означающий, что специфика психического развития личности определяется конкретным историческим этапом развития общества. Психологическая помощь как социальная практика и частный случай оказания социальных услуг должна учитывать соответствующие законодательные акты, а также не вымывать ценности самобытных культур многонационального народа РФ как неотъемлемой части российской культуры.

К функциям профессионального мышления специалистов помогающих профессий можно условно отнести: диагностическую, информирующую, стимулирующую развитие профессиональной интуиции. В последнем случае, например, должна учитываться такая специфика коморбидных состояний для повышенных рисков первичной наркотизации, как несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) подростков на фоне пережитого насилия. В данном случае ключевыми вопросами

являются: 1) грамотная психодиагностика соотношения между НССП и нормативными для дистресса абреакцией, отреагированием вовне как защитными механизмами психики, имеющими схожие с психическими расстройствами особенности внешнего проявления, но не являющегося последними; 2) выявление лежащего в основе жизненных событий подростка подлинного дистресса, приводящего к самоповреждающему поведению.

В ходе супервизии может быть подчеркнуто, что НССП на фоне эмоционального дистресса выступает в качестве попытки вернуть себе субъектность, когда бессознательно отыгрывается суверенное право подростка лишь самому с собой делать нечто, что носит деструктивный характер. Кроме того, должны быть учтены высоковероятные риски ретравматизации подростка, когда при работе с актуализированными тяжёлыми травмами усиливается ощущение страдания, в работе при этом используют поэтапный подход.

Острые отравления героином и метадоном: клинико-диагностические различия и исходы

Пичугина Ю.А., Афанасьева Н.А.

ФГБОУ ВО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, Красноярск, Россия

В структуре острых отравлений ПАВ на территории РФ на протяжении последних лет лидирующие позиции занимают опиаты и опиоиды. Согласно статистическим данным, летальный исход при отравлении метадоном регистрируется статистически значимо чаще по сравнению с отравлением героином. Так, в Красноярском крае в 2025 г. зафиксировано 919 случаев отравлений наркотическими средствами, из которых 36% пришлись на метадон. При этом количество потребителей метадона остается высоким, с 2020 г зарегистрирован рост потребителей почти в 8 раз. Столь выраженная динамика, наряду со сложностями дифференциальной диагностики и отсутствием единых алгоритмов терапии, обусловливает высокую актуальность проблемы.

Цель исследования: определить клинико-диагностические особенности острой интоксикации героином и метадоном, а также факторы, влияющие на исход отравления, для оптимизации лечебно-диагностической тактики.

Проведено клинико-психопатологическое обследование 103 пациентов, госпитализированных в ККБУЗ «Красноярский краевой наркологический диспансер № 1» с диагнозом F 11.0 (острая интоксикация опиоидами) в период 2023–2025 гг. Мужчины составили большинство (n=83) (средний возраст 38,3±2,8 года) по сравнению с женщинами (n=20) (средний возраст 39±2,4 года). Верификация вещества проводилась методом газожидкостной хроматографии мочи. Пациенты с алкогольными психозами и абстинентным синдромом в исследование не включались. Всем пациентам проводилась интенсивная терапия согласно стандартам оказания неотложной наркологической помощи.

По результатам химико-токсикологического исследования метадон выявлен у 52 пациентов (50,4%), героин – у 51 (49,6%). В группе потребителей героина симптомы отравления купировались в течение первых суток; у 70% пациентов введение налоксона позволило избежать интубации трахеи. В группе метадона на вторые сутки после первичного улучшения у 12 пациентов (23,5%) отмечен эффект «ренаркотизации» – повторное угнетение дыхания и сознания, потребовавшее перевода в палату интенсивной терапии. Летальный исход в этой подгруппе составил 16,7% (2 пациента). У пациентов с отравлением метадоном, в отличие от героиновой группы, по данным МРТ диагностированы диффузное поражение белого вещества

головного мозга, мозжечка и базальных ганглиев, характерное для токсикогипоксической энцефалопатии.

Выявленные различия прежде всего обусловлены фармакокинетическими свойствами веществ. Период полувыведения метадона составляет от 5 до 130 часов (в среднем 22 часа) против 2-4 часов у героина, связь с белками плазмы достигает 90%. Это определяет длительное депонирование препарата в тканях и высокий риск рецидива дыхательной недостаточности после прекращения действия налоксона. Кроме того, метадон обладает выраженной липофильностью и щелочными свойствами, что способствует его широкому распределению по всем органам и системам. В развитии критических состояний при отравлении метадоном ведущую роль играет длительная гипоксия, приводящая к цитотоксическому отеку головного мозга и отсроченной лейкоэнцефалопатии. Именно эти механизмы объясняют более тяжелое клиническое течение, необходимость продленного мониторинга и повторных введений антидота у пациентов с метадоновой интоксикацией.

Обнаружено, что период полувыведения метадона значительно превышает таковой у героина (до 48 часов и более), что требует длительного (не менее 48 часов) наблюдения за пациентом даже после купирования острой симптоматики. Отличительной особенностью отравления метадоном является высокий риск развития эффекта «ренаркотизации» – повторного угнетения дыхания и сознания, что диктует необходимость многократного или инфузионного введения налоксона. При метадоновой интоксикации закономерно формируется токсикогипоксическая энцефалопатия с диффузным поражением белого вещества, что требует ранней МРТ-диагностики и включения в терапию средств, направленных на защиту нервной ткани и коррекцию гипоксии.

Разработанные на основе полученных данных алгоритмы дифференцированной терапии позволяют снизить частоту неблагоприятных исходов и должны быть внедрены в практическую деятельность наркологических и реанимационных отделений.

Ферменты системы обмена глутатиона у больных алкогольной зависимостью

Прокопьева В.Д., Кротенко Н.М., Епимахова Е.В., Кисель Н.И., Ветлугина Т.П.

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

Хроническое потребление алкоголя приводит к неконтролируемому накоплению активных форм кислорода (АФК) и развитию окислительного стресса (ОС) в организме. При алкогольной зависимости (АЗ), помимо общих механизмов формирования ОС, существуют специфические, обусловленные дополнительной генерацией АФК в результате изменения окислительного метаболизма под действием этанола и его метаболита ацетальдегида. Кроме того, при АЗ нарушается работа эндогенной антиоксидантной системы, обеспечивающей удаление излишек АФК.

Глутатионовая антипероксидная система является одной из важнейших составляющих антиоксидантной системы организма, а неэффективность антиокислительной защиты при АЗ в значительной степени связана с нарушением обмена глутатиона, который существует в клетках в двух состояниях: глутатион восстановленный (GSH) и окисленный (GSSG). Система обмена глутатиона, обеспечивающая поддержание восстановленной формы глутатиона на необходимом уровне, является важнейшей в борьбе с ОС. Она включает глутатионпероксидазу (ГПО), катализирующую восстановление пероксида водорода до воды, используя глутатион в качестве донора электронов; глутатионредуктазу (ГР), превращающую

окисленный глутатион (GSSG) в глутатион восстановленный (GSH); глутатион-S-трансферазу, катализирующую конъюгацию глутатиона с ксенобиотиками и эндогенными соединениями.

При АЗ происходит сбой в работе этой системы [Ефременко Е.С. и др., 2019], при формировании зависимости и развитии абстинентного синдрома в тканях (например, в печени) активируются процессы свободнорадикального окисления и при этом нарушается работа антиоксидантной защиты. Исследование изменений активности ферментов системы обмена глутатиона у больных АЗ с разной выраженностью ОС до и после антиалкогольной терапии может прояснить особенности этого звена антиоксидантной защиты и уточнить роль разных ферментов в поддержании необходимого уровня продуктов ПОЛ в периферической крови при АЗ.

Цель: изучить активность ГПО и ГР плазмы крови у больных АЗ с разным уровнем продуктов ПОЛ на разных стадиях заболевания.

В исследовании принимали участие 58 больных АЗ мужчин, поступивших на лечение в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ с диагнозом по МКБ-10 «Психические и поведенческие расстройства в результате употребления алкоголя (синдром зависимости – F10.21 и синдром отмены – F10.30)». В контрольную группу вошли 14 условно здоровых мужчин. Средний возраст в контрольной группе и в группе пациентов статистически значимо не различался. Кровь у пациентов брали в двух контрольных точках: 1-я точка – на 2-3-й день отмены алкоголя после купирования острых проявлений алкогольного абстинентного синдрома (раннее постабстинентное состояние); 2-я точка – перед выпиской из стационара на 15-17-й день курса стандартной терапии (после курса стандартной терапии). Общую выборку пациентов (58 человек) разделили на две группы в зависимости от уровня продуктов ПОЛ – ТБК-реактивных продуктов (ТБК-РП), выявленного у пациентов в 1-й точке на этапе раннего постабстинентного состояния: в группу 1 вошли пациенты, у которых уровень ТБК-РП в плазме крови не превышал значение медианы контрольной группы мужчин (2,48 нмоль/мл); группу 2 (28 человек) составили пациенты, у которых показатель ТБК-РП был выше значений контроля. Для определения активности ферментов системы обмена глутатиона в плазме крови использовали спектрофотометрический метод. Активность ГПО определяли с использованием набора для анализа активности ГПО (GSH-Px) (Elabscience, Китай), выражали в условных единицах (U). Активность ГР определяли по окислению НАДФН в реакции восстановления окисленного глутатиона, выражали в мкм НАДФН/мл×мин. Продукты ПОЛ определяли по концентрации ТБК-РП с использованием набора TBA AGAT («Агат-Мед», Россия), концентрацию ТБК-РП выражали в нмоль/мл. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы «Statistica», версия 10 для Windows. Описательная статистика представлена медианой и межквартильным интервалом Me (QL-QU). Для оценки достоверности межгрупповых различий использовали непараметрический критерий Манна-Уитни (Mann-Whitney, U-test), для зависимой выборки – тест Вилкоксана (Wilcoxon). Статистически значимыми различия считали при $p<0,05$.

Обнаружено, что в группе 1 пациентов с низким уровнем ТБК-РП после курса стандартной терапии концентрация ТБК-РП практически не изменилась (до терапии – 1,97 (1,85-2,26) нмоль/мл; после терапии – 2,00 (1,74-2,15), $p=0,782$), в то время как в группе 2 с исходно высоким уровнем ТБК-РП наблюдалось статистически значимое ($p<0,001$) снижение этого показателя (до терапии – 2,84 (2,67-3,23) нмоль/мл; после терапии – 2,46 (2,15-2,87). Это свидетельствует о снижении выраженности ОС у пациентов с исходно высоким его уровнем в результате проведения стандартной антиалкогольной терапии.

Оценка активности ферментов в разных группах пациентов показала, что в группе с низким ТБК-РП (группа 1) в процессе терапии выявляется статистически значимое снижение ГР (в 1-й точке – 2,08 (1,75-3,53) мкм НАДФН/мл×мин, 2-й точке – 1,66 (0,81-2,17), p=0,034); а в группе с высоким ТБК-РП (группа 2) терапия на активность как ГПО, так и ГР существенного влияния не оказывала. Сравнение активности ферментов между группами пациентов в исследуемых контрольных точках показало, что в 1-й точке (раннее постабстинентное состояние) разница в активности обоих ферментов (ГПО и ГР) отсутствует, в то время как во 2-й точке (после терапии) выявлено статистически значимое различие в активности как ГПО, так и ГР между группами. Активность ГПО в группе пациентов с низким ТБК-РП была статистически значимо (p=0,030) выше по сравнению с группой с высоким уровнем ТБК-РП плазмы крови (1513,7 (1489,3-1601,2) U и 989,9 (881,8-1134,5) соответственно), а активность ГР, напротив, статистически значимо ниже (p=0,040) (1,66 (0,81-2,17) мкм НАДФН/мл×мин и 2,60 (1,94-3,29) соответственно).

Таким образом, в группах пациентов с исходно разным уровнем продуктов ПОЛ плазмы крови за время лечения наблюдается разнонаправленное изменение активности ферментов системы обмена глутатиона. В группе 1, с исходно низким уровнем ТБК-РП, после проведения курса стандартной терапии выявляется более высокая активность ГПО, что говорит о важности этого фермента для замедления развития ОС у пациентов с АЗ. После терапии статистически значимое снижение ТБК-РП происходило только во второй группе, где активность ГПО после терапии имела выраженную тенденцию к снижению, а активность ГР существенно не изменялась и статистически значимо превышала ГР группы 1. Это позволяет предположить, что высокая активность ГР, обеспечивающая более быстрое восстановление глутатиона, является более значимым фактором, чем активность ГПО, для снижения повышенного уровня ТБК-РП в процессе лечения больных алкоголизмом.

Таким образом, разделение пациентов по уровню ТБК-РП в плазме крови позволяет выявлять важные ферментативные механизмы, участвующие в поддержании на высоком уровне продуктов ПОЛ у больных АЗ, что расширяет существующие представления о патогенезе АЗ.

Оценка речевых нарушений в системе профилактики когнитивного здоровья пожилого населения

Руженская Е.В.

ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет», Иваново, Россия

Система профилактики когнитивного здоровья, диагностики когнитивных нарушений и лечения пожилого населения для гериатров и врачей общей практики направлена на замедление возрастных изменений мозга и предотвращение развития деменции. Важным является восприятие проблемы не как статичного завершающего состояния, естественный этап старения, а как состояние, поддающееся коррекции при раннем вмешательстве. Эффективность такой системы зависит от смены парадигмы: переход от пассивного ожидания болезни к активному управлению здоровьем мозга на протяжении всей второй половины жизни, начиная примерно с 40–50 лет. Учитывая, что речь часто страдает раньше, чем память или исполнительные функции, и нарушения становятся заметными для окружающих, ранняя диагностика когнитивных нарушений по речевым изменениям – одно из наиболее перспективных направлений в нейрогериатрии. При диагностике когнитивных нарушений наличие речевых расстройств может иметь значение для диагностики в целом, определения степени тяжести когнитивного дефицита, что связано в первую очередь с поражением тех структур мозга, которые отвечают на понимание языка и речь. Кроме того,

у пожилых людей могут быть и другие состояния, когда физическое неблагополучие, общая астенизация и прочие соматические факторы вызывают заторможенность и нарушение психической продуктивности, в том числе и речевой. Ключевые речевые маркеры ранних когнитивных расстройств более структурированы, и позволяют при описании психического статуса определить клиническое значение, нейропсихологическую топику нарушений, а иногда и нозологическую линию диагностического поиска.

Нами было проанализировано 628 историй болезни психиатрического стационара ОБУЗ ОКПБ «Богородское» Ивановской области с легким когнитивным расстройством, из них в 240 были отмечены речевые нарушения при описании клинического статуса. Однако только по 128 историям можно проследить описание параметров речи. В ходе исследования мы разделили их на 6 базовых параметров – скорость и беглость речи, словарный запас, грамматика и синтаксис, сематическая связность, акустические параметры и прагматику общения.

При анализе описаний врачами речевых нарушений в истории болезней чаще описываются речевые нарушения, которые позволяют подтвердить органические признаки болезни или специфические виды когнитивных нарушений, как часть доказательной диагностики и обоснованности при дифференциальном диагнозе. Скорость и беглость речи обычно описываются в виде замедления темпа речи, увеличения пауз, когда пациент одновременно думает и произносит слова. На частоту хезитаций больше, чем обычно, влияют изменение сложности темы, эмоциональное состояние. В диагностической трактовке это расценивают как истощение ресурсов внимания и замедление обработки информации в лобных долях мозга. К речевым нарушениям, характеризующим общемозговую (недифференцированную) недостаточность, врачи в описании относят и нарушение семантической связности. В описании часто фигурируют потеря нити повествования, уход от темы разговора, замена забытых слов близкими по звучанию (литеральные парафазии) или по смыслу (вербальные парафазии). Это характеризует нарушение семантической памяти и контроля за ходом беседы. Словарный запас описывается как снижение лексического разнообразия, использование более простых и общих слов вместо специфических (например, «штука», «эта вещь» вместо названия предмета). Трудности с называнием предметов (номинальная афазия) в большинстве случаев расцениваются как ранние признаки болезни Альцгеймера, связанные с атрофией височных долей. Нарушение грамматики и синтаксиса описываются как упрощение структуры предложений, уменьшение количества придаточных конструкций, ошибки в согласовании слов. Здесь диагностический поиск идет по пути лобно-височной дегенерации и прогрессирующей первичной афазии. Акустические параметры описываются плохо, часто только очень явная монотонность и дизартрия. Вместе с тем даже незначительное снижение вариабельности высоты тона (монотонность), изменение громкости, смазанная артикуляция (дизартрия) могут указывать у пожилого человека на признаки утомления, астении, депрессии, а при большей выраженности свидетельствовать о поражении подкорковых структур или о болезни Паркинсона, протекающей с когнитивными нарушениями. Элементы такого параметра речи, как прагматика общения (трудности с пониманием сарказма, метафор, юмора; нарушение очередности реплик в диалоге) были описаны только в трех проанализированных историях болезни. Вместе с тем это также может указывать как на признаки утомления, астении, депрессии, так и на дефицит социального познания и социальных возможностей, ранний признак поражения правых лобных долей.

Крайне важно выявлять расстройства, связанные с когнитивной сферой, на начальном этапе нарушений. Поэтому в системе профилактики нами так много внимания уделяется тем сферам жизни, которые заметны окружающим и могут быть

толчком для обращения к врачу. На начальных этапах когнитивных проблем наиболее заметна для окружающих экспрессивная афазия. Она характеризуется признаками, легко выявляющимися во время клинической беседы и обычного нейротестирования. Пожилой человек испытывает трудности в подборе нужных слов, долго не может подобрать название предметов, действий, наблюдается общая медленность и напряженность речи. Постепенно всё более ограничивается словарь, упрощаются речевые конструкции, само произношение становится нечетким. При сохранности интеллекта и критики пациент обычно сам понимает, что есть нарушения, испытывает чувство тревоги, разочарования. В результате пытается снизить речевую продукцию – меньше говорить, чтобы скрыть проблемы. По мере утяжеления когнитивного дефекта экспрессивная афазия при органических поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате черепно-мозговых травм, опухолей, инсультов, воспалительных процессов и при некоторых психических заболеваниях становится более заметной. Рецептивная афазия не так заметна окружающим, так как пожилой человек продолжает говорить бегло, без явных затруднений в артикуляции. Проблемы возникают именно на этапе осмысления услышанного или прочитанного, а не в процессе говорения. Именно рецептивная афазия определяет когнитивную уязвимость пожилого человека, снижение адаптивных возможностей в процессе освоения новых социальных ролей и навыков, а также формирующуюся беспомощность. Это проявляется в проблемах с восприятием речи и письменного текста, ориентировкой в окружающей среде, нарушением адекватной обратной связи и критического отношения к своему состоянию Диагностика афазий(спонтанная речь, называние, повторение, понимание, чтение и письмо) направлена на выявление специфических признаков и оценку тяжести речевых нарушений. Первичным является клиническое интервью и наблюдение. Для выявления экспрессивных афазий оценивается спонтанная речь, возможные трудности в подборе слов, соответствие словарного запаса жизненному опыту и полученному образованию, а также эмоциональные реакции на свою речь. При диагностике рецептивных афазий пациент сам часто жалуется на затрудненное понимание речи, ухудшение узнаваемости лиц и предметов, снижение работоспособности. Связывают это с перенесенными заболеваниями (ковид, инсульты, перенесенные наркозы, поражение сосудов головного мозга). Сбор данных анамнеза крайне важен, как и объективное обследование невролога, позволяющего выявить первичность неврологических знаков (рефлексов, двигательной активности, чувствительности) Необходимо нейропсихологическое тестирование для выявления и оценки нарушений, дифференциальной диагностики и мониторинга динамики. Для выявления экспрессивных афазий актуальными являются способность правильно называть предметы, повторять слова и предложения, самостоятельно составлять рассказ, понимание обращенной речи и выполнения устных команд, а также оценка сохранности письменной речи (самостоятельно и под диктовку). При диагностике рецептивных афазий оцениваются разные аспекты восприятия речи – выполнение вербальных инструкций разной сложности, ответы на вопросы, реакция на обращения (понимание речи), узнавание предметов и лиц, умение классифицировать группы объектов (восприятие зрительных образов), задачи на удержание последовательности чисел, слов, деталей изображений (память, внимание).

Ключевые речевые маркеры ранних когнитивных расстройств структурированы и позволяют определить при описании психического статуса клиническое значение, нейропсихологическую топику нарушений, нозологическую линию диагностического поиска. В дальнейшем для диагностики важным является дифференцировка от соматических, неврологических проблем и психических расстройств, не связанных с когнитивными нарушениями. На этом этапе в систему профилактической помощи

включаются дополнительные специалисты и организации, выполняющие инструментальные и лабораторные обследования. Это дает пожилому человеку шанс на управление здоровьем мозга и контролируемое старение.

Эффективность антипсихотической терапии у пациентов с фармакорезистентной шизофренией, коморбидной с химическими аддикциями, в различных этнических группах

Селиванов Г.Ю.[1, 2, 3], Бохан Н.А.[1, 2], Отмахов А.П.[3, 4], Мошковская А.О.[3], Кармушко Е.С.[3]

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

[2] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

[3] ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

[3] СПб ГКУЗ «Психиатрическая больница Св. Николая Чудотворца, Санкт-Петербург, Россия

Фармакорезистентная шизофрения в сочетании с химическими аддикциями существенно ухудшает прогноз и снижает эффективность стандартной антипсихотической терапии, что делает данную категорию пациентов одной из самых сложных для клинического ведения. Этнические различия в метаболизме психотропных средств (вследствие генетического полиморфизма), в социокультурных установках значительно влияющие на комплаенс, до сих пор недостаточно изучены при коморбидных расстройствах, что обосновывает необходимость разработки персонализированных алгоритмов с учётом этнической принадлежности.

Целью исследования: сравнить эффективность и переносимость комбинированной терапии клозапином с атипичными антипсихотиками у пациентов с терапевтически резистентной шизофренией, отягощённой химическими зависимостями, в аспекте этнической принадлежности.

В 2018-2026 гг. проведено клиническое исследование на базе психиатрических отделений Северо-Западного, Сибирского и Уральского регионов РФ. В исследование включено 470 молодых пациентов (мужчины и женщины) с параноидной шизофренией: 80 – без зависимостей, 390 – с коморбидными аддикциями (опиоиды, каннабиноиды, психостимуляторы, этанол). Этнический состав общей выборки: русские – 182, татары – 60, узбеки – 30, немцы – 23, азербайджанцы – 23, армяне – 18, белорусы – 18, казахи – 23, киргизы – 13. Пациенты рандомизированы в 6 групп комбинированной терапии: клозапин и карипразин (n=84), луразидон (n=84), арипипразол (n=78), рисперидон (n=84), оланзапин (n=70), брекспипразол (n=70). Оценка клинического состояния проведена на 2-й и 6-й неделях терапии. Исследование одобрено этическим комитетом НИИ ПЗ ТНИМЦ РАН (протоколы № 114 от 22.10.2018, № 133 от 19.06.2020, № 172 от 15.04.2024).

Сравнительный анализ эффективности терапии показал статистически значимые ($p<0,05$) различия между терапевтическими группами по использованным психометрических шкалам PANSS, SANS, CGI, GAF. Совместное использование клозапина с карипразином, в меньшей степени с луразидоном в рамках 42 дней терапии демонстрирует наиболее статистически значимый эффект ($p<0,05$) в отношении купирования психотической симптоматики и смягчения негативных симптомов шизофрении по сравнению с другими комбинациями, увеличивает период амбулаторного лечения. Этнический анализ выявил статистически значимые ($p<0,05$) различия в ответе на терапию: высокая восприимчивость – у русских, немцев, белорусов; промежуточная – у азербайджанцев и армян; наибольшая резистентность (умеренная откликаемость) – у казахов; наименьшая откликаемость – у татар, киргизов, узбеков.

Универсальной стратегией в лечении терапевтически резистентной шизофрении вне зависимости от коморбидности с аддикциями является сочетание клозапина с карипразином, альтернативой является луразидон. Выбор эффективного адъюванта должен осуществляться с учётом аддикции: луразидон или арипипразол – при каннабиноидной, психостимуляторной и алкогольной зависимости, рисперидон или оланзапин – при опиоидной и алкогольной. Комбинация с брекспипразолом малоэффективна. Преимуществами подхода являются выраженное воздействие на дефицитарную симптоматику, увеличение амбулаторного периода. Нежелательных явлений, ассоциированных с комбинированной терапией, не зарегистрировано. Этнический фактор является клинически значимым модификатором терапевтического ответа: пациенты русской, немецкой и белорусской этнических групп демонстрируют наилучший отклик, азербайджанцы и армяне занимают промежуточное положение, тогда как казахи проявляют повышенную резистентность, а татары, киргизы и узбеки – наименьшую восприимчивость к изучаемым комбинациям. Полученные данные обосновывают обязательный учёт этнического статуса при разработке персонализированных схем лечения данной сложной категории пациентов.

Риск суицидального поведения и его взаимосвязь с нарушениями когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами

Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Смирнова Н.С., Суровцева А.К., Диденко Е.В., Яковлева А.Л., Балычева Т.А., Лактионова Л.Н.

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

По данным современных исследований (Baldessarini R.J. et al., 2020), риск суицидального поведения заметно повышается при аффективных расстройствах (АР) сравнении с соответствующими показателями для общей популяции. При этом частота самоубийств в зависимости от психиатрического диагноза ранжируется следующим образом: злоупотребление психоактивными веществами ≥ биполярное АР (БАР) с психотическими признаками ≥ психотические расстройства ≥ БАР-I > большое депрессивное расстройство (БДР). Проспективное когортное исследование (Miola A. et al., 2023) показало, что в целом 51,8% [49,2–54,4] участников с БАР и 25,8% [24,2–27,4] участников с БДР сообщили о наличии суицидального поведения, включая суицидальные мысли, попытки самоубийства, или в части случаев были зафиксированы летальные исходы. Пациенты с БАР в 2 раза чаще испытывали суицидальные мысли или поведение, а риск несмертельной попытки самоубийства у них был в 3,87 раза выше, чем у лиц с БДР (20,3% против 5,24%). Частота случаев фатальных суицидов в случае БАР была в 4,24 раза выше, чем при БДР (1,61% и 0,38%; $p<0,0001$). В ряде работ указывается на сложный и комплексный характер факторов риска суицидального поведения при АР, включая генетические, нейробиологические, социально-демографические, личностные и клинико-динамические факторы (Dome P. et al., 2019; Miola A. et al., 2023; Arnone D. et al., 2024). Значительная часть работ, посвящённых факторам риска суицидального поведения у пациентов с АР, не включает в себя рассмотрение нарушений нейрокогнитивного функционирования как предиктора повышения риска суицидального поведения, несмотря на возрастающее количество публикуемых работ, подтверждающих наличие и важность учёта когнитивных нарушений у пациентов с аффективной патологией различного генеза [Янушко М.Г. и др., 2015, 2017; Олейчик И.В. др., 2020; Галкин С.А. др., 2022; Wen M et al., 2022). Один из недавних метаанализов (Le G.H. et al., 2024) констатировал, что результаты исследования взаимосвязей суицидального поведения и нарушений когнитивного

функционирования при АР (особенно в случае БАР) выглядят очень противоречиво. Возможная тесная взаимосвязь между суицидальным поведением при АР и когнитивными нарушениями может быть обусловлена определёнными нейробиологическим механизмами, связанными с нарушениями в структурах мозга, обеспечивающих регуляцию эмоций, контроль импульсов, формирование позитивной идентичности и здорового социального функционирования (Lewis C.P. et al., 2026). Остаётся актуальной проблема выявления специфических профилей нарушений когнитивного функционирования в случае БАР и депрессивных расстройств, а также анализа клинически значимых взаимосвязей между различными аспектами суицидального поведения и когнитивными нарушениями при АР.

Цель исследования – оценить взаимосвязь риска суицидального поведения у пациентов с биполярным аффективным расстройством и рекуррентным депрессивным расстройством с профилем нарушений когнитивного функционирования при данных расстройствах.

В специализированном психиатрическом стационаре проведено обследование двух групп пациентов: 62 пациента с диагнозом РДР (F33.0, F33.1, F33.2) в среднем возрасте 44,5 [32,0-55,0] года и 32 пациента с диагнозом БАР (F31.3, F31.4, F31.5) в среднем возрасте 24,5 [20,0-36,5] годап. Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический. Риск суицидального поведения оценивался с помощью опросника суицидального поведения SBQ-R (пожизненный суицидальный опыт, частота суицидальных мыслей за последний год, озвучивание намерений, вероятность попытки в будущем). Оценка когнитивного функционирования проводилась с помощью батареи психометрических тестов: DSST, RAVLT, Башня Лондона, вербальная беглость, тест Струпа, таблицы Шульте, методика краткого нейропсихологического обследования когнитивной сферы – КНОКС). Статистическая обработка результатов проводилась с использованием пакета STATISTICA версия 10.0 для Windows.

Пациенты с БАР продемонстрировали статистически значимо ($p=0,018$) более высокий риск суицидального поведения, чем пациенты с РДР (соответственно 10,5 [4,5-12,0] и 5,0 [3,0-10,0] балла по SBQ-R. Оценка когнитивных нарушений по КНОКС не выявила различий при БАР и РДР ($p>0,05$). Более худшие показатели по тестам семантической беглости речи ($p=0,07$), кодирования символов ($p=0,09$), но более лучшие показатели по тесту Башня Лондона ($p=0,08$) отмечались у пациентов с БАР, чем в случае РДР. Положительные статистически значимые ($p<0,05$) корреляционные связи отмечались между показателями SBQ-R и когнитивного функционирования как в группе пациентов с РДР (тест на вербальную беглость (фонематическая беглость), «непосредственное воспроизведение» по тесту RAVLT, так и в группе пациентов с БАР (тест на вербальную беглость (семантическая беглость), Башня Лондона, оценка непосредственного воспроизведения по тесту RAVLT, КНОКС).

Полученные результаты проведённого исследования подтвердили имеющиеся данные о более высоком риске суицидального поведения у пациентов с БАР по сравнению с пациентами, страдающими РДР. Выявлены отличающиеся профили связей риска суицидального поведения с отдельными параметрами когнитивного функционирования у пациентов с РДР и БАР, при этом обнаружена относительно более низкая сила связи риска суицидального поведения и основных параметров нарушений когнитивного функционирования у пациентов с РДР, а также более выраженная и более разноплановая связь степени риска суицидального поведения с показателями когнитивного функционирования в случае БАР, парадоксальное усиление риска суицидального поведения при формально более лучших характеристиках когнитивного функционирования у пациентов с АР.

Исследование осуществлено в соответствии с темой ПНИ «Персонализированная терапия больных расстройствами шизофренического и аффективного спектра на основе клинически верифицированных констелляций маркеров их морфологического, биохимического и когнитивного фенотипов», регистрационный номер 126022417834-4.

Нейрокогнитивные профили комбатантов с ПТСР при различных вариантах коморбидности

Созонов А.С.[1, 2], Иванова С.А.[1, 2], Бохан Н.А.[1, 2]

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

[2] ФГБОУ «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Проблематика психического здоровья комбатантов традиционно рассматривается сквозь призму посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). Однако до 80% клинических случаев отягощены коморбидной патологией, сопряженной с риском развития депрессивных, аддиктивных расстройств и тотальным снижением когнитивного функционирования. Нейрокогнитивный дефицит при ПТСР, обусловленный дисрегуляцией когнитивного контроля, также существенно модифицируется последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ). Гетерогенность этих нарушений диктует методологическую необходимость перехода от изучения изолированного ПТСР к анализу его сочетанных форм. Современные данные о влиянии коморбидной депрессии и легких ЧМТ на когнитивные функции при ПТСР остаются крайне противоречивыми. Сохраняющаяся тенденция к исключению пациентов с сочетанной патологией из исследований для обеспечения однородности выборок формирует существенный пробел. В литературе отсутствует сравнительный анализ когнитивных профилей при различных вариантах коморбидности непосредственно в популяции комбатантов. Кроме того, в клинической практике сохраняется необходимость дифференциации природы когнитивного дефицита (органический, аффективный или психогенный) для прогнозирования и оптимизации терапии.

Цель исследования: провести сравнительный анализ особенностей нейрокогнитивного функционирования у комбатантов с ПТСР при различных вариантах коморбидности (органические психические расстройства, депрессия) в сопоставлении с изолированным ПТСР и группой здоровых лиц.

Обследованы 54 мужчины-комбатанта, средний возраст 36,0 года (28,5; 43,5), проходившие стационарное лечение по поводу ПТСР (F43.1) с коморбидной патологией, и 22 здоровых добровольца сопоставимого среднего возраста 37,0 года (31,0; 45,75). Длительность нахождения в зоне боевых действий составила 6,5 (5; 12) месяца, давность возвращения – 5 (2; 13) месяцев.

Критерии включения: участие в боевых действиях, ПТСР, наличие коморбидных расстройств (рубрики МКБ-10: F06.6, F06.7, F07.0, F1x.2, F3, F40–F42, F43.2, F44, F45, F60, F61). Критерии исключения: тяжелая органическая патология (F00–F05, F06.0–F06.5, F06.8, F06.9) и расстройства шизофренического спектра (F2). При поступлении проводилось клинико-психопатологическое обследование и компьютеризированное нейропсихологическое тестирование: Go/No-Go (ингибиторный контроль), цветовой тест Струпа (когнитивная гибкость) и «Заучивание 10 слов» (слухоречевая память). Статистическая обработка данных проведена в программе Statistica 12.0. Нормальность распределения показателей проверялась критериями Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Описательная статистика представлена медианой и межквартильным размахом (Me (Q1; Q3)). Для оценки межгрупповых различий

использовались критерии Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни. Критический уровень значимости $p \leq 0,05$.

Выборка комбатантов была разделена на три подгруппы: первая – с изолированным ПТСР (n=17), средний возраст – 35,5 года (27,0; 40,0); вторая – ПТСР с коморбидной депрессией (ПТСР+ДЭ, n=17), средний возраст – 36,0 года (28,0; 44,0); третья – ПТСР с органическими заболеваниями головного мозга (ПТСР+ОЗГМ, n=20), средний возраст – 38,0 года (35,0; 47,25). По всем исследуемым когнитивным показателям группы комбатантов статистически значимо уступали контрольной группе (p=0,001). Сравнительный анализ клинических подгрупп выявил следующую специфику:

Когнитивная гибкость (тест Струпа). Наличие коморбидности (ПТСР+ДЭ и ПТСР+ОЗГМ) приводило к статистически значимому увеличению времени выполнения пробы на словесно-речевую интерференцию (Т2) – 69 (64; 77) и 68,5 (66,5; 73) соответственно, по сравнению с изолированным ПТСР – 58,5 (53; 65), (p12=0,013; p13=0,031), что указывает на преобладание когнитивной ригидности у коморбидных пациентов. При этом подгруппа ПТСР+ДЭ совершала статистически значимое (p=0,02) большее количество ошибок во второй пробе: 3,0 (3; 4), чем при изолированном ПТСР – 1,5 (1; 3).

Ингибиторный контроль (Go/No-Go. Для пациентов с ПТСР+ДЭ было характерно статистически значимое (p=0,013) увеличение ошибок пропуска сигнала (Go) – 4,0 (3,0; 4,0) по сравнению с 2,0 (1,0; 3,0) при изолированном ПТСР, что свидетельствует о снижении скорости обработки информации и замедленной реакции. Напротив, подгруппа изолированного ПТСР продемонстрировала максимальное количество ошибок комиссии (No-Go) – 4,5 (3; 6), статистически значимо (p=0,007) превышающее показатели подгрупп ПТСР+ДЭ – 3,0 (2,0; 4,0) (p=0,013) и ПТСР+ОЗГМ – 2,5 (2,0; 4,0). Это отражает высокую импульсивность и выраженное нарушение тормозного контроля при «чистом» ПТСР.

Слухоречевая память «Заучивание 10 слов). Исходный объем кратковременной памяти (1-е предъявление) в клинических подгруппах статистически значимо не различался (варьировал от 4,0 до 5,0 слов). Однако при оценке потенциала обучаемости (5-е предъявление) подгруппа ПТСР+ОЗГМ показала статистически значимое (p=0,033) снижение результатов – 6,0 (5,0; 7,0) по сравнению с 7,5 (7,0; 8,0) при изолированном ПТСР. Анализ отсроченного воспроизведения выявил, что подгруппа ПТСР+ОЗГМ – 4,0 (3,0; 5,0) статистически значимо (p=0,002) уступает как пациентам с изолированным ПТСР – 6,0 (5,0; 7,0), (p=0,001), так и подгруппе ПТСР+ДЭ – 6,0 (5,0; 6,0). Полученные результаты указывают на специфическое нарушение процессов консолидации мнестического следа и его удержания в долговременной памяти именно при коморбидности с органическими психическими расстройствами.

Независимо от варианта клинического течения группа комбатантов демонстрирует статистически значимое ухудшение показателей когнитивной гибкости, ингибиторного контроля и слухоречевой памяти по сравнению с психически здоровыми лицами. Присоединение коморбидной патологии обусловливает нарастание когнитивной ригидности. Наличие как депрессивного, так и органического расстройства ведет к статистически значимому увеличению времени выполнения интерференционных задач по сравнению с изолированным ПТСР. Формирование сопутствующей депрессии дополнительно сопровождается ростом количества ошибок при словесно-речевой интерференции. При оценке ингибиторного контроля (по данным теста Go/No-Go) изолированное течение ПТСР характеризуется выраженной дисфункцией механизмов тормозного контроля и высокой импульсивностью. Развитие коморбидной депрессии, напротив, манифестирует снижением скорости обработки информации и замедлением психомоторных реакций (увеличение ошибок пропуска

целевого сигнала). Органическое поражение головного мозга формирует специфический паттерн нарушений слухоречевой памяти (по данным теста «Заучивание 10 слов»). В отличие от изолированного ПТСР и ПТСР с коморбидной депрессией, наличие органической отягощенности обусловливает статистически значимое снижение потенциала обучаемости (быстрая истощаемость при заучивании) и нарушение процессов консолидации мнестического следа при переводе информации в долговременную память.

Взаимосвязь уровня рефлексивности и психологического благополучия у обучающихся медицинского университета

Соколова А.А.

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

В последние годы отмечается рост интереса молодёжи к осмыслению собственных поступков и внутренних состояний. Это делает востребованным изучение рефлексивности как устойчивой характеристики личности. Рефлексивность может выступать инструментом личностного развития, однако при чрезмерной выраженности способна становиться фактором риска тревожных состояний. Анализ её связи с психологическим благополучием позволяет расширить теоретические представления и обосновать направления психопрофилактической работы со студентами.

Студенческий период сопровождается высокими интеллектуальными и эмоциональными нагрузками, необходимостью адаптации к новым условиям обучения и социального взаимодействия. В этих условиях психологическое благополучие приобретает значение внутреннего ресурса, который обеспечивает устойчивость к стрессу, сохранение работоспособности и качества жизни. Особую значимость эта проблема приобретает в медицинском вузе. Студенты уже с младших курсов сталкиваются с большим объемом информации, высокой ответственностью и необходимостью формировать профессиональные компетенции в условиях эмоционального напряжения. В дальнейшем повышенные/чрезмерные нагрузки сохраняются и в практической деятельности, что делает вопросы поддержания стабильности психического здоровья будущих врачей не только учебной, но и профессиональной задачей. В связи с этим представляется важным изучать внутренние механизмы, которые могут как поддерживать, так и подрывать психологическое благополучие студентов на этапе обучения.

Цель исследования: изучить взаимосвязь между уровнем рефлексивности и показателями психологического благополучия у обучающихся медицинского университета.

В качестве респондентов выступили 35 студентов НГМУ в возрасте от 17 до 24 лет. В ходе исследования были использованы опросник рефлексивности Карпова и анкета SWEMWBS (сокращенная версия шкалы психологического благополучия Варвика-Эдинбурга – WEMWBS). Результаты были получены с помощью Google Forms и проанализированы в таблице Excel. Посчитаны уровни рефлексивности и благополучия, а также проведено их сопоставление, позволяющее оценить наличие связи между изучаемыми показателями.

Необходимо разграничить понятия рефлексии и рефлексивности. Рефлексия представляется как процесс познания себя, а рефлексивность – свойство личности (А.В. Карпов, В.Д. Шадриков). При этом, согласно В.Д. Шадрикову, рефлексивность рассматривается как качество личности, определяющее рефлексию как процесс. Рефлексивность имеет меру выраженности и характеризуется направленностью процессов познания на себя в действиях, поступках, созерцании. По А.В. Карпову,

принципиальная квантифицируемость рефлексивности дает возможность её рассмотрения как количественно измеримой независимой переменной в психологических исследованиях, что позволяет выявлять закономерные связи между рефлексивностью и иными индивидуальными качествами.

Психологическое благополучие в данной работе рассматривается как состояние внутреннего равновесия и целостности, слаженности психических процессов и функций (Л.В. Куликов). Это характеристика, отражающая, насколько человек гармоничен с собой и окружающим миром.

Анализ полученных данных на основе опросников показал, что большинство студентов (77,1%) имеют средний уровень рефлексивности, что указывает на умеренную склонность к самоанализу. У 17,1% выявлены высокие результаты, что говорит о более глубоком анализе причин и следствий своих действий. 5,7% респондентов демонстрируют низкий уровень рефлексивности, что может проявляться импульсивностью и сниженной склонностью к осмыслению собственного опыта. Показатели психологического благополучия у 65,7% студентов находятся в пределах средних значений. У 25,7% студентов выявлены высокие значения благополучия, что свидетельствует о наличии внутренних ресурсов для совладания с нагрузками. Отдельно стоит выделить студентов с низким уровнем психологического благополучия (8,6%), так как они составляют группу риска по развитию тревожно-депрессивных состояний и нуждаются в повышенном внимании и психологической поддержке. При сопоставлении уровней рефлексивности и психологического благополучия чёткая закономерность не выявляется. Среди студентов с высокой рефлексивностью встречаются высокие и средние показатели благополучия (с преобладанием последних): высокое – 2 человека, среднее – 4 человека. Студенты с низкой рефлексивностью в равной степени демонстрируют высокий и средний уровни благополучия. У большинства респондентов преобладает сочетание средних уровней рефлексивности и психологического благополучия (18 человек). На втором месте по частоте встречаемости – студенты со средней рефлексивностью и высоким благополучием (6 человек).

Статистически значимой взаимосвязи в ходе исследования обнаружено не было. Это позволяет предположить, что рефлексивность сама по себе не является однозначным фактором психологического состояния человека; её влияние опосредовано множеством переменных, и в разных ситуациях она может работать как ресурс, так и как фактор риска. Так, стрессовые ситуации, давление, конфликты могут подавлять рефлексивные тенденции, даже если человек склонен к самоанализу. Более важную роль, по-видимому, играют её качественные характеристики: направлен ли самоанализ на поиск решений и личностный рост или же приобретает форму деструктивного «самокопания», ведущего к усилению тревоги. Кроме того, на психологическое благополучие влияет широкий круг других личностных и средовых факторов, что делает связь между изучаемыми параметрами нелинейной и опосредованной.

Небольшой объём выборки также мог повлиять на результаты и ограничить достоверность выводов. Тем не менее полученные данные подтверждают актуальность дальнейшего изучения данной проблематики. Перспективным направлением является использование методик, различающих типы рефлексии, а также расширение выборки и включение дополнительных показателей, характеризующих эмоциональное состояние студентов. Выявление студентов с низким уровнем психологического благополучия подтверждает необходимость психопрофилактической работы в студенческой среде и указывает на важность комплексного подхода к сохранению психического здоровья будущих врачей.

Гипотимия при алкогольной зависимости: клинические особенности и динамика в процессе стационарного лечения

Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю.

ГБУЗ «Кузбасский клинический наркологический диспансер имени профессора Н.П. Кокориной», Кемерово, Россия

Гипотимические состояния являются распространенным компонентом психопатологической картины алкогольной зависимости. Снижение настроения у пациентов данной категории может быть связано с алкогольной интоксикацией и абстинентным синдромом, постабстинентными расстройствами либо отражать наличие самостоятельного аффективного заболевания. Разграничение указанных состояний имеет принципиальное значение для определения дальнейшей лечебной тактики и прогноза ремиссии. Алкогольная зависимость характеризуется не только патологическим влечением к алкоголю, нарушением контроля его употребления и формированием синдрома отмены, но и широким спектром эмоциональных (тревога, страх, эмоциональная нестабильность) и поведенческих (агрессия, деструктивное поведение, уходы из дома, прогулы, импульсивные действия, самоаповреждающее поведение) нарушений. Одним из наиболее частых проявлений является снижение настроения, которое может иметь различную степень выраженности – от кратковременной гипотимии и астенизации до клинически очерченного депрессивного эпизода.

Особую диагностическую проблему представляет наличие депрессивноподобной симптоматики в период алкогольного абстинентного синдрома. Вместе с тем у части пациентов аффективные нарушения сохраняются после стабилизации состояния. Российские исследования демонстрируют клиническую неоднородность сочетания алкогольной зависимости и аффективных расстройств, а наличие коморбидной аффективной патологии может сопровождаться более сложным течением заболевания и меньшей выраженностью терапевтической динамики.

Цель исследования – определить частоту сохранения гипотимической симптоматики после купирования алкогольного абстинентного синдрома у пациентов с алкогольной зависимостью и оценить клиническое значение данного феномена.

Исследование проведено на базе наркологического отделения № 3 ГБУЗ ККНД в 2025 г. В исследование включены 99 пациентов с алкогольной зависимостью, находившихся на стационарном лечении. Всем пациентам проводилось клинико-психопатологическое обследование с оценкой эмоционального состояния, характера и выраженности аффективных нарушений.

Первичная оценка осуществлялась при поступлении пациента в стационар. Повторная оценка проводилась после купирования основных проявлений алкогольного абстинентного синдрома. Такой подход позволял оценить динамику аффективной симптоматики и дифференцировать преходящие проявления, непосредственно связанные с абстиненцией, от более устойчивой гипотимии.

В обследованной выборке из 99 пациентов на этапе поступления широко была представлена депрессивноподобная симптоматика. У 32 из 99 пациентов после купирования абстинентного синдрома сохранялась гипотимическая симптоматика, что составило 32,3% обследованной выборки.

Таким образом, приблизительно у двух третей пациентов выраженность первоначальных эмоциональных нарушений после стабилизации состояния уменьшалась либо они переставали определять клиническую картину. Сохраняющаяся гипотимия при этом представляла особый клинический интерес, поскольку её наличие после купирования абстинентного синдрома уже не может объясняться исключительно острыми проявлениями синдрома отмены. Полученные данные свидетельствуют

о выраженной клинической неоднородности депрессивноподобных состояний при алкогольной зависимости. Наличие гипотимии в первые дни лечения не является достаточным основанием для диагностики самостоятельного депрессивного расстройства. Вместе с тем сохранение симптоматики после купирования абстиненции требует дальнейшего обследования.

Особое значение имеет тот факт, что аффективная симптоматика может быть связана с мотивацией употребления алкоголя. У пациентов с коморбидной патологией алкоголь может использоваться не только для получения удовольствия, но и как средство субъективной коррекции эмоционального состояния. С практической точки зрения, это позволяет рассматривать сохраняющуюся гипотимию как потенциально значимый фактор риска нестабильности ремиссии.

Полученные результаты подтверждают неоднородность депрессивноподобных состояний при алкогольной зависимости. Значительная часть эмоциональных нарушений, выявляемых при поступлении, регрессирует по мере купирования абстинентного синдрома, тогда как у трети обследованных сохраняется гипотимия, требующая дальнейшей клинической оценки.

Перспективным направлением дальнейших исследований является изучение связи сохраняющейся гипотимии с длительностью ремиссии, патологическим влечением к алкоголю и частотой рецидивов при последующем катамнестическом наблюдении.

Система превентивных мер в Омской наркологической службе: структура, показатели эффективности, точки роста

Титов Д.С.[1], Антонова А.С.[1, 2]

[1] БУЗОО «Наркологический диспансер», Омск, Россия

[2] ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, Омск, Россия

В современных условиях особую актуальность приобретает разработка и внедрение системы превентивных мер, направленных на предупреждение употребления психоактивных веществ (далее – ПАВ), раннее выявление наркологических расстройств и снижение тяжести медико-социальных последствий зависимости. Международный и отечественный опыт вполне обоснованно свидетельствует о том, что наиболее эффективные модели профилактики наркологических расстройств строятся на принципах комплексности, непрерывности и межведомственного взаимодействия. При этом региональная специфика – территориальная протяженность, плотность населения, структура образовательной и медицинской сети – определяет необходимость адаптации универсальных подходов к местным условиям.

Омская область представляет интерес как регион, в котором на протяжении ряда лет реализуется системный подход к профилактике наркологических расстройств, координируемый антинаркотической комиссией под председательством Губернатора региона и опирающийся на деятельность БУЗОО «Наркологический диспансер» как координирующего центра оказания наркологической помощи.

Цель исследования – проанализировать структуру, показатели эффективности и основные векторы укрепления системы превентивных мер в наркологической службе Омской области.

Исследование выполнено на основе анализа данных федерального статистического наблюдения. Использовались методы описательной статистики, сравнительного анализа динамических рядов и структурного описания.

Распространенность психических и поведенческих расстройств в связи с употреблением психоактивных веществ в 2025 г. составила 1 583,9 случая на 100 тысяч населения (общая заболеваемость), что на 2,7% ниже показателя 2024 г. (2023 г.

– 1 644,9; 2024 г. – 1 627,2). Из общего числа зарегистрированных больных жители муниципальных районов в 2025 г. составили 37,2% (2023 г. – 39,4%; 2024 г. – 38,2%). Среди зарегистрированных больных Омской области 73,1% – мужчины (2023 г. – 75%; 2024 г. – 73,9%), 26,9% – женщины (2023 г. – 25%; 2024 г. – 26,1%). Наиболее высока доля мужчин среди больных, употребляющих наркотики с вредными последствиями (87,4%), токсикоманиями (85,9%), алкогольными психозами (83,4%), наркоманиями (77,2%), алкоголизмом (70,9%) и употребляющих ненаркотические вещества с вредными последствиями (66,5%).

Распределение по возрасту в регионе контингентов зарегистрированных наркологических больных выглядит следующим образом: 0-14 лет – 0,4%, 15-17 лет – 1,4%, 18-19 лет – 1,3%, 20-39 лет – 24,2%, 40-59 лет – 48,4%, 60 и старше – 24,3%.

Первичная заболеваемость в 2025 г. с учетом всех наркологических расстройств составила 53,5 случаев на 100 тыс. населения (2023 г. – 76,8, 2024 г. – 63,7), в г. Омске – 51,9 случаев (2023 г. – 77,8, 2024 г. – 61,4), по муниципальным районам – 55,9 случаев (2023 г. – 75,3, 2024 г. – 67,4).

Медицинская помощь по профилю «психиатрия-наркология» населению Омской области оказывается в полном объеме в соответствии с действующими нормативными правовыми актами на трех этапах – амбулаторном, стационарном и реабилитационном.

Профилактика наркологических расстройств и сопутствующих заболеваний является приоритетным направлением в деятельности Министерства здравоохранения и наркологической службы Омской области. Созданная и успешно действующая в Омской области система межведомственного взаимодействия в профилактике наркологических расстройств позволяет реализовать противодействие спросу на психоактивные вещества, способствует снижению заболеваемости и распространенности наркологических расстройств и сопутствующих заболеваний, снижению численности группы риска и тяжести медико-социальных последствий. Особое внимание уделяется профилактической работе с несовершеннолетними и молодежью.

Основные направления профилактической работы: профилактика в рамках общественных мероприятий, акций против употребления и распространения ПАВ; профилактика, основанная на работе с несовершеннолетними и молодежью, включающая профилактические занятия в учебных программах, медицинские осмотры с тестированием обучающихся образовательных организаций на наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты; профилактика, основанная на работе с семьей; профилактика, основанная на работе с группами риска в медицинских, медико-социальных учреждениях, а также на базе ведомств системы профилактики; профилактика в организованных общественных группах; профилактика в рамках индивидуальной работы; информирование населения с использованием средств массовой информации, информационной телекоммуникационной сети интернет, продвижение сайтов медицинских учреждений; работа с волонтерами; подготовка специалистов в области профилактики.

Предложены основные направления совершенствования системы превентивных мер в наркологической службе Омской области.

1. Разработка интегративной системы оценки эффективности превентивных мероприятий, включающей количественные индикаторы охвата и качественные показатели изменения установок, знаний и поведенческих паттернов в целевых группах. Это предполагает внедрение стандартизированных инструментов до и после выполнения профилактического тестирования (например, опросников отношения к ПАВ, шкал мотивации к изменению поведения).

2. Усиление адресности и персонализации первичной профилактики с учетом выявленных тенденций изменения структуры потребляемых ПАВ.

3. Расширение научно-обоснованной базы за счет проведения собственных исследований эффективности превентивных программ с публикацией результатов в рецензируемых журналах. Наличие клинической базы на базе наркологического диспансера и сотрудничество с ОмГМУ создают для этого необходимые предпосылки.

4. Внедрение цифровых инструментов мониторинга – использование телемедицинских платформ и мобильных приложений для дистанционного консультирования и сопровождения пациентов в ремиссии, что может способствовать повышению приверженности лечению и снижению риска рецидивов.

5. Углубление межведомственного взаимодействия в части единых информационных потоков и обмена данными между ведомствами (на местном, региональном и федеральном уровнях), системы профилактики, что позволит повысить качество адресной работы с группами риска, более уязвимыми перед негативными внешними воздействиями, и сократить временной разрыв между выявлением проблемного употребления и началом терапевтического процесса.

6. Развитие кадрового потенциала через систематическую подготовку и супервизию специалистов, реализующих превентивные программы.

7. Совершенствование системы третичной профилактики – расширение программ постреабилитационного сопровождения, включающих долгосрочное амбулаторное наблюдение, поддержку групп взаимопомощи и социальную реинтеграцию, с оценкой длительности поддержания ремиссии как ключевого критерия эффективности.

Ключевым направлением развития представляется построение интегративной системы оценки эффективности, что позволит перейти от описания фактического объема проделанной работы к объективной оценке её результативности и обеспечит принятие научно-обоснованных управленческих решений в сфере профилактики наркологических расстройств.

Нитрозативный стресс и антиоксидантный статус у пациентов с шизофренией и метаболическим синдромом

Штернис Ю.В.[1], Меднова И.А.[1], Першина А.Э.[1], Корнетова Е.Г.1, Иванова С.А.[1, 2]

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

[2] ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Метаболические нарушения – один из наиболее частых и опасных побочных эффектов длительной антипсихотической терапии. Пациенты с шизофренией зачастую вынуждены принимать антипсихотические препараты пожизненно, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в этой группе значительно превышает показатели общей популяции. Сама шизофрения вносит вклад в предрасположенность к метаболическим нарушениям, а длительный приём антипсихотиков усугубляет этот процесс, что в итоге может приводить к формированию метаболического синдрома (МС) – симптомокомплекса, включающего ожирение, гипергликемию, инсулинорезистентность, дислипидемию и артериальную гипертензию. Распространенность метаболического синдрома у пациентов, принимающих антипсихотические препараты, составляет от 37% до 63%. МС ухудшает соматический статус и течение основного заболевания, снижает качество жизни пациентов, способствует их социальной стигматизации и провоцирует отказ от терапии. В качестве общего патогенетического звена для шизофрении и метаболических нарушений в настоящее время рассматриваются хроническое вялотекущее системное воспаление, окислительный и нитрозативный стресс. Нитрозативный стресс

представляет собой нарушение равновесия между образованием активных форм азота и возможностью антиоксидантной системы нейтрализовать их. Активные формы азота при избыточном образовании и недостаточности антиоксидантной защиты способны повреждать клеточные мембраны, белки, ДНК и липиды. Нитрозативный стресс ассоциирован с атеросклерозом, эндотелиальной дисфункцией и повышением артериальной жёсткости. У пациентов с шизофренией показано снижение активности антиоксидантных ферментов и концентрации глутатиона, что делает их особенно уязвимыми к повреждающему действию активных форм азота и кислорода. Таким образом, изучение системы оксида азота и антиоксидантной защиты у пациентов с шизофренией представляет актуальную задачу.

Цель: сравнительное исследование содержания синтаз оксида азота, нитритов, ТБК-активных продуктов и общей антирадикальной активности в сыворотке крови у больных шизофренией с метаболическим синдромом и без него, а также у психически здоровых лиц.

В исследование включены 110 пациентов с диагнозом шизофрения (F20 по МКБ-10), в возрасте 18-55 лет, проходивших лечение в клиниках НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Согласно критериям IDF (2005) пациенты были разделены на две группы: 50 человек с МС и 60 человек без МС. Контрольную группу составили 35 психически и соматически здоровых добровольцев. Группы не отличались по половозрастному составу. В сыворотке крови определяли содержание индуцибельной (iNOS) и эндотелиальной (eNOS) синтаз оксида азота методом имуноферментного анализа, а также уровень нитритов, ТБК-активных продуктов (ТБК-АП) и общую антирадикальную активность (АРА) спектрофотометрическими методами. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica 12. Нормальность распределения проверяли по критерию Колмогорова–Смирнова с поправкой Лиллиефорса. Количественные данные с нормальным распределением сравнивались с помощью t-критерия Стьюдента, а данные, не подчиняющиеся нормальному закону распределения, сравнивались с помощью критерия Манна–Уитни. Корреляционный анализ проводился с использованием оценки коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости принят равным $p=0,05$.

У пациентов с МС обнаружено статистически значимое повышение концентрации нитритов в сыворотке крови как по сравнению с пациентами с шизофренией без МС ($p=0,006$), так и по сравнению с психически здоровыми лицами ($p=0,0001$). При шизофрении независимо от наличия сопутствующего МС выявлено статистически значимое повышение концентрации iNOS ($p=0,032$ и $p=0,048$ соответственно) и eNOS ($p=0,002$ и $p=0,001$ соответственно) относительно группы здоровых лиц. Концентрация ТБК-АП у пациентов с шизофренией как с МС ($p=0,0001$), так и без него ($p=0,0001$) была значимо выше, чем у здоровых лиц, при этом у пациентов с шизофренией и МС этот показатель был выше, чем у пациентов без МС ($p=0,0285$). АРА сыворотки крови была снижена у больных шизофренией относительно здоровых лиц ($p=0,0186$ и $p=0,0348$). Между собой группы пациентов с шизофренией по данному показателю статистически значимо не различались ($p=0,978$). Корреляционный анализ показал положительные связи между уровнем нитритов и объемом талии ($r=0,432$, $p=0,003$), индексом массы тела ($r=0,438$, $p=0,002$) и уровнем триглицеридов ($r=0,699$, $p=0,001$). Уровень ТБК-АП отрицательно коррелировал с уровнем ЛПВП ($r=-0,228$, $p=0,040$). Повышение концентрации нитритов в сыворотке крови пациентов с шизофренией и МС относительно пациентов без МС и здоровых лиц указывает на усиление нитрозативного стресса при метаболических нарушениях. Повышение содержания iNOS и eNOS при шизофрении независимо от МС отражает активацию системы оксида азота, вероятно связанную с хроническим воспалением и эндотелиальной дисфункцией. Повышение ТБК-АП и снижение АРА при шизофрении подтверждают

наличие окислительного стресса и истощение системы антиоксидантной защиты. Максимальные значения ТБК-АП при сочетании шизофрении с МС свидетельствуют об интенсификации процессов перекисного окисления липидов на фоне метаболических нарушений. Корреляции уровня нитритов с объемом талии, ИМТ и уровнем триглицеридов, а также отрицательная связь ТБК-АП с ЛПВП подтверждают ассоциацию нитрозативного и окислительного стресса с компонентами МС.

Полученные результаты подтверждают, что нитрозативный и окислительный стресс вовлечены в развитие МС при шизофрении. Активация системы оксида азота и усиление перекисного окисления липидов на фоне снижения антиоксидантной защиты отражают общность патогенетических механизмов этих состояний. Наиболее выраженные изменения выявлены при сочетании шизофрении с МС, что указывает на взаимное усиление нитрозативного и окислительного стресса. Выявленные корреляции между компонентами МС и маркерами нитрозативного и окислительного стресса обосновывают целесообразность дальнейшего изучения системы оксида азота и антиоксидантной защиты как потенциальных диагностических и терапевтических мишеней.

Содержание

Аболонин А.Ф., Воеводин И.В., Желобенко Е.Н., Курасов Е.С. (Томск, Санкт-Петербург) Возможности и специфика предоставления психиатрической помощи комбатантам на различных этапах оказания медицинской помощи …… 5

Алигаева Н.Н. (Москва) Психотерапевтические интервенции в кризисных ситуациях … 8

Антонова А.С. (Омск) Методологические трудности объективной оценки приверженности лечению у пациентов с наркологическими расстройствами …….. 10

Белокрылова М.Ф., Гарганеева Н.П., Мальцев В.С., Сазонова О.В., Васильева М.Г., Карташова И.Г., Рудницкий В.А. (Томск) Повышенная утомляемость в структуре астении у женщин с непсихотическими психическими расстройствами в возрасте 40-65 лет 12

Булыгина И.Е., Голенков А.В., Калинина Е.В. (Чебоксары) Структура отравлений наркотическими средствами в Чувашской Республике и меры профилактики …….. 14

Быкова М.А., Диденко А.В., Аленина О.К., Казенных Т.В. (Томск) Персонологические и когнитивные аспекты коморбидности тревожных и личностных расстройств …… 16

Васильева С.Н., Симуткин Г.Г., Счастный Е.Д. (Томск) Частота встречаемости субпороговых тревожных расстройств при депрессивных расстройствах …… 17

Вялова Н.М., Симуткин Г.Г., Иванова С.А. (Томск) Молекулярно-генетическая панель риска формирования текущего депрессивного эпизода на основе определения генетических показателей …… 18

Гайнутдинов Р.Р., Диденко А.В., Бохан Н.А. (Томск) Особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях пациентов с расстройствами личности ……. 21

Голенков А.В.(Чебоксары) Редкие самоубийства: критерии и их научно-практическая значимость …… 22

Головина А.Р. (Новосибирск) Проблемы фармакогенетики антидепрессантов в контексте демографии ……. 23

Голубева Т.С., Логинова А.Ю. (Минск) Динамика заболеваемости наркологическими расстройствами населения Республики Беларусь …… 25

Грачева Ю.В., Григорьева А.А. (Москва) Особенности сексуального профиля и аддиктивных установок у пациентов коммерческих реабилитационных центров …….. 27

Державина Е.С. (Астрахань) Методы саморегуляции психологического состояния медицинского персонала психиатрического стационара и их роль в профилактике профессионального выгорания …… 30

Дядичко А.Н., Мартынова Т.О., Портнягин С.А. (Москва) Анализ половой и возрастной структуры пациентов психиатрического дневного стационара № 8 филиала ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «ПНД №8» в 2021-2025 гг. ……. 31

Евтухович Е.Д., Олекс А.Ю., Чемкаев А.Н. (Минск) Психотерапевтическое сопровождение несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно-наказуемые деяния сексуальной направленности в состоянии «возрастной невменяемости ……. 33

Епимахова Е.В., Ветлугина Т.П., Прокопьева В.Д., Кисель Н.И., Воеводин И.В. (Томск) Связь уровня тестостерона сыворотки крови с клиническими показателями у пациентов с алкогольной зависимостью ……. 35

Ермаков Е.А., Брит П.И., Басов Н.В., Бунева В.Н. (Новосибирск, Ханчжоу, Китай) Воспаление в патогенезе шизофрении: от гипотез к подходам стратификации пациентов 37

Забигулина И.В. (Красноярск) Суицидальное поведение у пациентов, перенесших острое полиморфное психотическое расстройство ……. 39

Капишникова О.В., Луканина Е.С. (Орёл) Анализ инвалидности при психических расстройствах и расстройствах поведения в Орловской области за 2023-2025 гг. …….. 41

Карапетова У.С., Шевелев Г.С. (Новосибирск) Фармакотерапия хронических тикозных расстройств: эффективность и риски длительного лечения …….. 42

Карапетова У.С., Шевелев Г.С. (Новосибирск) Роль кишечной микробиоты в патогенезе депрессии и тревожного расстройства …… 43

Киселев Д.И., Логачева А.А., Бубнова О.А. (Тамбов) Взаимосвязь социальных факторов и качества ремиссии пациентов шизофренического спектра …….. 46

Кисель Н.И., Мандель А.И., Эрдыниева Л.С., Монгуш Р.Ш., Хомушку С.А., Биче-оол У.К. (Томск, Кызыл) Клиническая динамика алкогольной зависимости у женщин тувинской этнической принадлежности с преморбидными личностными расстройствами 47

Коваль К.М., Мальцев В.С., Диденко А.В., Казенных Т.В. (Томск) Сложности разграничения диагностических границ при расстройстве адаптации **……** 49

Кожевникова Т.А., Костарев В.В. (Красноярск) Формирование депрессивных состояний как результат реализации виктимного потенциала личности женщин – жертв насилия …… 50

Коньков В.И. (Москва) Влияние фактора проживания в сельской местности на развитие алкогольной зависимости …… 52

Коньков В.И. (Москва) Нарушение межличностной коммуникации в современном обществе ……. 53

Копнов И.С., Михалицкая Е.В., Петкун Д.А., Корнетова Е.Г., Иванова С.А., Бойко А.С. (Томск) Дизрегуляция MAPK/ERK внутриклеточного сигнального пути у больных шизофренией …….. 54

Кривощапова Т.Н., Логачева А.А. (Тамбов) Социально-клинические характеристики молодых пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами …….. 56

Круглик А.И., Сокун Д.А. (Санкт-Петербург) Персонализация жилой среды как направление человеко-центрированного сопровождения лиц, проживающих в домах социального обслуживания, с ментальными нарушениями …… 57

Кудрина И.С. (Новосибирск) Влияние уровня притязаний на самовосприятие у пациентов с шизофренией ……. 59

Кудряшов М.А. (Выборг) Клиническая феноменология тонического и фазического крейвинга …….. 60

Лебедева П.Ю., Левчук Л.А., Лебедева В.Ф., Казенных Т.В., Диденко А.В., Иванова С.А., Бохан Н.А. (Томск) Гормональные показатели и маркеры повреждения нервной ткани при ПТСР у ветеранов боевых действий до и после терапии …… 62

Лебедева П.Ю., Левчук Л.А., Рощина О.В., Епимахова Е.В., Михалицкая Е.В., Диденко А.В., Казенных Т.В., Бохан Н.А., Иванова С.А. (Томск) Связь уровня S100B и GFAP в сыворотке крови в ситуации боевого стресса ……..63

Левчук Л.А., Симуткин Г.Г., Бойко А.С, Бохан Н.А., Иванова С.А. (Томск) Патогенетическая роль иммуновоспаления при депрессивных расстройствах …… 65

Лобачева О.А., Никитина В.Б., Петкун Д.А., Попова Т.А., Корнетова Е.Г. (Томск) Вклад маркеров иммунного воспаления и гормонов гипоталамо-гипофизарно-тиреоидной оси в формирование адаптационных возможностей больных шизофренией 67

Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. (Омск, Тюмень) Клиническое течение аффективных расстройств, коморбидных с синдромом хронической тазовой боли, у девочек-подростков …….. 69

Меднова И.А., Штернис Ю.В., Корнетова Е.Г., Петкун Д.А., Корнетов А.Н., Иванова С.А. (Томск) Связь нейроспецифических белков сыворотки крови с безнадежностью у больных шизофренией ……. 71

Мелёхин А.И. (Москва) Психические побочные эффекты, вызванные тирзапатидом …. 73

Мельник О.А. (Минск) Психологическое благополучие подростков как ресурс профилактики психических расстройств ……..75

Ненастьева А.Ю., Байкова М.А. (Москва) Клинические особенности алкогольной зависимости у женщин с поздним началом заболевания …… 77

Никитина В.Б. (Томск) Математическая модель прогноза затяжного течения ПТСР …. 79

Новожеева Т.П., Каракулова Е.В., Сафронов С.М., Боев Р.С., Ижендеев А.И., Сурсина Ю.С., Булатова Д., Чучалина А.Е., Казенных Т.В. (Томск, Барнаул) Роль социальных, медицинских и биологических факторов в формировании фармацевтического рынка ноотропов и адаптогенов на основе природного сырья …… 81

Островский Д.И., Иванова Т.И., Крахмалева О.Е., Гранкина И.В. (Омск, Тюмень) Клинико-психопатологические особенности шизофрении с началом в детском возрасте за период 2001-2010 гг. …….. 83

Падерина Д.З., Бойко А.С., Корнетова Е.Г., Иванова С.А. (Томск) Оценка прогностической эффективности маркеров генов пролактина, дофаминовых и серотониновых рецепторов в отношении риска развития нейролептической гиперпролактинемии …… 85

Паянова А.С., Переправина Ю.О. (Москва) Особенности социальной адаптации у лиц, страдающих психическими расстройствами, при прохождении комплексной психолого-психиатрической экспертизы по оценке дееспособности …… 86

Першина А.Э., Тигунцев В.В., Юровская Е.М., Горбацевич Ю.Н., Корнетова Е.Г. (Томск) Структура невербального поведения пациентов с шизофренией и её связь с показателями шкалы PANSS ……. 88

Першина Н.П., Струкова Е.Ю., Логачева А.А. (Тамбов) Использование психорелаксационной терапии и социально-когнитивных занятий в комплексном лечении пациентов дневного стационара …… 89

Петкун Д.А., Перевезнюк А.Г., Бельтюкова Е.С., Корнетова Е.Г. (Томск) Анализ различий в динамике клинических проявлений и уровне социальной адаптации у больных параноидной шизофренией ……. 90

Пилишвили Т.С. (Москва) Мультикультурная супервизия: развитие профессионального мышления специалистов помогающих профессий …….. 92

Пичугина Ю.А., Афанасьева Н.А. (Красноярск) Острые отравления героином и метадоном: клинико-диагностические различия и исходы …… 94

Прокопьева В.Д., Кротенко Н.М., Епимахова Е.В., Кисель Н.И., Ветлугина Т.П. (Томск) Ферменты системы обмена глутатиона у больных алкогольной зависимостью … 95

Руженская Е.В. (Иваново) Оценка речевых нарушений в системе профилактики когнитивного здоровья пожилого населения …….. 97

Селиванов Г.Ю., Бохан Н.А., Отмахов А.П., Мошковская А.О., Кармушко Е.С. (Томск, Санкт-Петербург) Эффективность антипсихотической терапии у пациентов с фармакорезистентной шизофренией, коморбидной с химическими аддикциями, в различных этнических группах …….. 100

Симуткин Г.Г., Васильева С.Н., Смирнова Н.С., Суровцева А.К., Диденко Е.В., Яковлева А.Л., Балычева Т.А., Лактионова Л.Н. (Томск) Риск суицидального поведения и его взаимосвязь с нарушениями когнитивных функций у пациентов с аффективными расстройствами …… 101

Созонов А.С., Иванова С.А., Бохан Н.А. (Томск) Нейрокогнитивные профили комбатантов с ПТСР при различных вариантах коморбидности …….. 103

Соколова А.А. (Новосибирск) Взаимосвязь уровня рефлексивности и психологического благополучия у обучающихся медицинского университета ……..... 105

Стрелковский М.Д., Кратовский А.Ю. (Кемерово) Гипотимия при алкогольной зависимости: клинические особенности и динамика в процессе стационарного лечения 107

Титов Д.С., Антонова А.С. (Омск) Система превентивных мер в Омской наркологической службе: структура, показатели эффективности, точки роста …….. 108

Научное издание
Электронное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

Сборник статей по материалам докладов
Выпуск 21

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

(Томск, 13-14 октября 2026 г.)

под редакцией академика РАН Н.А. Бохана

Р е ц е н з е н т ы:

И.И. Шереметьева – д.м.н., профессор, ректор ДПО ФГБОУ ВО
«Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России

А.А. Овчинников – д.м.н., проф., заведующий кафедрой психиатрии, наркологии
и психотерапии ГБОУ ВПО «Новосибирский ГМУ» Минздрава России

Оригинал-макет сборника статей по материалам докладов – редактор И.А. Зеленская

Г е н е р а л ь н ы й с п о н с о р :
ООО «Свикс Хэлскеа»

С п о н с о р ы :
ООО «Мерц Фарма», БЕЛУПО, лекарства и косметика
ООО «КРКА ФАРМА», ООО «ЭГИС-РУС»,
ГК «Исток-Аудио», Компания «Авинейро» ГК ХимРар

Подписано в печать 12.10.2026 г.
Формат 70x1081/16.
Печ. л. 7,25; усл. печ. л. 10,15; уч.-изд. л.11,8.

Генеральный спонсор:

ООО «Свикс Хэлскеа»

Swixx BioPharma

Спонсоры:

ООО «Мерц Фарма»

MERZ

БЕЛУПО,
лекарства и косметика

Belupo

ООО «КРКА ФАРМА»

KRKA

ООО «ЭГИС-РУС»

EGIS

ГК «Исток-аудио»

КРИПТОМЕД

Компания «Авинейро»
ГК ХимРар

Авинейро
ГК ХимРар